

**Bericht der Arbeitsgruppe 3
„Armutsrisiko und finanzielle
Mehrbelastungen vermeiden“
des Landespflegeausschusses
Berlin**

Einführung

Die Arbeitsgruppe „Armutsrisiko und finanzielle Mehrbelastungen vermeiden“ des LPA Berlin wurde im April 2023 mit dem Auftrag ins Leben gerufen, Vorschläge zur Abfederung finanzieller Mehrbelastungen für Pflegebedürftige zu erarbeiten. Zur Umsetzung hat sich die Arbeitsgruppe zunächst mit dem Armutsbegriff im Zusammenhang mit Pflege auseinandergesetzt, empirisches Datenmaterial ausgewertet, um anschließend daraus Schlussfolgerungen und Maßnahmen abzuleiten.

Der vorgelegte Bericht dient dem Ziel, Vorschläge für eine strukturierte Pflegeplanung in Berlin zu erarbeiten, die in die Empfehlungen des Landespflegeausschusses einfließen. Hierzu wird die Arbeitsgruppe den Bericht in der 72. Sitzung des Landespflegeausschusses im Frühjahr 2025 vorlegen. Im Anschluss ist die Ausarbeitung eines Beschlussvorschlages mit Maßnahmen beabsichtigt.

Die hier verwendeten Daten beziehen sich auf den [WldO-Monitor](#) der AOK, Ausgabe 1-2024 auf die [VdK Studie](#) zur häuslichen Pflegesituation die Berliner Sozialhilfestatistik, den DIW Wochenbericht 43/2023, eine Studie der OECD „Is care affordable for older people?“ sowie auf eigene Erfahrungen und Überlegungen der AG „Armutsrisiko und finanzielle Mehrbelastungen vermeiden“.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

- Sonja Kemnitz, Wir pflegen e.V. (2. Leitungsperson)
- Dr. Gisela Grunwald, Landessenorenbeirat Berlin
- Dr. Oliver Zobel, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Oliver Stemmann, bpa Landesgruppe Berlin
- Ralf Mohrmann, SenWGP (1. Leitungsperson)
- Ariane Rausch, VdK-Pflegestützpunkt Tempelhof-Schöneberg
- Anke Buchholz-Gurke, Selko e.V.
- Frau Vahrenhorst, Fachstelle pflegende Angehörige

Stand 29.01.2025

Inhalt

1	Armutsrisiko in Zusammenhang mit Pflege	1
1.1	Definition Armut	1
1.2	Welche Folgen hat Armut für die Betroffenen	2
1.3	Empirisches Datenmaterial zu Pflegearmut	3
1.3.1	Verdeckte Armut	3
1.3.2	Soziale Lage und Pflegebedarf	4
1.3.3	Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach §§61-65 SGB XII als ein Armutsindikator	4
1.3.4	Studie des DIW zur Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegehaushalten	7
1.3.5	OECD Health Policy Studies (2024) „Is care affordable für older people?“	8
1.3.6	Pflegende An- und Zugehörige in Gefahr	10
1.3.7	Nutzung von Unterstützungsleistungen	11
1.3.8	Welche bestehenden Leistungen werden nicht ausreichend genutzt	12
1.3.9	Nutzung des Entlastungsbetrages in Berlin	12
1.4	Entwicklungstendenzen	14
1.5	Schlussfolgerungen	14
2	Verbesserung der Strukturen mit dem Ziel der Armutsprävention	15
2.1	Verbesserung der Datengrundlage zur Erfassung des Armutsrisikos	15
2.2	Finanzielle Entlastung der Pflegehaushalte auf Landesebene	15
2.3	Informationen und Beratungen im Vorfeld und zu Beginn einer Pflegesituation zur Vermeidung von Armut müssen ausgebaut werden	16
2.4	Erreichbarkeit und Unterstützung der Zielgruppe armer Pflegehaushalte	16
2.4.1	Welche armutsreduzierenden Einflussmöglichkeiten bestehen auf Landesebene?	16
2.4.2	Von einem Teil der Arbeitsgruppe wurden auch diese Vorschläge unterstützt, wie:	17
2.4.3	Visionen die von einigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe geteilt wurden:	18
2.5	Welche bestehenden Leistungen werden nicht ausreichend genutzt	18
2.6	Initiativen, die das Land Berlin und die Mitglieder des LPA über Ihre Organisationen auf Bundesebene ergreifen oder unterstützen könnten:	18

1 Armutsrisiko in Zusammenhang mit Pflege

1.1 Definition Armut

„Armut ist die schlimmste Form der Gewalt“ (Mahatma Gandhi)

Weder in der Wissenschaft noch in der Politik gibt es eine einheitliche Definition für Armut oder für „Pflegearmut“. Je nach Verständnis und Kontext kann der Begriff unterschiedlich definiert werden.

In der Sozialberichterstattung und Sozialwissenschaft wird in der Regel, Armut als Mangel an Verwirklichungs- und Teilhabechancen verstanden. Somit spielt für die Beurteilung, ob eine Person arm ist oder nicht, nicht nur das Einkommen und Vermögen eine Rolle. Auch Aspekte wie Gesundheit, Bildung, Wohnen, Mobilität, Erwerbstätigkeit, soziale Beziehungen und Netzwerke sowie politische Teilhabe sind von Bedeutung. (Quelle: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg)

Wer weniger als 60 Prozent des monatlichen mittleren Einkommens zum Leben hat, gilt nach der EU-Definition als armutsgefährdet bzw. einkommensarm. Dieses „Armutsrisiko“ betrifft fast ein Sechstel der deutschen Bevölkerung. Für eine alleinlebende Person lag dieser Wert in Deutschland 2022 bei 1.250 Euro netto im Monat. Inzwischen betrifft es jede 5. Rentner/in. Das bedeutet für Alleinlebende in Deutschland 2022 ein Jahresnettoeinkommen von weniger als 15.000 Euro, wie das Statistische Bundesamt in einer Statistik vom 16. Mai 2023 veröffentlichte.

Armut ist mehr als Einkommensarmut. Es geht um soziale und persönliche Ressourcen – zu denen das Einkommen allerdings gehört. In einer Pflegesituation geht es speziell auch um ausreichende Versorgungsangebote und die Dauer einer Bedarfssituation, die Verfügbarkeit von Unterstützung, um Wissen, Mobilität und Handlungsfähigkeit – also um Teilhabe, nicht als theoretische Chance, sondern als konkrete Lebensbedingung.

Es geht um die ungleiche Verteilung von Chancen für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

1.2 Welche Folgen hat Armut für die Betroffenen

Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland deckt nur einen Teil der Pflegekosten ab. Die privaten Haushalte müssen einen relevanten und ständig steigenden Teil der Kosten selbst finanzieren und/oder die Pflege selbstständig organisieren.

Während für die Definition von Armutsgefährdung die finanziellen Ressourcen bei der Beschreibung der Lebenslage ausschlaggebend sind, geht es bei der Messung der [materiellen und sozialen Entbehrung](#) vor allem um eine Bewertung (Selbsteinschätzung) der eigenen Lebensbedingungen gemessen am persönlichen Bedarf und allgemein anerkannter „Normalität“.

Armut macht nicht nur krank und senkt die Lebenserwartung, sondern erhöht (meist) auch das Pflegerisiko und den erforderlichen Pflegeumfang. Krankheit und Pflegebedarf verursachen zugleich Sonderbedarfe, also zusätzliche Kosten, und erhöhen auf diese Weise das Armutsrisiko.

In Deutschland ist jede fünfte Person, die einen Angehörigen pflegt, armutsgefährdet. Bei [pflegenden Frauen](#) ist es sogar jede Vierte. Das zeigt eine Auswertung von Daten des sozio-ökonomischen Panels durch das [Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung](#) Berlin (DIW). Somit sind Menschen, die Vater, Mutter, Ehepartner, Kinder oder andere Angehörige pflegen, deutlich häufiger einem Risiko von Armut ausgesetzt als die Bundesbürgerinnen und Bürger im Schnitt. Hier liegt das Armutsrisiko bei 16 Prozent.

Pflegende Haushalte seien zudem häufiger Empfänger von staatlichen Sozialleistungen: Mit einem Anteil von rund 55 Prozent ist der Wert demnach um sieben Prozentpunkte höher als in der Gesamtbevölkerung. Laut DIW haben insbesondere jüngere Pflegepersonen ein hohes Armutsrisiko. [Bei Personen ab 65 Jahren sei das Armutsrisiko hingegen fast durchschnittlich.](#)

Laut einer VdK-Umfrage sind für ein Drittel der Pflegenden finanzielle Sorgen ein täglicher Wegbegleiter. Viele verzichten auf professionelle Entlastung, weil diese ihre finanzielle Situation noch verschärfen würde. Über 50 Prozent geben an, Leistungen wie Pflegedienst, Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nicht weiter in Anspruch zu nehmen, weil sie zu viel dazuzahlen müssten. Die VdK-Vorsitzende Frau Verena Bentele sagte: "Es ist schockierend zu sehen, dass aus finanzieller Sorge heraus auf professionelle Unterstützung und Entlastung verzichtet wird."

Informelle Pflege durch An- und Zugehörige geht zudem häufig mit zeitlichen physischen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen einher, die mit der jeweiligen Pflegedauer steigen. Häufig ist deshalb eine Reduzierung der Arbeitszeit oder sogar der Berufsausstieg notwendig. Das führt nicht nur zu deutlichen Einkommensverlusten, sondern reduziert auch Rentenansprüche und berufliche Entwicklungschancen.

Pflegearmut ist in diesem Sinne das, was:

- durch Pflege an (materieller und sozialer) Armut entsteht,
- bereits vor der Pflege bestehende Armut verstärkt,
- Versorgungsnot durch fehlende professionelle Angebote verursacht,
- Versorgungsmangel durch Ausgrenzung bedingt. Leistungsverzicht als „Versorgungsreduzierung“ hat also durchaus eine Armutsdimension.

1.3 Empirisches Datenmaterial zu Pflegearmut

Grundsätzlich ist in Deutschland Sorgeverantwortung ein Armutsrisiko. Das trifft auch auf pflegende Angehörige zu, zumal es keinerlei Lohnersatzleistung wie für Eltern in der Kindererziehung gibt.

Belastbare Daten zu pflegebedingter und pflegeassoziiertem Armut fehlen in Deutschland, wie es auch an einer anerkannten, teilhabeorientierten Definition von Armutsrisikofaktoren fehlt.

In unteren Einkommensschichten besteht eine Scheu, staatliche Leistungen und professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen. In ärmeren Bevölkerungsschichten bestehen jedoch notgedrungen gleichzeitig auch mehr soziale Netzwerke. Dadurch wird weniger auf professionelle Pflege zurückgegriffen als in oberen Einkommensschichten, was Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gerade in den Gruppen hat, die professionelle Hilfe verstärkt benötigen. Die Inanspruchnahme von staatlichen Transfers sinkt auch bei niedrigem Bildungsstand. Damit wird das Armutsproblem noch einmal verstärkt.

1.3.1 Verdeckte Armut

Wie die Bezeichnung schon sagt, wird sie leicht übersehen, ist aber auch schwer aufzudecken: verdeckte Armut. Gemeint sind damit einerseits Menschen, die ihren Anspruch auf Grundsicherungs- beziehungsweise Sozialhilfeleistungen aus Scham, Unkenntnis oder anderen Gründen nicht einlösen – nach Expertenschätzungen rund 40 Prozent der Anspruchsberechtigten.

Die Personengruppe, die schon vor Beginn der Pflegebedürftigkeit arm war, weist tendenziell auch einen niedrigeren Bildungsstand auf. Deshalb ist die geringere Inanspruchnahme von staatlichen Transfers bzw. ein erschwerter Zugang zum System hier stärker ausgeprägt. (Prof. Tine Haubner, Universität Freiburg).

Es geht bei verdeckter Armut jedoch besonders auch um fehlende Teilhabechancen wie: Mobilitätseinschränkungen, schlechte Wohnbedingungen, fehlende Barrierefreiheit, digitaler Mangel, Kulturverzicht, erschwerte oder fehlende Kontakte, Unverständnis in der Umwelt und Einsamkeit. Hier fehlt seit Jahren eine belastbare und wissenschaftliche Darstellung.

1.3.2 Soziale Lage und Pflegebedarf

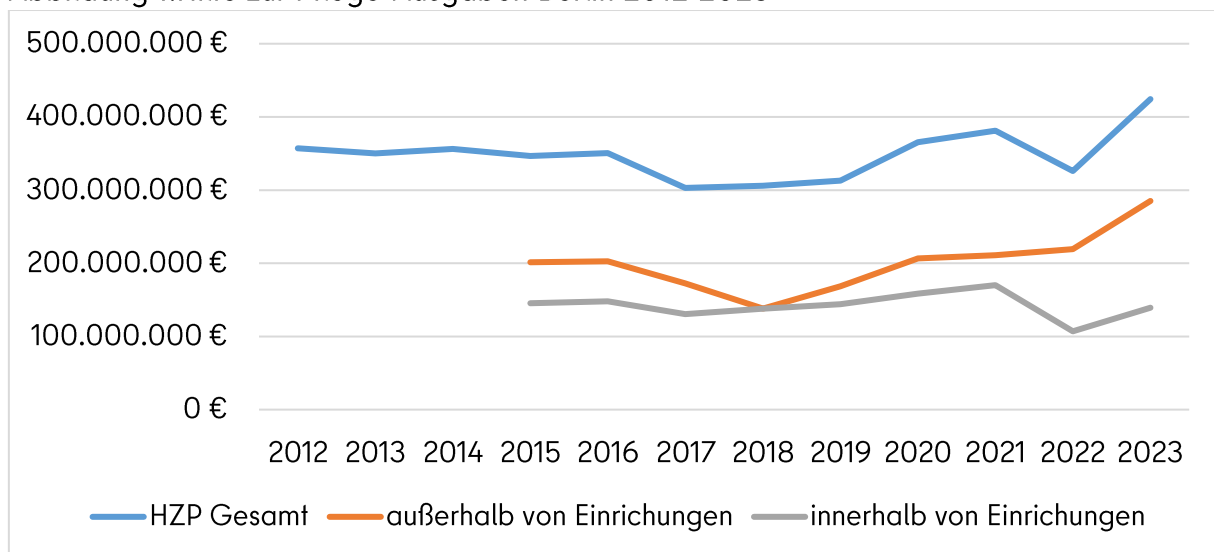
Je länger der Pflegebedarf besteht, umso höher das pflegebedingte Armutsrisiko, zumal die Eigenanteile und Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen seit 2017 wieder ununterbrochen steigen. Beginn und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit hängt jedoch von der sozialen Stellung ab (Quelle: aus [Johannes Geyer](#), [Peter Haan](#), Hannes Kröger, Maximilian Schaller DIW-Wochenbericht 44 / 2021, S. 727-73):

- Personen mit geringen Einkommen werden häufiger und früher pflegebedürftig als Besserverdienende.
- Gleiches gilt für Menschen mit hohen, vor allem physischen Arbeitsbelastungen im Vergleich zu Personen mit niedrigen beruflichen Belastungen.
- Risiko der Pflegebedürftigkeit hängt also nicht nur vom Alter ab, sondern wird entscheidend durch Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt beeinflusst. Sozialpolitische Maßnahmen sollten deshalb die Arbeitsbelastungen in der Erwerbsphase reduzieren, um das Pflegerisiko präventiv zu verringern.
- Kurzfristig sollten private Zuzahlungen gesenkt und stärker vom verfügbaren Einkommen abhängig gemacht werden sowie eine Bürgerversicherung eingeführt werden.

1.3.3 Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach §§61-65 SGB XII als ein Armutsindikator

Das Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war, die aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen abzumildern und somit die Abhängigkeit von Sozialhilfe für Menschen mit Pflegebedarf und die Sozialhilfeausgaben der Kommunen zu senken.

Abbildung 1: Hilfe zur Pflege-Ausgaben Berlin 2012-2023

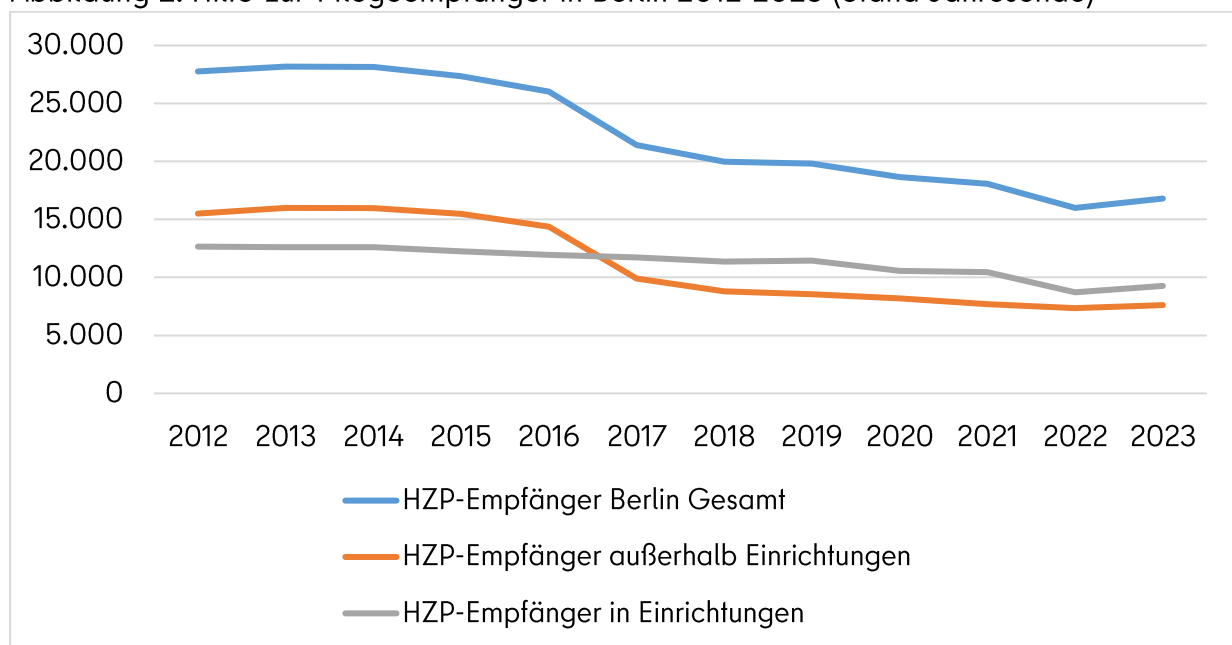


Quelle: Statistisches Landesamt Berlin-Brandenburg

Die Betrachtung der Hilfe-zur-Pflege (HzP) Ausgaben, wie in der oberen Abbildung dargestellt, im Zeitraum 2012-2023 zeigt ein relativ gleichbleibendes Ausgabenvolumen in den Jahren 2012-2022 (zwischen 300 und 380 Mio. Euro). Jedoch wurde 2020 das Ausgabenvolumen vor der Einführung des neuen Pflegebegriffs 2017 wieder übertroffen. Die Ausgaben von Hilfe zur Pflege (HzP) außerhalb von Einrichtungen – also im häuslichen Bereich – steigen jedoch seit 2018 kontinuierlich an. Ein deutlicher Anstieg der Ausgaben ist im Jahr 2023 auf 424 Mio. Euro zu verzeichnen. Die relativ gleichbleibende Entwicklung bis 2022 lässt sich zu einem Teil auf die Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung insbesondere durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2017 und die Einführung der Zuzahlungen zu Eigenanteilen in Pflegeheimen nach § 43c SGB XI im Jahr 2022 zurückführen. Die Ausgabenanstiege des Jahres 2023 sind einerseits Folge der Einführung des Tariftreugesetzes im September 2022, jedoch auch Folge inflationsbedingter Entgeltsteigerungen, die erst im Jahr 2023 ihre volle Wirkung entfalteten.

Da die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im Jahr 2025 um 4,5 % und 2028 nur mit der Preissteigerungsrate der drei vorangegangenen Jahre ansteigen werden, ist für die kommenden Jahre tendenziell mit weiter steigenden HzP-Ausgaben zu rechnen. Kostentreiber für die Eigenanteile der Pflegeversicherten sind dabei die Einführung des Personalbemessungsinstruments insbesondere in der vollstationären Versorgung und über der Inflationsrate liegende Kostensteigerungen für Pflegeleistungen im Allgemeinen.

Abbildung 2: Hilfe-zur-Pflegeempfänger in Berlin 2012-2023 (Stand Jahresende)



Quelle: Statistisches Landesamt Berlin-Brandenburg

Die Entwicklung der Zahlen der Hilfe-zur-Pflegeempfänger (siehe obere Abbildung) war im Zeitraum 2012-2022 in Berlin von Rückgängen geprägt. Hier wirkten im stationären Bereich die bereits genannten Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung. Im häuslichen Bereich ist die Zahl der Leistungsbeziehenden seit 2017 relativ gleichbleibend trotz zunehmender Nutzung von Pflegesachleistungen. Zum Ende des Betrachtungszeitraumes im Jahr 2023 ist jedoch wieder ein deutlicher Anstieg von 15.554 am Jahresende 2022 auf 16.794 HzP-Empfänger Ende 2023 zu verzeichnen.

Aus der dargestellten Entwicklung kann geschlussfolgert werden, dass die Pflegepolitik der vergangenen Jahre mit Ihren Leistungsverbesserungen, insofern positive Effekte auf die finanzielle Situation von Familien mit Pflegebedürftigen hatte, als die Belastungen durch die Preisanstiege zumindest in stationären Pflegeeinrichtungen gedämpft werden konnten. Im Jahr 2023 ist korrelativ mit der allgemeinen Inflationsentwicklung jedoch ein Trendwechsel zu beobachten.

Zwischen der finanziellen Belastung Pflegebedürftiger und der Inanspruchnahme von HzP besteht ein starker Zusammenhang, jedoch wird dieser auch noch von anderen Faktoren beeinflusst. Weitere Einflussfaktoren sind:

- verbesserte oder verschlechterte wirtschaftliche Situation der Pflegehaushalte bei Einkommen und Vermögen,
- veränderte Bewilligungspraxis der Sozialämter,
- 2mit dem PSG II hat sich der Kreis der Anspruchsberechtigten für HzP verändert, Personen, die einen Pflegebedarf unterhalb eines Pflegegrades hatten, haben danach keinen Anspruch mehr auf HzP,
- Verzögerung bei der Bearbeitung von HzP-Anträgen,
- veränderte Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Folge der Corona-Pandemie,
- Fehlende Verfügbarkeit von professionellen Pflegeangeboten (Versorgungsengpässe)
- Selbsteinschränkung oder Leistungsverzicht der Pflegebedürftigen.

Lange Bearbeitungszeiten von HzP-Anträgen führen zu Belastungssituationen für Pflegebedürftige, ihre Familien und die Pflegeeinrichtungen. Sie erhöhen das Risiko unzureichender pflegerischer Versorgung vor allem für einkommensschwache Pflegebedürftige.

Für Pflegeeinrichtungen können auf Grund verspäteter Bewilligung Liquiditätsbelastungen und die teilweise Nichtübernahme von erbrachten Leistungen eintreten.

Inzwischen liegen erste Informationen zur Sozialhilfeentwicklung für 2023 auf Bundesebene vor. Der entlastende Effekt der Zuzahlungen nach § 43c SGB XI zu den Pflegeheimkosten verliert an Wirkung. „Die Ausgaben sind bei allen Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII deutlich gestiegen. Teilweise ist der Anstieg auch darauf zurückzuführen, dass 2022 die Ausgaben für die HzP als Folge der Pflegereform stark gesunken waren und damit die Sozialhilfeausgaben insgesamt niedriger lagen. Im Jahr 2023 stiegen die Ausgaben zur HzP wieder an, nämlich um 27,4 % auf knapp 4,5 Milliarden Euro.“ (Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes:

Quellen:

[Sozialhilfeausgaben SGB XII im Jahr 2023 um 18 % gestiegen - Statistisches Bundesamt](#)
[Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII - Statistisches Bundesamt](#)

1.3.4 Studie des DIW zur Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegehaushalten

Eine Untersuchung des DIW unter Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit, mit Daten des Jahres 2020 stellte fest, dass Personen in Pflegehaushalten im Durchschnitt ein etwas gleich hohes Einkommen von 2.040,- Euro pro Monat erzielen, wie vergleichbare Haushalte (ab 60 Jahren) aus der sonstigen Bevölkerung. Der Monatsbetrag der Rente liegt bei pflegebedürftigen Menschen im Durchschnitt aber etwas niedriger als bei nicht pflegebedürftigen Personen (1 250 Euro im Vergleich zu knapp 1 500 Euro). (DIW 43/2023 S. 600) Fast alle Pflegehaushalte (gut 98 Prozent) beziehen allerdings Einkommen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, bei anderen Haushalten liegt der Anteil bei etwa 81 Prozent.

Die Pflegehaushalte sind folgerichtig mit einem Anteil von 66 überdurchschnittlich Empfänger von Transferleistungen wie Pflegegeld, Wohngeld und Sozialhilfe, während bei sonstigen Haushalten dieser Anteil bei 14 % liegt. Knapp die Hälfte der Pflegehaushalte gab an, dass die Pflegesituation regelmäßige zusätzliche Kosten von durchschnittlich 200 Euro pro Monat verursacht.

Das Nettovermögen von Pflegebedürftigen liegt hingegen deutlich um 40 % unter dem von Personen in vergleichbaren Haushalten ab 60 Jahren aus der sonstigen Bevölkerung. „Im Median verfügen Pflegebedürftige über ein Vermögen von 30 000 Euro im Vergleich zu 81 000 Euro in der übrigen Bevölkerung ab 60 Jahren. Ein nicht unerheblicher Teil der Pflegebedürftigen, ungefähr 23 Prozent, hat kein positives Nettovermögen oder ist sogar verschuldet. In der Vergleichsgruppe liegt dieser Anteil bei rund 14 Prozent.“ (ebd. S.602). Alleinlebende Pflegebedürftige weisen die schwächste Vermögensposition auf.

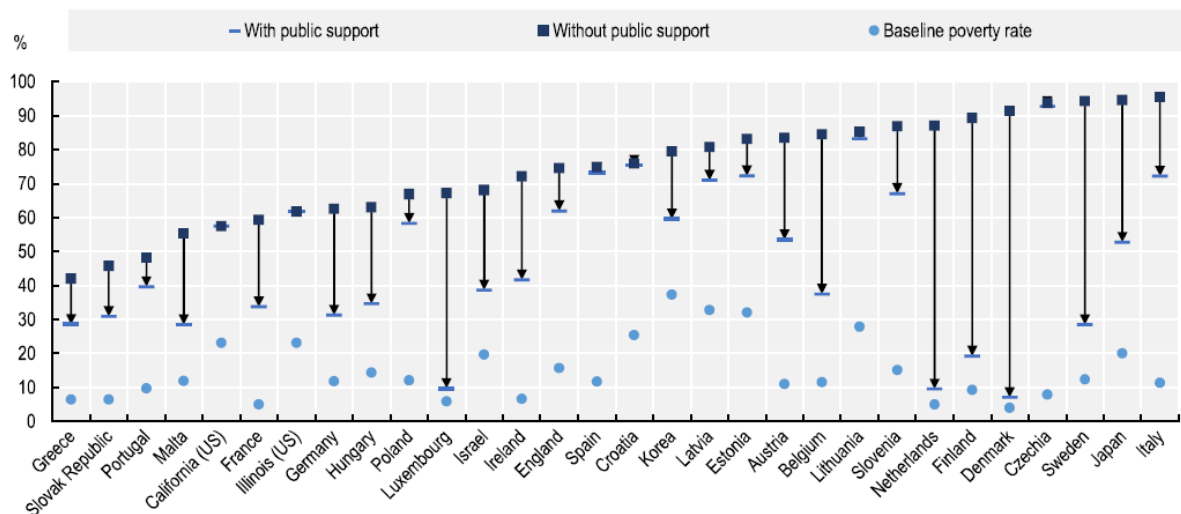
Das DIW kommt in seinem Fazit zu dem Ergebnis, dass die Instrumente des Sozialstaates und der Pflegereformen wirken, weist jedoch darauf hin, dass es „Charakteristisch für das deutsche System der Pflegeversicherung ist..., dass ...ihre Leistungen immer wieder hinter der Preis- und Lohnentwicklung zurückbleiben“ (ebd. S. 603).

1.3.5 OECD Health Policy Studies (2024) „Is care affordable für older people?“

Eine Studie der OECD beschäftigt sich mit der Frage, ob in den OECD-Ländern Pflegeleistungen für älteren Menschen bezahlbar sind und untersucht dabei auch welche Effekte die staatlichen Pflegesysteme für die Armutsvermeidung bei Pflegebedürftigkeit haben.

Für Deutschland kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Armutsbetroffenheit bei Pflegebedürftigkeit (Armutschwelle entspricht 50% vom Medianeinkommen) durch die Leistungen des staatlichen Pflegeversicherungssystems von etwas über 60 % ohne staatliche Unterstützung auf ca. 30% mit Unterstützung sinkt. Damit liegt das deutsche Pflegeversicherungssystem hinsichtlich der Armutsprävention im Vergleich der OECD-Länder im oberen Mittelfeld. Eine bessere Armutsprävention wird in einigen europäischen Ländern (Niederlande, Finnland, Dänemark, Schweden, Luxemburg) erreicht. In deutlich mehr Ländern erreichen die staatlichen Unterstützungen aber einen geringeren armutsreduzierenden Effekt.

Abbildung 3: Armutsrisiko unter älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit, vor und nach Erhalt von staatlicher Unterstützung
Compared to the baseline poverty rate for all older people



Note: Estimates are first calculated using adjusted survey weights separately for each matching method (X and Y) and then averaged to obtain the final estimates (see Annex A). Estimates assume all older people with LTC needs would seek formal home care. For countries with subnational models, these are applied to national-level survey data to produce the estimates shown. The poverty level is equal to 50% of country median income.

Source: OECD analysis based on the Long-Term Care Social Protection questionnaire and responses to surveys listed in Annex A.

In der Studie der OECD werden die armutsreduzierenden Effekte der staatlichen Pflegesysteme noch einmal differenziert für Personen mit mäßiger Pflegebedürftigkeit und schwerer Pflegebedürftigkeit (Fälle leichter Pflegebedürftigkeit wurden nicht betrachtet). Dabei zeigt sich, dass das deutsche Pflegeversicherungssystem bei mäßiger Pflegebedürftigkeit eine Reduktion des Armutsrisikos von über 80% auf ca. 20% erreicht, bei schwerer Pflegebedürftigkeit jedoch nur eine Reduktion von 90% auf 50% erfolgt. Aus diesen Ergebnissen der Studie der OECD ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Reduktion des Armutsrisikos im deutschen Pflegesystem bei schwerer Pflegebedürftigkeit geringer ausfällt als bei mäßiger Pflegebedürftigkeit.

Quelle: [Disclaimer](#) | [OECD](#)

Abbildung 4: Armutsrisiko unter älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit, vor und nach Erhalt von staatlicher Unterstützung (getrennt nach mäßiger und schwerer Pflegebedürftigkeit)

Share of older people with moderate (Panel A) and severe (Panel B) LTC needs at risk of poverty with and without public support compared to the baseline poverty rate for all older people

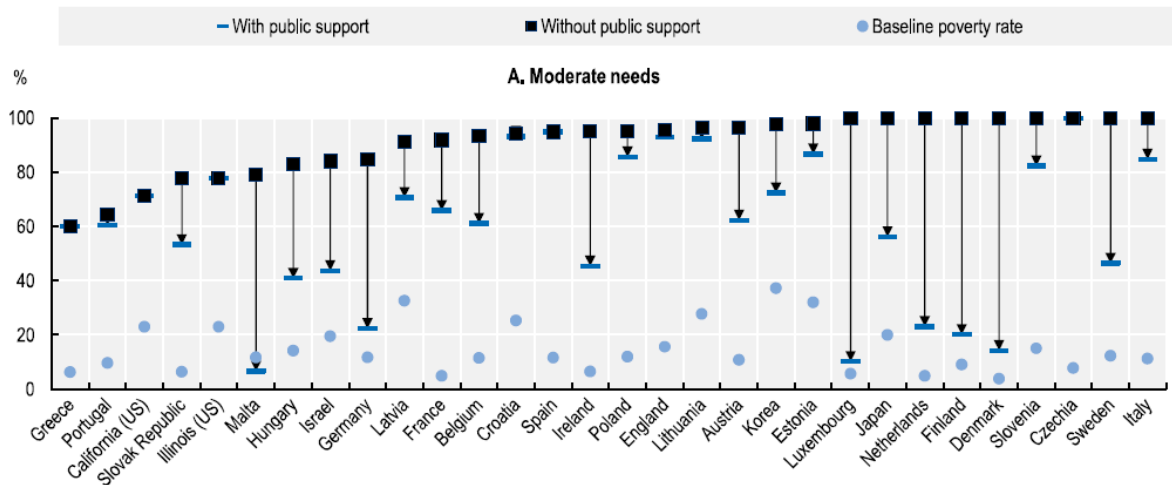
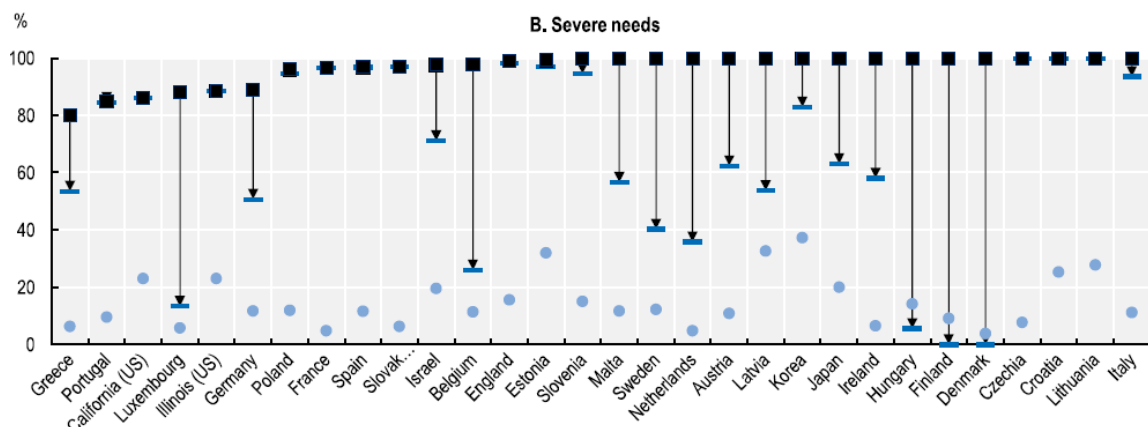


Abbildung 5: Armutsrisiko unter älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit, vor und nach Erhalt von staatlicher Unterstützung (getrennt nach mäßiger und schwerer Pflegebedürftigkeit)



Note: Estimates are first calculated using adjusted survey weights separately for each matching method (X and Y) and then averaged to obtain the final estimates (see Annex A). Moderate and severe needs correspond to 22.5 and 41.25 hours of care per week, respectively. Estimates assume all older people with LTC needs would seek formal home care. For countries with subnational models, these are applied to national-level survey data to produce the estimates shown. The poverty level is equal to 50% of country median income.

Source: OECD analysis based on the Long-Term Care Social Protection questionnaire and responses to surveys listed in Annex A.

1.3.6 Pflegende An- und Zugehörige in Gefahr

Das WIdO-Institut hat in seinem WIdOmonitor 1/2024 eine Versicherten-Umfrage zum Thema Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände in der Häuslichen Pflege vorgestellt. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargelegt.

Gut die Hälfte der pflegenden Angehörigen, die in Teilzeit erwerbstätig sind, hat ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert. Fast jede vierte Hauptpflegeperson im Alter zwischen 18 und 65 Jahren hat die eigene Erwerbstätigkeit aufgrund der Übernahme von häuslicher Pflege reduziert oder ganz aufgegeben.

Für die Hauptpflegepersonen steht der Wunsch des Pflegebedürftigen, zu Hause gepflegt zu werden, mit Abstand an erster Stelle („trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“: 93,4 Prozent). Ebenfalls eine Mehrheit (73,8 Prozent) sieht aktuell keinen Bedarf für eine stationäre Pflege. Eine hohe eigene Kostenbelastung fürchten 44 Prozent der Befragten. Deutlich wichtiger ist der Kostenaspekt bei psychisch hoch belasteten Pflegenden (80,4 Prozent) sowie bei Personen mit geringen finanziellen Mitteln (74 Prozent Zustimmung bei einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 2.000 Euro).

Jeder vierte Befragte gab und gibt an, hoch belastet zu sein und die Pflegesituation „eigentlich gar nicht mehr“ oder „nur unter Schwierigkeiten“ bewältigen zu können. Der hohe zeitliche Aufwand von durchschnittlich 49 Wochenstunden Pflegezeit hat direkte Auswirkungen auch auf die Erwerbsarbeit und die eigene Gesundheit. Eine Work-Life-Care-Balance ist für viele schwer zu erreichen.

Einkommens- und Rentenverluste durch eingeschränkte oder beendete Beschäftigung oder bei Inanspruchnahme des Anspruchs nach dem Pflegezeitgesetz werden durch keine Lohnersatzleistungen und auch nicht annähernd durch die zusätzlichen Rentenerwerbsansprüche über die Pflegeversicherung ausgeglichen.

Quelle: [Pflegen bis unter die Armutsgrenze | Union Krankenversicherung](#)

1.3.7 Nutzung von Unterstützungsleistungen

Auf die Frage, welche Unterstützungsangebote sie nutzen, geben fast zwei Drittel der Hauptpflegepersonen (61,7 Prozent) an, dass sie keinen Pflegedienst beauftragen und Pflegegeld beziehen.

Etwa jeder Zweite (48,5 Prozent) nutzt den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro pro Monat für alltagsnahe Unterstützungsleistungen.

Rund ein Drittel (33,8 Prozent) lässt sich im Rahmen der Verhinderungspflege ab und zu für eine Auszeit oder einen Urlaub vertreten.

Tagespflege und Kurzzeitpflege, also eine Urlaubspflege in einem vollstationären Heim, nutzt nicht einmal jeder Zehnte (7,7 und 8,2 Prozent).

Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2019 sind die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages und der ausschließliche Bezug von Pflegegeld leicht gestiegen, die Nutzung der Kurzzeitpflege ist zurückgegangen.

1.3.8 Welche bestehenden Leistungen werden nicht ausreichend genutzt

Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige ist laut Umfrage WIdO, dass die zu pflegende Person nicht von Fremden versorgt werden möchte. Dagegen werden vorhandene vertrauensvolle Nachbarschaftsbeziehungen nicht finanziert. Fehlende Angebote vor Ort werden dagegen nur von einer Minderheit als Ursache genannt und auch Kostengründe spielen lediglich für rund jeden Fünften eine Rolle (WIdO Studie).

Als Schlussfolgerung ergibt sich daraus, dass eine leichtere und unbürokratische Nutzung des Entlastungsbetrages auch außerhalb von zugelassenen Betreuungsdiensten und aus dem weiteren Familienkreis (dies sind dann keine fremden Personen) erheblich zur Entlastung der Hauptpflegepersonen beitragen kann, ähnlich wie bei der Verhinderungspflege.

Die Angebote der Pflegeversicherung werden in zwei Fällen besonders stark genutzt: bei häuslichen Pflegearrangements, in denen demenziell Erkrankte oder Menschen mit höheren Pflegegraden versorgt werden, und bei solchen, in denen über eine hohe psychische Belastung (gemäß HPS-Score) berichtet wird. Eine längere Pflegedauer führt dagegen offenbar nicht zu einer höheren Inanspruchnahme. Ausnahmen gibt es hier bei den Leistungen der Verhinderungs- und der Kurzzeitpflege.

Ein hohes Haushaltseinkommen und eine Erwerbstätigkeit gehen damit einher, dass vor allem eine Unterstützung durch Pflegedienste und der Entlastungsbetrag häufiger in Anspruch genommen werden.

Pflegehaushalte, in denen die Hauptpflegeperson mit der pflegebedürftigen Person zusammenlebt, beauftragen deutlich seltener einen ambulanten Pflegedienst (aus WIdO Monitor 1-2024).

Gleichzeitig wünschten sich diejenigen, die die Angebote nutzen, mehr davon: Mehr Hilfe bei der „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“ wünschten sich 2023 62,5 Prozent, 2019 waren es noch 49 Prozent. „Hilfe bei der Führung des Haushalts“ wünschten sich 2023 59 Prozent, 2019 sagten dies nur 50 Prozent.

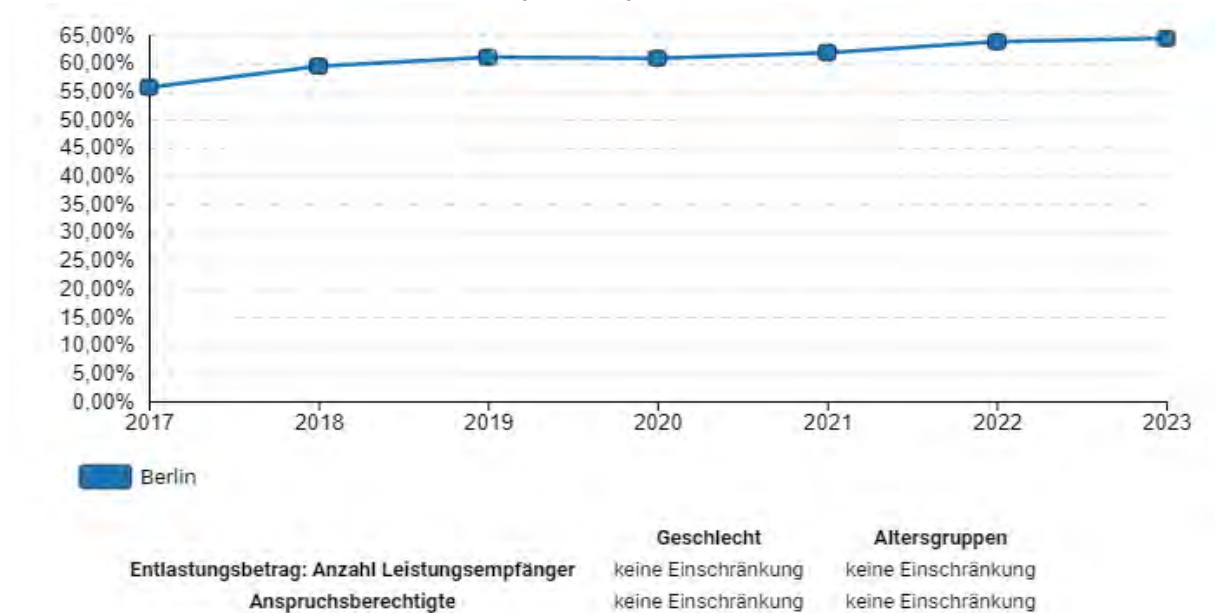
Insgesamt wünschten sich besonders die als hochbelastet eingestuften Pflegehaushalte mehr Entlastung (91 Prozent gaben dies an); dies betrifft auch solche, in denen Angehörige mit Demenz (69 Prozent) oder einem Pflegegrad größer als 2 (68 Prozent) versorgt werden.

1.3.9 Nutzung des Entlastungsbetrages in Berlin

Aus der AOK-Datenbank Sahra kann ein hochgerechneter Trend zur Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages § 45 SGB XI im Land Berlin abgelesen werden. (s. Tabellen)

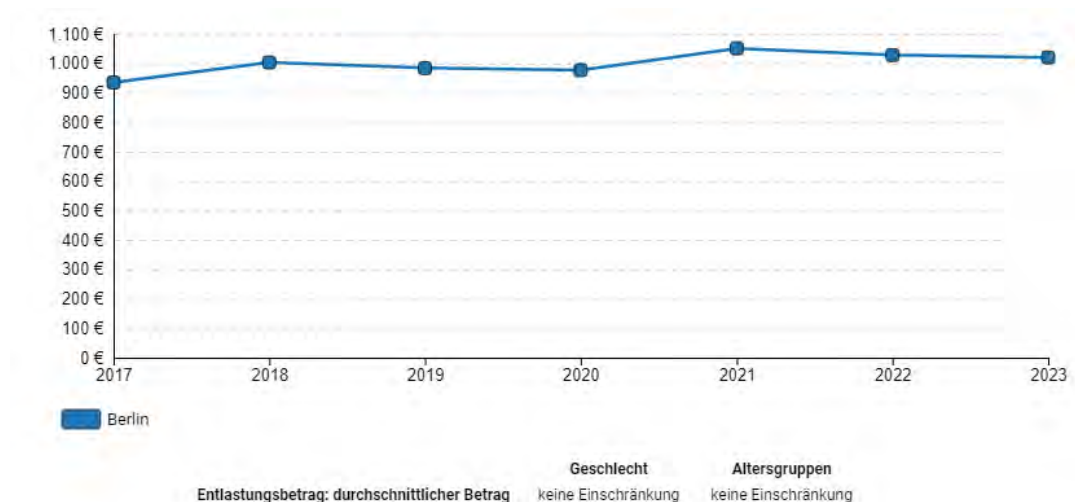
Danach ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die den Entlastungsbetrag nutzen, im Zeitraum 2017-2023 von ca. 55 % auf mittlerweile ca. 65 % angestiegen. Ein Drittel der Pflegebedürftigen nutzt den Entlastungsbetrag weiterhin nicht. Aber auch bei einer Nutzung des Entlastungsbetrages, erfolgt das durchschnittlich nur mit etwas mehr als 1.000 Euro bei einem gesetzlichen Anspruch von 1.500 Euro. In diesem Bereich liegen noch Potentiale für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Um diese zu heben, wäre eine genaue Erfassung der Ursachen für die Nichtfinanzspruchnahme eine erforderliche Grundlage.

Abbildung 6: Anteil der Bezieher*innen an den Anspruchsberechtigten von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrages in Berlin 2017-2023



Quelle: ©SAHRA-Plattform, abgerufen am 15.10.2024

Abbildung 7: Durchschnittliche Nutzung Entlastungsbetrag pro Leistungsempfänger in Berlin 2017 - 2023



Quelle: ©SAHRA-Plattform, abgerufen am 15.10.2024

1.4 Entwicklungstendenzen

Verschiedene Armutsrisikofaktoren nehmen zu:

- Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt schneller als erwartet, gerade auch bei Menschen mit Migrationshintergrund. Damit wachsen auch die Zahl der pflegenden Angehörigen und der Versorgungsbedarf an professionellen Leistungen.
- Die zeitlichen Belastungen für pflegende An- und Zugehörige steigen mit dem zunehmenden Mangel an professionellen Angeboten. Das erschwert die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.
- Eine zunehmende Zahl von Singlehaushalten ohne familiäres Umfeld wird zukünftig zu versorgen sein, ohne dass dafür ausreichende professionelle Pflegeangebote zur Verfügung stehen werden.
- Die Dauer der Pflegebedürftigkeit steigt weiter und damit auch die Zeitdauer der Belastungen für pflegende Angehörige.
- Bei einer zukünftigen Anpassung der Pflegesachleistungen an die Inflationsrate, werden mehr Menschen unterstützende Leistungen der HzP brauchen. Insbesondere die Einführung der neuen Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird zu weiter stark steigenden Eigenanteilen führen. Die Erhöhungen des häuslichen Pflegegeldes bleiben hinter der allgemeinen Preisentwicklung zurück. Der Finanzbedarf wird dann stationär und ambulant insgesamt und pro Kopf steigen.

1.5 Schlussfolgerungen

Mit zunehmendem Alter wird es immer wichtiger gesund zu bleiben und soziale Isolierung zu vermeiden. Sport, Bewegung, eine gesunde Ernährung, soziale Kontakte und ein gut funktionierendes Gemeinwesen sowie nachbarschaftliche Hilfenetze erlangen zunehmend an Bedeutung. Die informelle Pflege durch pflegende An- und Zugehörige nimmt zu, Pflegende müssen entlastet und pflegebedürftige Menschen, die zu Hause betreut und gepflegt werden, müssen bedarfsgerecht unterstützt werden.

Beeinträchtigungen der Gesundheit, Krankheit, ein niedriges Bildungsniveau und soziale Isolierungen erhöhen das pflegebedingte Armutsrisiko. Nachbarschaftliche Hilfenetze und soziale Teilhabe sollten gestärkt werden, um gerade auch die Teilhabe der pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen zu ermöglichen.

Um pflegebedingte und pflegeindizierte Armut zu vermeiden und zu reduzieren, können im Rahmen der Landespflegeplanung wirksame Maßnahmen ergriffen werden:

- auf der Landesebene sollten die bestehenden Entlastungsstrukturen (Beratung in den Pflegestützpunkten, Pflegeselbsthilfe, ehrenamtliches Engagement, Angebote zur Unterstützung im Alltag) sowie nachbarschaftliche Unterstützungsstrukturen ausgebaut und der Ausbau dauerhaft finanziert werden.

- niedrigschwellige Beteiligungsformate (Gemeinwesen, Nachbarschaft, Sport und Bewegung) müssen gestärkt und die Vielfalt sozialer Teilhabe stärker vermittelt werden. Dafür ist die Nutzung des Entlastungsbetrages nach §45b SGB XI deutlich zu vereinfachen und die PUVO entsprechend zu überarbeiten.
- Die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit muss ausgebaut werden.
- Die pflegerischen Beratungsangebote im Land Berlin sollten ihren Blick schärfen für die Erreichbarkeit von sozial schwächeren und alleinlebenden Pflegebedürftigen sowie deren pflegenden Angehörigen. Es ist zu prüfen, ob mehr zugehende Elemente in der Beratung implementiert werden können. Ein Schwerpunkt sollte dabei auf langzeitpflegende Angehörigen gelegt werden.

Die Mehrzahl der pflegenden An- und Zugehörigen sind Frauen. Häufig können sie eine häusliche Betreuung oder Pflege nur durch Reduzierung ihrer Berufstätigkeit (Teilzeit) oder flexible Arbeitszeiten und Homeoffice ermöglichen. Die dadurch geringeren Einkommen belasten die häusliche Situation und reduzieren die Altersversorgung bzw. führen zu Altersarmut.

2 Verbesserung der Strukturen mit dem Ziel der Armutsprävention

2.1 Verbesserung der Datengrundlage zur Erfassung des Armutsrisikos

Die Datenlage zur Entwicklung von Armut im Zusammenhang mit Pflege muss auf wissenschaftlicher Grundlage bezirksübergreifend qualifiziert werden. Dazu gehört auch eine wissenschaftlich gesicherte Begrifflichkeit von Armutsrisikofaktoren. Hierfür könnte eine wissenschaftliche Studie beauftragt werden.

2.2 Finanzielle Entlastung der Pflegehaushalte auf Landesebene

Der im Koalitionsvertrag vereinbarte Prüfauftrag für eine subjektive Investitionskosten-entlastung durch ein Pflegewohn geld – auch im ambulanten Bereich – sollte noch in dieser Wahlperiode umzusetzen.

2.3 Informationen und Beratungen im Vorfeld und zu Beginn einer Pflegesituation zur Vermeidung von Armut müssen ausgebaut werden

Berlin verfügt über geeignete Unterstützungs- und Beratungsstrukturen, deren Angebote ausgebaut werden sollten, um Ratsuchende und Nutzende wohnortnah sowie persönlich (ggf. in Hausbesuchen) über bestehende Entlastungsmöglichkeiten und deren Finanzierbarkeit unbürokratisch zu informieren und zur Inanspruchnahme bzw. Antragstellung zu beraten (Zugänge ebnen, Anträge stellen).

Um die Erreichbarkeit von armutsbetroffenen, immobilen oder gefährdeten Menschen – z.B. alleinlebende Pflegebedürftige ohne Familie und Netzwerke! – sicherzustellen, sind aufsuchende Angebote ein bevorzugtes Mittel der Wahl, um die Nutzung von gesetzlichen Ansprüchen sicherzustellen, z.B. durch die Pflegestützpunkte und die Berliner Hausbesuche.

Darüber hinaus:

- qualifiziertere Öffentlichkeitsarbeit mit analogen Infoangeboten (Poster, Faltblatt, Broschüre), in denen alle relevanten Adressen von Beratungsstellen und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen zusammengestellt sind
- zum Aushang, zur Auslage und Weiterreichung in geeigneten Praxen, Einrichtungen und Läden, z.B. Arztpraxen, Physiotherapeutische Praxen, Supermärkte, Sanitätshäuser, Apotheken etc.

2.4 Erreichbarkeit und Unterstützung der Zielgruppe armer Pflegehaushalte

2.4.1 Welche armutsreduzierenden Einflussmöglichkeiten bestehen auf Landesebene?

- Um die Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von Leistungen zu erhöhen, könnte z.B. durch Case Management eine auf das Themenfeld Armutsvermeidung (auch im Sinne sozialer Kontaktarmut) und verstärkte Inanspruchnahme möglicher Leistungen der Pflegeversicherung zur Entlastung stark belasteter pflegender Angehöriger (Kennzeichen hohe Pflegegrade, Vorliegen einer Demenzerkrankung und langandauernde Pflegesituation) z.B. in den Pflegestützpunkten ausgebaut werden als mögliche Fokussierung der Beratung auf armutsgefährdete Gruppen und auf Armutsvermeidung.

- Die Bewilligungspraxis für Anträge der HzP nach SGB XII ist deutlich zu verkürzen und zu vereinfachen. Angelehnt an den Abgeordnetenhausbeschluss vom 04.07.2024 (Drucksache Nr. 19/1520 und 19/1777) könnte eine Abschlagszahlung eingeführt werden, wenn über einen vollständigen Antrag nicht binnen drei Monaten entschieden wurde.
- Die präventiven Hausbesuche sollten das Thema Armutsvermeidung bei Pflegebedürftigkeit regelhaft bei ihren Besuchen ansprechen und an die entsprechenden Beratungsstellen in den Bezirken verweisen.
- Eine stärkere Beachtung des Themas bei den § 37 Abs. 3 SGB XI-Beratungsbesuchen der Pflegedienste mit einer Vermittlung an weiterführende Beratungsstellen, wie z.B. die Pflegestützpunkte (Infoblatt der Pflegestützpunkte zur Hilfe zur Pflege), könnte das Armutsrisiko durch Pflegebedürftigkeit reduzieren helfen. (Ansprechpartner*innen der Pflegekassen und Verbände der Leistungserbringer).
- Das Thema Armutsrisiko und Pflegebedürftigkeit sollte auch im Rahmen von nachhaltiger Förderung von Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger diskutiert werden, mit entsprechendem Material oder Einladung von Referenten zum Thema (z.B. Pflegestützpunktmitarbeitende). (Ansprechpartner*innen, wie: Bezirke, Land und Pflegekassen).
- Mobilitätsangebote (z.B. Telebus – SenASGIVA) und deren öffentliche Finanzierung sollten im Sinne der Teilhabe und als kostengünstiges Angebot bedarfsgerecht ausgebaut werden.
- Bei der Konzepterstellung für Beratungs- und Unterstützungsstrukturen mit Pflegebezug im Land Berlin sollte die passgerechte Ansprache von armutsgefährdeten Zielgruppen mit aufgenommen werden. Dabei können auch zugehende Elemente im Beratungsbetrieb verankert werden. Hausbesuche von Amtsmitarbeiter*innen zur Unterstützung von Antragstellungen sollten erweitert werden.

2.4.2 Von einem Teil der Arbeitsgruppe wurden auch diese Vorschläge unterstützt, wie:

- Die Scham staatliche Transferleistungen zu nutzen, hält viele Menschen ab, leistungsfördernde Anträge zu stellen. Auch der Einsatz des mühsam in vielen Arbeitsjahrzehnten angesparten kleinen persönlichen Vermögens über 10.000 Euro als Voraussetzung für staatliche Unterstützung, schreckt pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ab, Anträge zu stellen. Deshalb sollte das Schonvermögen in der Sozialhilfe über das aktuell geltende Niveau von 10.000 Euro angehoben werden.
- Umsetzung eines Konzeptes für eine pflegerische Notfallversorgung außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten.
- Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Pflegehaushalte von Investitionskosten (Umsetzung eines Pflegewohngeldes im Land Berlin).

2.4.3 Visionen die von einigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe geteilt wurden:

- Sonder- und Einmalzahlungen an Pflegehaushalte oder pflegende Angehörige – eventuell ein Modellprojekt „Bezahlung pflegender Angehöriger“ sollte gesellschaftlich diskutiert werden. Geprüft werden könnte auch die Zahlung eines jährlichen staatlichen Pflegegeldes an Pflegehaushalte nach dem Beispiel Bayerns.
- Zusammenfassung von pflegerischen Beratungs- und Angebotsstrukturen an einem Ort in öffentlichen Gebäuden verbunden mit der Stärkung von ehrenamtlichen Sorgestrukturen.

2.5 Welche bestehenden Leistungen werden nicht ausreichend genutzt

Eine wissenschaftliche Untersuchung zur Frage, welche Folgen die nicht genutzten Leistungen für die Pflegebedürftigkeit und die Gesellschaft haben, wird hiermit angeregt. Ergänzend sollte auch die Frage geklärt werden, welche volkswirtschaftlichen Effekte etwa durch Nichtinanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen entstehen, wenn Angehörige nicht arbeiten, sondern betreuen und welche Folgekosten durch erhöhte oder vermeidbare Behandlungskosten nach SGB V unterlassene Pflegeleistungen verursachen werden.

2.6 Initiativen, die das Land Berlin und die Mitglieder des LPA über Ihre Organisationen auf Bundesebene ergreifen oder unterstützen könnten:

- Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Pflegehaushalte, insbesondere Maßnahmen zur Begrenzung der pflegebezogenen Eigenanteile und der Entlastung von Ausbildungskosten der Pflegebedürftigen sowie zur Verbesserung der Einnahmenseite der Sozialen Pflegeversicherung.
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, wie z.B. Regelungen zur flexibleren Gestaltung von Arbeitszeiten, verbindliche Möglichkeiten zum Homeoffice.
- deutliche Anhebung der Rentenansprüche aus informeller Pflege Tätigkeit und Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten.

- Bei der Weiterentwicklung des Leistungsrechts der Sozialen Pflegeversicherung sollte dafür eingetreten werden, dass die Komplexität des Leistungsrechtes nicht weiter ansteigt bzw. möglichst vereinfacht wird durch Zusammenfassung von Leistungsansprüchen. Die ohnehin vorhandene Scheu von sozial schwächeren Personengruppen staatliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, wird durch ein intransparentes und schwer zu verstehenden Leistungsrecht weiter verstärkt.
- Unter Berücksichtigung der OECD-Studie könnte überlegt werden, ob die Leistungen im SGB XI für Fälle mit schwerer Pflegebedürftigkeit in häuslicher Versorgung im Verhältnis zu Fällen mit mäßiger Pflegebedürftigkeit zusätzlich verbessert werden sollten.

Von einem Teil der Arbeitsgruppe wurde auch diese Vorschläge unterstützt:

- Die Bewilligungspraxis für Anträge der HzP nach SGB XII ist deutlich zu verkürzen und zu vereinfachen. Angelehnt an den Abgeordnetenhausbeschluss vom 04.07.2024 (Drucksache Nr. 19/1520 und 19/1777) könnte eine Abschlagszahlung eingeführt werden, wenn über einen vollständigen Antrag nicht binnen drei Monaten entschieden wurde. Diese Praxis könnte im Bundesrecht verankert werden.

Anhebung der Anzahl der pflegebedingten Ausfalltage für Arbeitnehmer von bisher 10 Tage auf mindestens 24 Tage.