

*Informelle Pflege: (k)eine Antwort auf eine  
drängende Gesellschaftsfrage?*

*Eine Quantifizierung der zukünftig entstehenden  
Kosten durch die Pflege von Angehörigen*

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades  
eines Doktors der Staatswissenschaften (Dr. rer. pol.)

am Fachbereich 6: Kultur- und Sozialwissenschaften  
der UNIVERSITÄT Koblenz-Landau

vorgelegt im Promotionsfach: Wirtschaftswissenschaften  
mit dem Schwerpunkt: Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik  
am: 30.04.2021

von: Mathias Kappel, M.A.

geboren am: 01.02.1994 in Saarbrücken

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Werner Sesselmeier

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Aysel Yollu-Tok

Inhaltsverzeichnis	
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	VII
1 Einleitung .....	1
1.1 Motivation der Arbeit .....	1
1.2 Ziel der Arbeit .....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	3
2 Pflegeversorgung in Deutschland: institutionelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen .....	5
2.1 Soziale Pflegeversicherung im institutionellen Kontext .....	5
2.1.1 Anspruchsvoraussetzungen der Sozialen Pflegeversicherung .....	6
2.1.2 Leistungsumfang der Sozialen Pflegeversicherung .....	8
2.2 Statistische Betrachtung der Pflegelandschaft .....	11
2.3 Zwischenfazit: Pflegeversicherung im institutionellen Kontext .....	14
2.4 Sozioökonomische Betrachtung von Pflegebedürftigen .....	15
2.5 Sozioökonomische Betrachtung von pflegenden Angehörigen .....	19
2.5.1 Verteilung der Pflegeverantwortung .....	19
2.5.2 Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter .....	22
2.5.3 Auswirkungen von Pfl egetätigkeiten auf das Wohlbefinden von informell Pflegenden .....	25
2.6 Zwischenfazit: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Sozialversicherungskontext .....	26
3 Ökonomie der informellen Pflege: Theorie und empirische Evidenz .....	29
3.1 Modelltheoretische Grundlagen zu den Beweggründen informeller Pflege .....	30
3.1.1 Altruistisches Verhaltensmodell .....	31
3.1.2 Strategisches Verhaltensmodell .....	32

3.2	Modelltheoretische Grundlagen zur Produktion und den Kosten der informellen Pflege .....	33
3.2.1	Modell der Zeitallokation .....	33
3.2.2	Modell der Haushaltsproduktion .....	34
3.3	Zwischenfazit: sozialpolitische Implikation der Modelltheorien .....	36
3.4	Volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege .....	38
3.5	Empirische Evidenz für die Beweggründe informeller Pflegeübernahme .....	40
3.6	Empirische Evidenz für die Kosten der informellen Pflege .....	42
3.6.1	Auswirkungen einer Erwerbstätigkeit auf die informelle Pflegewahrscheinlichkeit .....	42
3.6.2	Auswirkungen von informeller Pflege auf Erwerbstätigkeitsstatus und Einkommen .....	43
3.6.3	Auswirkungen von informeller Pflege auf den Fiskus .....	47
3.6.4	Auswirkungen der Doppelbelastung aus Erwerbsarbeit und Pflegearbeit .....	51
3.6.5	Auswirkungen informeller Pflege auf private Aufwendungen von Pflegepersonen .....	52
3.7	Zwischenfazit: Forschungsstand, -bedarf und -frage .....	53
4	Modellspezifikation: Pflegeübernahme und Erwerbstätigkeit im Steuer- und Sozialversicherungskontext .....	60
4.1	Prognosen zur zukünftigen Pflegeversorgung .....	60
4.1.1	Informelle Pflegenachfrage .....	60
4.1.2	Informelles Pflegeangebot .....	63
4.2	Zwischenfazit: Pflegeentscheidung als Übereinkommen .....	67
4.3	Datengrundlage und Variablenauswahl für die Modellspezifikation .....	72
4.4	Datenanalyse für die Modellspezifikation .....	76
4.4.1	Pflegebeginn und Einflussfaktoren .....	77
4.4.2	Dauer von Pflegeleistungen und Intensitäten .....	81
4.4.3	Erwerbssituation vor und/oder zu Beginn einer Pflegeleistung .....	84
4.4.4	Erwerbssituation während einer Pflegeleistung .....	89

## *Inhaltsverzeichnis*

4.4.5	Renteneintrittsalter von Pflegenden .....	92
4.5	Zwischenfazit: Spannungsfeld Pflege- und Erwerbsarbeit .....	93
4.6	Festlegung der Modellzustände und Eintrittswahrscheinlichkeiten .....	95
4.6.1	Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit, Pflegedauer und Pflegeintensität.....	95
4.6.2	Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit, effektive Arbeitserfahrung, Arbeitsstunden und Lohn .....	96
4.6.3	Renteneintrittswahrscheinlichkeit .....	98
4.7	Berücksichtigung des Steuer- und Sozialversicherungssystems .....	99
4.7.1	Pflegeversicherung .....	99
4.7.2	Rentenversicherung .....	101
4.7.3	Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe .....	103
4.7.4	Sozialversicherungsbeiträge .....	103
4.7.5	Einkommensteuer .....	104
4.8	Vorgehen zur Prognose .....	104
4.9	Zwischenfazit: Kernpunkte und Limitationen des Modells .....	106
5	Modellsimulation: individuelle und fiskalische Kosten bei informeller Pflege.....	109
5.1	Szenario A .....	110
5.2	Szenario B .....	121
5.3	Szenario C .....	127
5.4	Zwischenfazit: sozialpolitische Implikation der Ergebnisse .....	134
5.5	Sozialpolitische Handlungsmöglichkeiten.....	136
6	Fazit und Ausblick.....	144
	Literaturverzeichnis.....	147
	Anhang .....	174
	Lebenslauf .....	181
	Selbstständigkeitserklärung .....	182

**Abkürzungsverzeichnis**

ALG	Arbeitslosengeld
ALV	Arbeitslosenversicherung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BHPS	Britisches Haushaltspanel
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEAS	Deutscher Alterssurvey
Destatis	Statistisches Bundesamt
ECHP	Europäisches Haushaltspanel
EstG	Einkommensteuergesetz
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
HRS	Health and Retirement Study
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PPV	Private Pflegeversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
UV	Unfallversicherung
RKI	Robert-Koch-Institut
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen nach Versorgungsart.....	12
Abbildung 2: Prognose zur zukünftigen Anzahl der Pflegebedürftigen .....	62
Abbildung 3: Pflegeentscheidung als Übereinkommen .....	70
Abbildung 4: Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit nach Alter und Geschlecht .....	77
Abbildung 5: Pflegedauer von Männern und Frauen .....	81
Abbildung 6: Erwerbsquoten von Pflegenden im ersten Pflegejahr .....	85
Abbildung 7: Effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn .....	87
Abbildung 8: Veränderung der Erwerbstätigkeitsrate bei Pflegebeginn .....	110
Abbildung 9: Arbeitszeit bei Pflegebeginn .....	111
Abbildung 10: Stundenlohn bei Pflegebeginn.....	113
Abbildung 11: Rentenpunkte bei Pflegebeginn .....	114
Abbildung 12: Anteilige Zusammensetzung der fiskalischen Nettokosten bei Männern.....	117
Abbildung 13: Anteilige Zusammensetzung der fiskalischen Nettokosten bei Frauen .....	120
Abbildung 14: Demografische Entwicklung bis zum Jahr 2040 .....	122
Abbildung 15: Entwicklung der Pflegepopulation bis 2040 – Szenario B .....	123
Abbildung 16: Prognostizierte fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege.....	126
Abbildung 17: Entwicklung der Pflegepopulation bis 2040 – Szenario C.....	130
Abbildung 18: Direkter Kostenanteil an fiskalischen Gesamtkosten nach Geschlecht.....	132

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Pflegeleistungen im Überblick .....	8
Tabelle 2: Rentenanspruch je Pflegegrad und Leistungsart .....	10
Tabelle 3: Pflegequote nach Alter und Geschlecht.....	16
Tabelle 4: Verteilung der Pflegeverantwortung.....	20
Tabelle 5: Determinanten des zukünftigen Pflegepotenzials .....	64
Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die Übernahme von Pfl egetätigkeiten .....	79
Tabelle 7: Einfluss des Alters bei Pflegebeginn auf die Pflegedauer und -intensität .....	83
Tabelle 8: Einfluss des Alters auf die effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn.....	88
Tabelle 9: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Pflegeeintrittsalter und Pflegedauer.....	89
Tabelle 10: Einflussfaktoren der Arbeitszeitreduktion aufgrund informeller Pflege .....	90
Tabelle 11: Einfluss von Pfl egetätigkeiten auf die Renteneintrittswahrscheinlichkeit .....	92
Tabelle 12: Fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege bei Männern.....	116
Tabelle 13: Fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege bei Frauen .....	119
Tabelle 14: Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten.....	128

In der vorliegenden Arbeit wird auf eine geschlechterinklusive Sprache geachtet. Das bedeutet, dass überwiegend geschlechtsneutrale Formulierungen, wie beispielsweise „Pfleger“, verwendet werden. Dadurch sind intersexuelle und nicht-binäre Personen mitgemeint. Wird dennoch explizit auf die Geschlechtsausprägungen männlich oder weiblich verwiesen, ist dies darauf zurückzuführen, dass die zugrunde liegende Datenbasis keine weiteren Geschlechtsausprägungen beinhaltet.

# 1 Einleitung

„Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre“ (*Jens Spahn zur Pflegereform, 2020*).

Mit diesem historischen Vergleich kündigte der derzeitige Gesundheitsminister im Oktober 2020 eine weitere Pflegereform zur Verbesserung der Pflegesituation in Deutschland an. Der Reformvorschlag sieht unter anderem vor, die häusliche Pflege zu stärken und einfacher zu organisieren. Gelingen soll dies durch höhere Pflegegeldleistungen und einem neuen Pflegebudget für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, dessen genaue Umsetzung in der Bekanntmachung vage bleibt (BMG, 2021a).

Doch wieso führt die gegenwärtige Pflegeversorgung zu einer drängenden Gesellschaftsfrage? Und (wie) lässt sie sich in Zukunft überhaupt beantworten?

Vor dem Hintergrund demografischer und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse unternimmt die nachfolgende Arbeit den Versuch eine Antwort darauf zu finden, inwiefern informelle Pflege im Kontext des Sozialversicherungssystems zur Lösung der Pflegeherausforderungen beitragen kann.

Unter *informeller Pflege* wird die Übernahme von Tätigkeiten verstanden, die Pflegebedürftige nicht mehr eigenständig ausüben können und durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, zum Beispiel Angehörige, Nachbarn oder Freunde, unentgeltlich geleistet werden.<sup>1</sup> Im Umkehrschluss subsumiert der Begriff *formelle Pflege* alle Tätigkeiten, die von professionellen Pflegekräften entgeltlich geleistet werden.

In Bezug auf die oben aufgeworfenen Fragen begründet sich die Motivation der Arbeit wie folgt.

## 1.1 Motivation der Arbeit

Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen bevorzugt der Gesetzgeber nach §3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI die kostengünstigste Pflegealternative. Das bedeutet, die häusliche Pflege wird politisch gegenüber der Pflege im Heim nach dem Grundsatz ambulant vor stationär priorisiert.

Daher finden in Deutschland die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen zum Großteil im häuslichen Umfeld statt. Von den aktuell circa 4,12 Millionen

---

<sup>1</sup> Neben der Begrifflichkeit informelle Pflege werden in der vorliegenden Fachliteratur auch häufig die Synonyme Angehörigenpflege, häusliche Pflege, Familienpflege oder Laienpflege verwendet.

## *Einleitung*

Pflegebedürftigen werden 3,31 Millionen zu Hause versorgt. Davon werden wiederum 2,12 Millionen Pflegebedürftige allein durch Angehörige betreut (Destatis, 2020a).

Informelle Pflege kann demnach als Eckpfeiler der pflegerischen Versorgung beschrieben werden, da Pflegepersonen durch die Versorgung von Angehörigen eine gesellschaftliche und für die Funktionsfähigkeit des Pflegesystems unverzichtbare Aufgabe übernehmen. Informelle Pflege sollte daher nicht als private Angelegenheit zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden verstanden werden. Sie hat vielmehr bedeutsame Auswirkungen für die gesamte Gesellschaft (Beblo et al., 2020).

Zukünftig könnte die tragende Säule des Pflegesystems jedoch zunehmend erodieren. Während der demografische Wandel einerseits zu einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen führt, nimmt andererseits die Zahl derer, die Pflegetätigkeiten übernehmen könnten ab. Die demografische Entwicklung geht zudem mit einem gesellschaftlichen Wandel einher. Dadurch ändern sich die sozioökonomischen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise eine zunehmende Frauenerwerbstätigkeit. In der Folge rückt das Problemfeld Pflege immer weiter in den Fokus gesellschaftspolitischer Debatten.

Zum einen können die anfallenden individuellen und gesellschaftlichen Pflegeaufgaben nicht mehr von Märkten übernommen werden, da das formelle Pflegeangebot und/oder die Finanzierungsmöglichkeiten fehlen (Kochskämper, 2018). Dies führt zu Versorgungslücken in der stationären und ambulanten Pflege. Es besteht also lediglich ein fragmentiertes Leistungsangebot im ambulanten Pflegesektor, welches den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen nur unzureichend gerecht wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014).

Zum anderen entsteht bei Übernahme von informellen Pflegeaufgaben häufig ein Vereinbarkeitsproblem zwischen Pflege- und Erwerbstätigkeit. Pflegende reduzieren deshalb nicht selten ihre Erwerbsarbeitszeit oder geben die berufliche Tätigkeit ganz auf (Lilly et al., 2007). Heitmann-Möller et al. (2020) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zukünftig immer mehr informell Pflegende im erwerbsfähigen Alter sein werden, für die sich ein potenzieller Konflikt zwischen Erwerbstätigkeit und Pflegearbeit ergibt. Nichtsdestotrotz geht der Unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019) davon aus, dass informelle Pflege auch zukünftig von zentraler Bedeutung sein wird.

In dieser Hinsicht ist zu beachten, dass sich Pflegepersonen im Kontext des erwerbszentrierten Sozialversicherungssystems erhöhten sozialen Risiken aussetzen, wenn sie ihre Erwerbs- und Verdienstpoteziale am Arbeitsmarkt nicht vollumfänglich aus-

schöpfen. Die sozialen Risiken beziehen sich neben kurzfristigen Einkommenseinbußen vor allem auf das über Löhne generierte Alterssicherungsniveau.

Darüber hinaus geht aus staatlicher Perspektive eine verringerte Arbeitsmarktpartizipation von Pflegenden unmittelbar mit verminderten Einkommensteuer- und Beitragseinnahmen für die Sozialversicherung einher. Diese sogenannten fiskalischen Kosten sollten im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Bewertung von informeller Pflegearbeit berücksichtigt werden, da es ansonsten zu einer ökonomisch und sozialpolitisch fehlgeleiteten Weichenstellung im Pflegesystem kommen könnte.

Allerdings wurden fiskalische Kosten, die im Zusammenhang mit einer informellen Pflegetätigkeit entstehen können, im wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskurs bisher nur unzureichend berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund und der bestehenden Forschungslücke baut sich die Zielsetzung der Arbeit auf.

## 1.2 Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege im deutschen Wohlfahrtsstaat empirisch zu prognostizieren. Fiskalischen Kosten werden als monetäre Wirkungen in der Staatskasse, das heißt erhobene Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge der informell Pflegenden sowie gewährte Transferleistungen, wie beispielsweise Pflege- oder Arbeitslosengeld, definiert.

Die übergeordnete Fragestellung der Arbeit lautet daher wie folgt:

*Welche fiskalischen Auswirkungen sind aufgrund informeller Pflege zukünftig im Wohlfahrtsstaat Deutschland zu erwarten?*

Um diese Fragen beantworten zu können, bedarf es theoretischer Grundlagen, einer ausführlichen Analyse und sozioökonomischen Betrachtung der aktuellen Pflegesituation in Deutschland sowie einer Quantifizierung und Extrapolation der staatsseitigen Kosten, die aus der Angehörigenpflege resultieren.

Die Arbeit ist daher wie folgt gegliedert.

## 1.3 Aufbau der Arbeit

Zunächst skizziert Kapitel 2 die aktuelle Pflegesituation in Deutschland und analysiert welche sozioökonomischen Charakteristika informell Pflegende aufweisen. Dadurch wird informelle Pflege als Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Aufgabe und Problem ersichtlich.

## *Einleitung*

Im Anschluss erörtert Kapitel 3 die theoretischen Grundlagen zur Ökonomie der informellen Pflege und trägt den empirischen Forschungsstand zusammen. Ziel ist es aufzuzeigen, welche Aspekte beim Thema informelle Pflege noch unzureichend behandelt worden sind. Ausgehend von der hergeleiteten Forschungslücke wird die Forschungsfrage der Arbeit aufgestellt.

Daran anknüpfend beschäftigt sich Kapitel 4 mit dem Aufbau eines Modells zur Quantifizierung und Prognose der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege.

Kapitel 5 präsentiert die Ergebnisse der Modellsimulation anhand verschiedener Szenarien und vermittelt so eine Vorstellung davon, wie genau sich die fiskalischen Kosten bei informeller Pflege zukünftig ausgestalten könnten. Die Befunde werden anschließend zur Erörterung sozialpolitischer Handlungsoptionen herangezogen.

Das Fazit schließt die Arbeit in Kapitel 6 ab und gewährt darüber hinaus einen Ausblick auf offene Forschungs- und sozialpolitische Handlungsbedarfe.

## 2 Pflegeversorgung in Deutschland: institutionelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen

Wie Pflege in einer Gesellschaft organisiert ist, hängt im Wesentlichen von der Aufgabenteilung zwischen Staat, Markt und Familie ab. Traditionell wird Pflege informell im familiären Umfeld erbracht und nimmt deshalb nach wie vor einen hohen Stellenwert in Deutschland ein (Bosang, 2009).

Der Wohlfahrtsstaat spielt in dieser Konstellation insofern eine wichtige Rolle, als dass er die Rahmenbedingungen vorgibt, unter denen die Pflegeversorgung ausgestaltet wird. In den letzten Jahren entstanden durch verschiedene Regelungen zur Absicherung des sozialen Risikos, das durch Pflegebedürftigkeit hervorgerufen wird, zunehmend familien-basierte, semi-formelle und formelle Pflegeformen (Theobald, 2008).

Es kommt daher auf der einen Seite zur sogenannten *Re-Familisierung* der Pflege, bei der die Pflegeverantwortung ins familiäre Umfeld verlagert wird. Auf der anderen Seite wird die *Professionalisierung* der Pflege weiter vorangetrieben – das heißt der Pflegemarkt wird gestärkt und ausgebaut. Beides geschieht vor dem Hintergrund des kontinuierlich steigenden Pflegebedarfs einer alternden Gesellschaft.

Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, informelle Pflege als gesellschaftliche Aufgabe und Problem zu umreißen sowie eine faktenbasierte Grundlage für die sozialpolitische Diskussion zur zukünftigen Pflegeversorgung zu schaffen.

Daher wird im Nachfolgenden zunächst die Soziale Pflegeversicherung (SPV) in den institutionellen Kontext eingeordnet, bevor die Anspruchsvoraussetzungen und der Leistungsumfang näher betrachtet werden. Anschließend erfolgt eine statistische Betrachtung der SPV, die einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger und Versorgungsformen bietet. Zusätzlich werden die sozioökonomischen Charakteristika von Pflegebedürftigen und informell Pflegenden analysiert.

### 2.1 Soziale Pflegeversicherung im institutionellen Kontext

Die Pflegeversorgung hängt im Wesentlichen vom institutionellen Kontext eines Landes ab. Die vergleichende Wohlfahrtsforschung unterscheidet drei verschiedene Formen der wohlfahrtsstaatlichen Organisation; den liberalen, den konservativen und den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat (Esping-Andersen, 1990).

Liberalen Wohlfahrtsstaaten sind im Wesentlichen der Existenzsicherung ihrer Bürger und Bürgerinnen verpflichtet. Sie sind durch eine bedarfsgeprüfte Sozialfürsorge, nied-

rige Transferleistungen und ein dünnes Sozialversicherungsprogramm gekennzeichnet. Die Leistungen bieten einen geringen Schutz vor Einkommensausfällen und die privaten Ausgaben für Pflege, Gesundheit und Alterssicherung sind hoch (Schmid, 2010).

Hingegen ist im konservativen Wohlfahrtsstaat der Anspruch auf Sozialleistungen an Vorleistungen, insbesondere die Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung, gebunden. Die Inanspruchnahme wohlfahrtsstaatlicher Leistungen hängt im besonderen Maße von der vorherigen Erwerbstätigkeit ab. Die Leistungen im konservativen Wohlfahrtsstaat gehen damit jedoch über die Existenzsicherung in liberalen Wohlfahrtsstaaten hinaus (Schmid, 2010).

In sozialdemokratisch organisierten Wohlfahrtsstaaten werden Sozialleistungen als universelles Bürgerrecht verstanden. Das heißt, lediglich der Bürgerschaftsstatus ist für eine Anspruchsberechtigung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen von Bedeutung – und nicht die Höhe oder Dauer von Beitragszahlungen zur Sozialversicherung (Schmid, 2010).

Deutschland wird als Prototyp eines konservativen Wohlfahrtsstaates verstanden, der auf der einen Seite positive Anreize zur Erwerbsarbeit setzen soll und auf der anderen Seite eine soziale Absicherung für risikoaverse Individuen anstrebt. Konkret werden die Risiken Alter, Erwerbsunfähigkeit und Krankheit durch die Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Krankenversicherung abgesichert und so ein drohender sozialer Abstieg verhindert (Rothgang et al., 2019).

Um dies auch für das Risiko einer auftretenden Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, wurde im Jahr 1995 die SPV als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems in Deutschland eingeführt. Durch sie ist gesetzlich festgelegt, wer Anspruch auf Leistungen hat und in welchem Umfang diese bereit gestellt werden (SGB XI).<sup>2</sup>

In den folgenden Abschnitten werden die Anspruchsvoraussetzungen und der Leistungsumfang der SPV näher betrachtet. Von besonderem Interesse sind Leistungen, die für ein häusliches Pflegearrangement bereitgestellt werden.

### 2.1.1 Anspruchsvoraussetzungen der Sozialen Pflegeversicherung

Die Definition von Pflegebedürftigkeit, die entscheidend für Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung ist, hat sich seit Einführung der SPV im Jahre 1995 gewandelt. Im

---

<sup>2</sup> Entsprechende Bestimmungen gelten gemäß § 23 SGB XI auch für privat Krankenversicherte, die seit 1995 zu einer privaten Pflegeversicherung (PPV) verpflichtet sind.

Folgendes wird daher kurz auf die Veränderungen eingegangen, die vor allem mit der Berücksichtigung von kognitiven Einschränkungen bei einer auftretenden Pflegebedürftigkeit und der Bewertung der Schwere von Pflegebedürftigkeit zusammenhängen.

Bis Ende des Jahres 2016 galt eine Person als pflegebedürftig, wenn bei ihr ein „ausgeprägter, verrichtungsbezogener Hilfebedarf vorlag“ (Rothgang & Müller, 2019, S. 25). Im Zuge dessen wurde zwischen vier verschiedenen Bereichen unterschieden, in denen Einschränkungen des alltäglichen Lebens auftreten können. Dazu zählten Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung, Körperpflege und Ernährung. Ob ein Pflegebedarf in einem dieser Bereiche vorlag, wurde durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bestimmt (§18 SGB XI). Die Schwere der festgestellten Pflegebedürftigkeit wurde nach dem durchschnittlichen Pflegezeitaufwand pro Tag bemessen und den Pflegestufen 1 (60 Minuten), 2 (180 Minuten) oder 3 (300 Minuten) zugeordnet (MDS, 2017).

Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahr 2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert (§14 SGB XI) und zudem die Schwere der Pflegebedürftigkeit neu bewertet (§18 SGB XI).

Seitdem gelten Personen als pflegebedürftig, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§14 SGB XI). Neben körperlichen Einschränkungen sind darunter vor allem langfristige, kognitive und psychische Beeinträchtigungen zu verstehen. Fortan wurden sechs Bereiche mit einer möglicherweise eingeschränkten Alltagskompetenz berücksichtigt.

Dazu zählen erstens Mobilität, zweitens kognitive und kommunikative Fähigkeiten, drittens Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, viertens Selbstversorgung, fünftens Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie sechstens die Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte (§14 SGB XI).

Pflegebedürftige werden seit Einführung des PSG II anhand ihrer *Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit* vom MDK bewertet und einem von fünf Pflegegraden zugeteilt (§18 SGB XI; MDS, 2017). Das heißt die *Pflegezeitbemessung* zur Bestimmung der Pflegestufen 1 bis 3 entfällt. Personen mit Pflegestufe wurden gemäß §140 SGB XI in die von nun an geltenden fünf Pflegegrade überführt.

Gilt eine Person nach §14 SGB XI als pflegebedürftig, hat sie Anspruch auf Pflegeleistungen, sofern sie zum Zeitpunkt der Antragsstellung mindestens zwei Jahre, innerhalb

der letzten zehn Jahre, Mitglied in der SPV war (§33 SGB XI). Die verschiedenen Pflegeleistungen werden im nächsten Abschnitt behandelt.

### 2.1.2 Leistungsumfang der Sozialen Pflegeversicherung

Die einzelnen Leistungsarten der SPV sind in §28 SGB XI aufgelistet. Sie lassen sich zum einen in ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungen für Pflegebedürftige aufteilen (§§36-43b SGB XI). Zum anderen gibt es Leistungen speziell für pflegende Angehörige (§44 SGB XI). Im Allgemeinen sieht der Gesetzgeber vor, häusliche Pflege vorrangig zu unterstützen und folgt damit dem Grundsatz ambulant vor stationär (§3 SGB XI). Dieser Grundsatz wurde mit Einführung des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) im Jahr 2017 nochmals verstärkt, wonach nur Anspruch auf eine vollstationäre Pflegeunterbringung besteht, wenn ein häusliches oder teilstationäres Pflegearrangement nicht möglich ist.

In Tabelle 1 ist ein Überblick über die Pflegeleistungen zu finden, die in den folgenden Abschnitten kurz umrissen werden.

Tabelle 1: Pflegeleistungen im Überblick

Leistungen	Leistungen je Pflegegrad in €				
	1	2	3	4	5
Pflegesachleistungen, pro Monat		689	1.298	1.612	1.995
Pflegegeld, pro Monat		316	545	728	901
Wohngruppenzuschlag, pro Monat	214	214	214	214	214
Verhinderungspflege, pro Kalenderjahr		1.612	1.612	1.612	1.612
Pflegehilfsmittel, pro Monat	40	40	40	40	40
Wohnumfeldverbesserung, pro Maßnahme	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege), pro Monat		689	1.298	1.612	1.995
Kurzzeitpflege, pro Kalenderjahr		1.612	1.612	1.612	1.612
Vollstationäre Pflegeleistungen, pro Monat	125	770	1.262	1.775	2.005

Quelle: §§36-44 SGBXI, eigene Tabelle

Bei häuslicher Pflege werden Pflegesachleistungen gemäß §36 SGB XI gewährt. Sie decken Pflegetätigkeiten ab, die von professionellen Pflegekräften, zum Beispiel einem ambulanten Pflegedienst, erbracht werden. Pflegebedürftige können aber auch anstelle der Pflegesachleistungen Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen – in den meisten Fällen pflegende Angehörige – beantragen (§37 SGB XI). Außerdem besteht die Möglichkeit Pflegesachleistungen und Pflegegeld zu kombinieren, die als sogenannte Kombinationsleistungen in §38 SGB XI geregelt sind. Zusätzlich gibt es verschiedene Unterstützungsleistungen zur pflegegerechten Unterbringung von Bedürftigen im häuslichen Umfeld. Dazu zählt unter anderem auch die Verhinderungspflege, die zum Bei-

spiel bei Urlaub oder Krankheit der regulären Betreuungsperson in Anspruch genommen werden kann (§§38-40 SGB XI).

Unter teilstationärer Pflege wird die Unterbringung in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung verstanden (§41 SGB XI). Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung kann beantragt werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise oder noch nicht erbracht werden kann (§42 SGB XI).

Die vollstationäre Pflege sieht eine dauerhafte Betreuung in einem Pflegeheim vor (§43 SGB XI).

Die gewährten Beträge für die hier genannten Pflegeleistungen können Tabelle 1 entnommen werden. Sie werden direkt an Pflegebedürftige transferiert. Der Gesetzgeber sieht zwar vor, dass das Pflegegeld regelmäßig an die Pflegepersonen als Anerkennung weiter gegeben wird (BMG, 2020). Ein rechtlicher Anspruch besteht jedoch nicht.

Wie bereits erwähnt, gibt es darüber hinaus Leistungen, die gesondert für Pflegepersonen konzipiert wurden (§44 SGB XI). „Pflegepersonen (...) sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des §14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen“ (§19 SGB XI). Eine Pflegeperson erhält Leistungen zur sozialen Sicherung nach §44 SGB XI, wenn sie mindestens zehn Wochenstunden, verteilt auf zwei Tage die Woche, einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 betreut. Die Leistungen beziehen sich auf die Rentenversicherung (RV), Unfallversicherung (UV) und Arbeitslosenversicherung (ALV) und werden im Nachfolgenden kurz erläutert.

Während der Pflegephase sind Pflegepersonen in der Unfallversicherung beitragsfrei mitversichert. Sind Pflegepersonen außerdem nicht mehr als 30 Stunden pro Woche am Arbeitsmarkt aktiv, können sie Entgeltpunkte für die Rentenanwartschaft sammeln. Die fälligen Versicherungsbeiträge übernimmt die Pflegekasse. Die Höhe der Beiträge und damit auch die Anzahl der zu erwerbenden Entgeltpunkte ergibt sich aus der Bezugsgröße, auf die je nach Pflegegrad der zu betreuenden Person ein bestimmter Prozentsatz angewandt wird (§166 SGB VI).<sup>3</sup> Tabelle 2 fasst die Rentenansprüche je Pflegegrad und Leistungsart zusammen.

---

<sup>3</sup> Die Bezugsgröße entspricht der Höhe des Durchschnittsentgelts aller in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten aus dem vorletzten Jahr und wird auf den nächsthöheren durch 420 teilbaren Betrag aufgerundet (§18 SGB IV; Anlage 1 SGB VI).

Tabelle 2: Rentenanspruch je Pflegegrad und Leistungsart

Leistungsart	Rentenentgeltpunkte* je Pflegegrad			
	2	3	4	5
Pflegegeld	0,27	0,43	0,70	1,00
Kombinationsleistung	0,23	0,37	0,60	0,85
Sachleistung	0,19	0,30	0,49	0,70

\*Die angegebenen Werte sind auf zwei Nachkommastellen gerundet.

Quelle: DRV (2019), eigene Tabelle

Zur besseren Einordnung der gewährten Rentenentgeltpunkte bei informeller Pflege sei an dieser Stelle angeführt, dass beispielsweise für Personen, die einen Angehörigen mit Pflegegrad 5 selbst zu Hause versorgen, die Pflegekasse einen Rentenbetrag von 100% der jährlichen Bezugsgröße zahlt. Dies entspricht dem Durchschnittsentgelt von monatlich 3.115 Euro und somit *einem* Entgeltpunkt. Das bedeutet zum Beispiel, dass bei Pflegegrad 3 die Pflegearbeit unter ausschließlichem Bezug von Pflegegeld mit 43% des Entgeltpunktes bewertet wird – also einem (fiktiven) monatlichen Verdienst von 1.339 Euro entspricht (DRV, 2019). Unter Zuhilfenahme des gesetzlichen Pflegemindestlohns von 11,60 Euro entspricht der Rentenanspruch aufgrund informeller Pflege damit einer gesetzlichen Anerkennung von 115 Pflegestunden pro Monat oder 3,8 Pflegestunden pro Tag.<sup>4</sup>

Mit Einführung des PSG II zahlt die Pflegekasse außerdem Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Höhe der Beiträge wird auf Grundlage von 50% der monatlichen Bezugsgröße ermittelt.

Um neben der sozialen Absicherung von Pflegepersonen eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu gewährleisten, wurden seit Einführung der SPV verschiedene Gesetze erlassen. Zusätzlich zu den bisher genannten werden an dieser Stelle drei weitere Gesetze umrissen, die die Situation von Pflegepersonen in dieser Hinsicht zu verbessern versuchen.

Das im Jahr 2008 in Kraft getretene Pflegezeitgesetz (PflegeZG) ermöglicht Pflegepersonen, sich teilweise oder vollständig für Angehörigenpflege in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen zu lassen (§§3-4 PflegeZG).

Durch das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) im Jahr 2012 wurde außerdem die Möglichkeit geschaffen, die Arbeitszeit von Pflegepersonen für maximal 24 Monate auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um so den Pflegeaufgaben besser gerecht werden zu können (§2 FPfZG). Die durch die Reduzierung der Arbeitszeit entstehen-

<sup>4</sup> Stand Januar 2021. Der Mindestlohn für Pflegekräfte wird bis zum Jahr 2022 planmäßig auf 12,55 Euro pro Stunde angehoben (BMAS, 2020).

den Lohneinbußen können auf Antrag vom Arbeitgeber – zumindest in Teilen – ausgeglichen werden. Dieser Lohnausgleich muss jedoch zurückgezahlt werden, indem die Pflegeperson in der Nachpflegephase ein reduziertes Gehalt bei vollem Erwerbsumfang für die Dauer der (vorherigen) Pflegezeit bezieht (§3 FPfZG).

Darüber hinaus wurde im Jahr 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Neben einer Leistungserhöhung für Verhinderungs-, teilstationäre und Kurzzeitpflege wurde außerdem beschlossen, bei einem Unfall oder schweren Krankheitsfall eine ein- bis zehntägige Freistellung von der Arbeit nehmen zu können. Während dieser Zeit wird ein sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld für die Betroffenen zur Verfügung gestellt (§44 SGB XI).

Zusammengefasst können die Leistungen der SPV vielfältig sein und variieren in ihrer Höhe maßgeblich mit der Wahl des Pflegearrangements sowie dem Pflegegrad. Darüber hinaus gibt es Leistungen, die darauf abzielen Pflegepersonen gegen den sozialen Abstieg zu sichern und die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege institutionell zu begünstigen.

Im nächsten Teilkapitel wird beleuchtet, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Laufe der Zeit entwickelt hat und welche Leistungen sie in Anspruch nehmen.

## 2.2 Statistische Betrachtung der Pflegelandschaft

Die Amtliche Pflegestatistik weist zum Ende des Jahres 2019 insgesamt 4,13 Millionen Pflegebedürftige nach §14 SGB XI aus. Die überwiegende Mehrheit, das heißt 80% aller Pflegebedürftigen (3,31 Millionen) wurde zu Hause gepflegt, wovon wiederum 2,12 Millionen ausschließlich informell betreut wurden.<sup>5</sup> Seit dem Jahr 2017 ist die Zahl an Pflegebedürftigen, die informell betreut werden, um 0,86 Millionen (+20,9%) angestiegen. Damit bestätigt sich der Zwei-Jahres-Trend zwischen 2015 und 2017, bei dem ein Anstieg der informell Versorgten von 19% festgestellt wurde.<sup>6</sup>

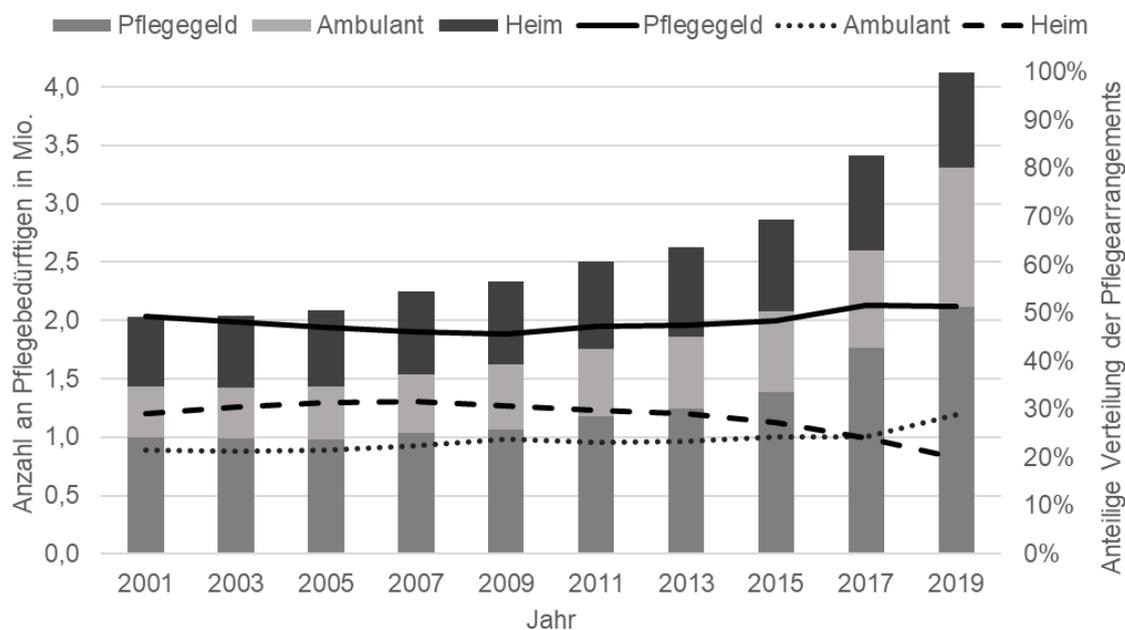
Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht, wie sich die Anzahl an Pflegebedürftigen und die Verteilung der Pflegearrangements – gemessen an der Gesamtzahl an Pflegebedürftigen – im Zeitverlauf verändert hat (siehe Abbildung 1).

---

<sup>5</sup> Kriterium zur Identifikation informell betreuter Personen ist der Bezug von Pflegegeld gemäß §37 SGB XI.

<sup>6</sup> Die Amtliche Pflegestatistik ist eine zweijährliche Statistik.

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen nach Versorgungsart



Quelle: (Destatis, 2001, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018, 2020a), eigene Berechnung

Wie die Abbildung zeigt hat sich die Anzahl an Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2001 von 2,03 Millionen auf 4,13 Millionen im Jahr 2019 verdoppelt. Während der Anteil an informell Versorgten über den Zeitverlauf nahezu konstant bei ungefähr 50% geblieben ist, nimmt der Anteil an ambulant Versorgten, das heißt durch professionelle Pflegekräfte im häuslichen Umfeld Betreute, zu Lasten der stationären Pflege im Heim zu. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus dem Pflegereport 2018, wonach informelle Pflegearrangements auch durch höhere Pflegegeldzahlungen nach wie vor häufig gewählt werden (Rothgang & Müller, 2018).

Insbesondere bei den letzten beiden Erhebungen der Jahre 2017 und 2019 ist ein sprunghafter Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen – im Vergleich zu vorherigen Erhebungen – zu erkennen. Dieser erst kürzlich verschärfte Anstieg dürfte maßgeblich auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff im Jahr 2017 zurückzuführen sein, wonach fortan mehr Personen als pflegebedürftig gemäß §14 SGB XI gelten. Siehe hierzu auch die Erläuterungen in Kapitel 2.1.1.

Zur besseren Einordnung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf eignet sich daher die Analyse von Nowossadeck et al. (2016), welche den Zeitraum von 1999 bis 2013 berücksichtigt.

Die Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen ist seit 1999 um 30% gestiegen, bei den Männern beträgt der Anstieg 47%, bei den Frauen 23%. Die Autoren führen diese

Entwicklung auf den demografischen Wandel zurück, da sich die Altersstruktur der Pflegebedürftigen in den demografischen Alterungsprozessen der Bevölkerung widerspiegelt. Die Zahl aller unter 60-jährigen Pflegebedürftigen stieg um 13,8% an, die der Alterskohorte der 60- bis 79-jährigen um 20,4% und die der über 80-jährigen sogar um 42,1%. Das heißt, die Zahl der Pflegebedürftigen wird zum einen von der Größe der pflegerlevanten Alterskohorten bestimmt. Zum anderen wird sie von den Pflegequoten beeinflusst, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung widerspiegeln. „Pflegequoten messen die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung auftritt, als Zahl der Pflegebedürftigen je 100 Einwohner“ (Nowossadeck et al., 2016, S. 7). Grundsätzlich nimmt die Pflegequote mit dem Alter zu. Die Pflegequoten sind bei Frauen höher als bei Männern.<sup>7</sup>

Daraus folgt, dass auch die Anzahl an Pflegebedürftigen, die zu Hause beziehungsweise informell betreut werden, seit 1999 kontinuierlich ansteigt. Die Autoren begründen den Anstieg damit, dass die Altersgruppe der über 80-jährigen immer weiter wächst und deshalb zuletzt 44% mehr Pflegebedürftige informell versorgt wurden als im Jahr 1999. Für die jüngeren Alterskohorten der 60- bis 79-jährigen und unter 60-jährigen Pflegebedürftigen ist ebenfalls ein Anstieg – wenn auch abgeschwächer – von 20% beziehungsweise 13% zu beobachten.

Um darüber hinaus eine Vorstellung zu gewinnen, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden und Versorgungsart staffeln, wird auf eine Analyse von Rothgang und Müller (2019) zurückgegriffen, die auf Basis von BARMER Versichertendaten den Zeitraum zwischen 2011 und 2018 untersucht.

Bei einer stationären Unterbringung im Pflegeheim deutet sich ein zu vernachlässigender, also sehr geringer, Rückgang an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 an. Für die Pflegegrade 3 bis 5 werden leichte Zuwächse zwischen 27.000 und 32.000 Pflegebedürftigen je Pflegegrad über den gesamten Beobachtungszeitraum verzeichnet. Dagegen ist bei den häuslichen Pflegearrangements eine stärkere Zunahme an Pflegebedürftigen zu erkennen. Dies trifft vor allem auf Pflegegrad 2 zu, wo die Zuwächse an Pflegebedürftigen 350.000 beim Pflegegeld und 121.000 bei den Sachleistungen, das heißt der ambulanten Pflegeform, betragen. Bei den höheren Pflegegraden fällt die Steigerungsrates wesentlich moderater aus und beläuft sich beispielsweise bei Pflegegrad 5 auf 37.000 beim Pflegegeld und 23.000 bei den Sachleistungen.

---

<sup>7</sup> Siehe hierzu auch die Ausführungen und Tabelle 3 in Kapitel 2.4.

Zusammengefasst zeigt sich im Zeitverlauf, dass es vornehmlich in den unteren Pflegegraden, bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und dem Bezug von Sachleistungen zu einem Anstieg an Pflegebedürftigen kommt (Rothgang & Müller, 2019).

Im nächsten Abschnitt werden die bisher gesammelten Erkenntnisse zur Pflegeversicherung zusammengefasst und in den sozialpolitischen Kontext eigenordnet, bevor eine sozioökonomische Betrachtung von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen erfolgt.

### 2.3 Zwischenfazit: Pflegeversicherung im institutionellen Kontext

Die Ausgestaltung der Pflege hängt zum einen von der wohlfahrtsstaatlichen Organisation und zum anderen von der Präferenz der Bedürftigen ab (Leitner, 2013).

Demnach ist häusliche Pflege – und insbesondere die Pflege von Angehörigen – nicht nur das am häufigsten gewählte Pflegearrangement, sondern auch die von den Betroffenen bevorzugte Pflegekonstellation (Adam & Mühling, 2014; Kuhlmeier et al., 2010).

Das heißt die wohlfahrtsstaatliche Priorisierung von häuslicher Pflege nach §3 SGB XI geht mit der individuellen Präferenz zur Angehörigenpflege einher. Erst mit einer Zunahme der individuellen Pflegebedürftigkeit werden vermehrt Sachleistungen bezogen oder eine vollstationäre Pflegeversorgung gewählt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Angehörigenpflege nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Pflegeversorgung in Deutschland hat.

In Bezug auf die in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung ist jedoch kritisch anzumerken, dass bei professionellen Pflegeleistungen oftmals hohe Eigenanteile gezahlt werden müssen (Rothgang et al., 2019). Dies führt in der Konsequenz dazu, dass die Wahlfreiheit beim Pflegearrangement stark an die Einkommenssituation des Pflegehaushalts gebunden ist. Demnach versuchen einkommensschwache Haushalte die Kosten für professionelle Pflege zu vermeiden und die Pflege stattdessen im familiären Umfeld zu organisieren (Gerlinger & Röber, 2009). Dadurch verschärft sich gerade bei Finanzschwachen das Entscheidungs- und Vereinbarkeitsproblem zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege (Czaplicki, 2019).

Informelle Pflegeaufgaben könnten aber auch aufgrund einer grundsätzlichen, geringen Erwerbsaffinität und/oder zur Überbrückung einer Phase der Erwerbslosigkeit

übernommen werden (Heitmueller, 2007).<sup>8</sup> Hieran zeigt sich das sozialpolitische Dilemma staatlicher Regulierungsversuche.

Einerseits hat häusliche Pflege Vorrang vor allen anderen Pflegeleistungen. Andererseits setzt gerade das (erwerbszentrierte) Sozialversicherungssystem Anreize zur Teilhabe am Arbeitsmarkt (Brockmann, 2013). Um dieses Spannungsfeld abzuschwächen wurde das PflegeZG und FPfZG eingeführt. Problematisch ist aber, dass vor allem Erwerbstätige mit geringem Qualifikationsniveau nicht von der neuen Pflege- und Arbeitszeitregelung Gebrauch machen, da sie Angst haben den Job zu verlieren oder die Regelung nicht kennen (Schneekloth et al., 2017). Hinzu kommt, dass Personen in atypischer Beschäftigung per se keinen Anspruch auf diese Art von Leistungen haben (Auth et al., 2015).

Die in Kapitel 2.1 und 2.2 zusammengetragenen Informationen über die Anspruchsvoraussetzungen, die Leistungen und Wahl der jeweiligen Pflegearrangements deuten darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sozial ungleich verteilt ist.

Die SPV kann im institutionellen Kontext als Orientierungsrahmen verstanden werden, der durch bereitgestellte Leistungen verschiedene Handlungsoptionen in Bezug auf Pflege und Erwerbstätigkeit bietet. Inwiefern diese genutzt werden, hängt jedoch von der sozioökonomischen Lage der Betroffenen ab (Czaplicki, 2019).

Da die Entscheidung zur jeweiligen Pflegeform in den meisten Fällen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen getroffen wird, folgt in den nächsten Abschnitten eine sozioökonomische Betrachtung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen.

#### 2.4 Sozioökonomische Betrachtung von Pflegebedürftigen

Wie im vorangegangenen Teilkapitel vorgestellt, ist die häusliche Pflege die häufigste Pflegeform, wonach 80% aller Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden. Annähernd die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird zu Hause von Angehörigen ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt (51%). Weitere 24% werden sowohl von Angehörigen als auch ambulanten Diensten betreut (Destatis, 2020a).<sup>9</sup> Wichtig anzumerken ist hierbei, dass in der Amtlichen Pflegestatistik lediglich Personen erfasst werden, die gemäß §14 SGB XI Anspruch auf Leistungen der SPV haben.

---

<sup>8</sup> Für eine ausführliche Betrachtung und Diskussion dieses Sachverhalts siehe Kapitel 3.7.

<sup>9</sup> Weitere 5% entfallen auf häuslich betreute Pflegebedürftige mit teilstationärer Pflege oder mit Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/ Betreuungsdienste oder Pflegeheime (Destatis, 2020a).

Grundsätzlich sind Frauen mit einem Anteil von 62,3% häufiger pflegebedürftig als Männer. Während Frauen öfter professionelle Pflegeleistungen beziehen, werden Männer meist ausschließlich durch Angehörige versorgt (Destatis, 2020a). Diese Ergebnisse decken sich mit denen anderer Forschungsarbeiten. Frauen sind im Alter aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufiger pflegebedürftig und zudem öfter alleinlebend als Männer. Im Gegensatz zu Männern können sie daher seltener auf Partnerpflege hoffen (Schneekloth et al., 2017).

Mit Blick auf die Pflegequoten kristallisiert sich eine klare Altersstruktur bei Pflegebedürftigen heraus (siehe Tabelle 3).<sup>10</sup> Der Pflegebedarf steigt mit zunehmendem Alter an. Zum Beispiel sind bei den unter 65-jährigen lediglich 1,3% pflegebedürftig, wohingegen bei den über 90-jährigen eine Pflegequote von 58,7% ausgewiesen wird. Wie bereits erwähnt, sind Frauen ab einem Alter von 70 Jahren häufiger pflegebedürftig als Männer. Während beispielsweise bei den 80- bis 85-jährigen Frauen 29,7% Pflegebedarf haben, sind es bei Männern der gleichen Altersgruppe lediglich 21,7% (Destatis, 2020a). Daraus lässt sich schließen, dass aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, mehrheitlich gesunde Männer ein ähnlich hohes Alter wie Frauen erreichen und deshalb vergleichsweise selten Pflege bedürfen (vgl. Czaplicki, 2019).

Tabelle 3: Pflegequote nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Pflegequote in Prozent		
	<i>Insgesamt</i>	<i>Männlich</i>	<i>Weiblich</i>
Unter 65 Jahre	1,3	1,3	1,2
65 bis 69 Jahre	4,6	4,8	4,5
70 bis 74 Jahre	7,6	7,4	7,8
75 bis 79 Jahre	13,7	12,2	15,0
80 bis 84 Jahre	26,4	21,7	29,7
85 bis 89 Jahre	49,4	39,6	55,1
90 Jahre und älter	58,7	46,5	64,8

Quelle: Destatis (2020a), eigene Tabelle

Während zu den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten eine gute Datenbasis vorliegt, gibt es hinsichtlich der Lebenssituation und ökonomischen Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen nur wenige gesicherte Erkenntnisse.

Eine Studie von Geyer (2015) untersucht auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) die Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Anzumerken ist, dass das SOEP Daten zu Personen mit *Hilfe- und Pflegebedarf* enthält, die nicht zwangsläufig gemäß §14 SGB XI als pflegebedürftig gelten.

<sup>10</sup> „Pflegequoten messen die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung auftritt, als Zahl der Pflegebedürftigen je 100 Einwohner“ (Nowossadeck et al., 2016, S. 7).

In der vorliegenden Untersuchung beziehen annähernd 73% der betrachteten Pflegehaushalte Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Haushaltszusammensetzung zeigt, dass 43% der Pflegebedürftigen allein leben, knapp 48% mit einer weiteren Person und 10% in Haushalten mit mehr als zwei Personen leben. Während die Alleinlebenden mehrheitlich weiblich und verwitwet sind, leben in Zweipersonenhaushalten häufiger männliche Pflegebedürftige (Geyer, 2015).

Das gewichtete Pflegehaushaltseinkommen ist mit rund 21.000 Euro pro Jahr ähnlich hoch wie in Haushalten ohne Pflegebedarf. Jedoch setzt sich das Einkommen unterschiedlich zusammen. Zum Beispiel haben Pflegehaushalte ein niedrigeres durchschnittliches Erwerbseinkommen als andere Haushalte. Darüber hinaus verfügen nur 18% der Pflegehaushalte über ein Erwerbseinkommen, während 30% der Haushalte ohne Pflegebedarf auf Einkommen aus Erwerbsarbeit zurückgreifen können. Demgegenüber beziehen Pflegehaushalte zu 71% öffentliche Transferleistungen, andere Haushalte jedoch nur zu 13% (Geyer, 2015).

Sowohl Haushalte mit als auch ohne Pflegebedarf beanspruchen zu etwa 70% eine gesetzliche Rente, die bei Pflegebedürftigen allerdings um durchschnittlich 4.000 Euro pro Jahr geringer ausfällt als bei Personen ohne Pflegebedarf. Dieser Unterschied kann dadurch erklärt werden, dass Frauen häufiger pflegebedürftig sind und niedrigere Rentenzahlungen erhalten als Männer (Geyer, 2015).

Die Höhe der Rentenzahlung hängt im deutschen Sozialversicherungssystem im Wesentlichen vom Lohnniveau und der Anzahl an Jahren ab, die über den Lebensverlauf in Erwerbsarbeit verbracht wurden.<sup>11</sup> Das heißt, Personen mit unterbrochenen Erwerbsverläufen haben Einbußen bei der Rentenhöhe. Dies betrifft vornehmlich Frauen, da diese häufiger als Männer – insbesondere für Kindererziehungs- und Pflegezeiten – zwischenzeitlich aus dem Erwerbsleben ausscheiden (vgl. u.a. Beblo & Wolf, 2002). Wie bereits erwähnt liegt bei Frauen ab einem Alter von 70 Jahren öfter ein Pflegebedarf vor als bei Männern (vgl. Tabelle 3). Dies führt in der Folge dazu, dass beim geschlechtsunabhängigen Vergleich der Rentenhöhe zwischen Pflegehaushalten und Haushalten ohne Pflegebedarf die Rente in Pflegehaushalten durchschnittlich geringer ausfällt.

Mit Blick auf die Vermögenssituation zeigt sich außerdem, dass das Nettovermögen von Pflegehaushalten mit knapp 94.000 Euro circa 20% unter dem von sonstigen

---

<sup>11</sup> Für eine ausführliche Betrachtung und Diskussion dieses Sachverhalts siehe Kapitel 4.7.2.

Haushalten liegt.<sup>12</sup> Der Unterschied könnte auch hier auf den häufiger auftretenden Pflegebedarf bei Frauen zurückgeführt werden, die im Durchschnitt weniger vermögend als Männer sind. Des Weiteren ist die prozentuale Vermögensdifferenz zwischen pflegebedürftigen und nicht-pflegebedürftigen Frauen größer als der entsprechende Unterschied bei Männern (Geyer, 2015).

Die hier dargestellten Ergebnisse decken sich mit weiteren Untersuchungen, wonach ein nicht unerheblicher Anteil an Pflegebedürftigen einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt ist (Schneekloth et al., 2017). Allerdings können, wie oben gezeigt, die Leistungen der Pflegeversicherung dieses Armutsrisiko mindern und zu einem annähernd gleich großen Haushaltseinkommen von Pflegehaushalten und sonstigen Haushalten führen (Naumann et al., 2013).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflegebedürftigkeit stark vom Alter abhängig ist. Bis zu einem Alter von 70 Jahren sind Männer und Frauen gleichermaßen auf Pflege angewiesen. Im späteren Alter sind jedoch Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung häufiger pflegebedürftig als Männer (vgl. Tabelle 3). Untersuchungen zeigen zudem, dass die durchschnittliche Pflegedauer über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen 6,4 Jahre beträgt, während Männer geringfügig länger, nämlich 7 Jahre, Pflege bedürfen (Rothgang et al., 2015). Dieser Umstand dürfte darauf zurückzuführen sein, dass bei Frauen eine Pflegebedürftigkeit tendenziell später im Lebensverlauf auftritt als bei Männern – und deshalb die Restlebenszeit geringer ist. Außerdem leben sie häufiger allein und beanspruchen daher mehr formelle Pflegeleistungen. In Summe haben sie einen niedrigeren sozioökonomischen Status als pflegebedürftige Männer und nicht-pflegebedürftige Frauen. Pflegebedürftige sind geschlechterübergreifend einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, dass durch verschiedene Sozialleistungen – sofern ein Anspruch darauf besteht – abgemindert werden kann. Diese Erkenntnis wird in Kapitel 2.6 nochmals aufgegriffen, mit Blick auf den soziodemografischen Wandel diskutiert und in den bestehenden Sozialversicherungskontext eingeordnet.

Zuvor erfolgt im nächsten Abschnitt die sozioökonomische Betrachtung von pflegenden Angehörigen, mit denen gemeinsam (oder von denen) die Wahl des Pflegearrangements getroffen wird.

---

<sup>12</sup> Bei der Analyse der Vermögenssituation werden Geld-, Sach- und Immobilienvermögen, anderer Immobilienbesitz, private Versicherungen und Schulden berücksichtigt (Geyer, 2015).

## 2.5 Sozioökonomische Betrachtung von pflegenden Angehörigen

Im Gegensatz zur Beschreibung der soziodemografischen Merkmale von Pflegebedürftigen, kann bei pflegenden Angehörigen auf eine breite Basis an Daten zurückgegriffen werden. Jedoch unterscheidet sich zwischen den Datensätzen mitunter die Erhebungsmethode, Studienpopulation und der Untersuchungszeitraum, sodass die Ergebnisse nur bedingt miteinander verglichen werden können. Die nachfolgend angeführten Studienergebnisse sind daher als komplementär zu betrachten.

### 2.5.1 Verteilung der Pflegeverantwortung

Seit Einführung der SPV wurden von TNS Infratest mehrfach repräsentative Telefonbefragungen zur Wirkung der Pflegeversicherung durchgeführt (Schmidt & Schneekloth, 2011; Schneekloth & Müller, 2000; Schneekloth & von Törne, 2007; Schneekloth & Wahl, 2005). Die neueste Befragung von Schneekloth et al. (2017) knüpft daran an und schafft somit einen zeitlichen Überblick über die Verteilung der Pflegeverantwortung im häuslichen Umfeld. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf diese Studie.

Aus Tabelle 4 geht hervor, dass die Verantwortung bei häuslicher Pflege überwiegend von nahen Familienangehörigen getragen wird. Im Jahr 2016 wurden 32% der befragten Pflegebedürftigen von Ehepartnern oder -partnerinnen und weitere 37% von den eigenen Kindern betreut. Seit 1998 ist damit der Anteil derer, die von den eigenen Kindern versorgt werden um neun Prozentpunkte angestiegen. Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass sich der Anteil pflegender Söhne zwischen 1998 und 2010 von 5% auf 11% verdoppelt hat. Seit 2010 sind die Anteile nahezu konstant geblieben.

Im gleichen Zeitraum hat sich der Trend, dass Pflegeperson und Pflegebedürftige seltener in einem Haushalt leben, bestätigt. Während 1998 noch 73% zusammen in einem Haushalt lebten, waren es 2010 knapp zwei Drittel und 2016 sind es nur noch 61% gewesen. Dieser rückläufige Trend ist allerdings nur in seltenen Fällen mit einer großen räumlichen Distanz verbunden. Demnach leben 38% der Pflegepersonen trotz getrennter Haushaltsführung im gleichen Haus, weitere 19% in der umliegenden Nachbarschaft und 31% im gleichen Ort oder der Stadt. Somit leben lediglich 12% der Pflegepersonen weiter vom pflegebedürftigen Haushalt entfernt.

Darüber hinaus zeigt die Untersuchung, dass 30% der Pflegebedürftigen von nur einer Person betreut werden. Nahezu zwei Drittel werden von zwei oder mehreren Pflegepersonen versorgt.

Tabelle 4: Verteilung der Pflegeverantwortung

<i>Angaben in Prozent</i>	Jahr		
	1998	2010	2016
<b>Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen</b>			
Ehe-/ Lebenspartnerin	20	19	18
Ehe-/ Lebenspartner	12	15	14
Tochter	23	26	26
Sohn	5	10	11
Schwiegertochter	10	8	5
Schwiegersohn	0	1	1
Mutter	11	10	12
Vater	2	1	2
Sonstige Verwandte	10	4	4
Nachbarn/ Bekannte	7	6	7
<b>Wohnverhältnis mit Pflegebedürftigen</b>			
Gleicher Haushalt	73	66	61
Getrennter Haushalt	27	34	39
<b>Geschlecht der Pflegeperson</b>			
Männlich	20	28	31
Weiblich	80	72	68
<b>Alter der Pflegeperson</b>			
Unter 20 Jahre	0	-	0
20-39 Jahre	15	8	6
40-54 Jahre	28	33	26
55-64 Jahre	25	26	30
65-79 Jahre	27	24	28
80 Jahre und älter	5	9	10
<b>Familienstand der Pflegeperson</b>			
Verheiratet/ in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	80	74	73
Verwitwet	8	6	6
Geschieden	4	10	9
Ledig	8	10	12
<b>Pflegeperson mit Kindern lebend</b>			
Unter 6 Jahren	6	5	4
Von 6-13 Jahren	10	10	10
Von 14-17 Jahren	10	10	10
Ab 18 Jahren	66	69	68
Ohne Kinder	16	18	23

Quelle: Schneekloth et al. (2017), eigene Tabelle

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung bei Pfl egetätigkeiten ist festzuhalten, dass nach wie vor überwiegend Frauen (68%) eine informelle Pflegeverantwortung übernehmen. Im Zeitverlauf zeigt sich jedoch, dass der Anteil pflegender Männer von 20%

im Jahr 1998 auf 28% im Jahr 2010 und bis auf 31% im Jahr 2016 angestiegen ist. Schneekloth et al. (2017) führen diesen Anstieg auf die Einführung der SPV zurück, die durch ihre bereitgestellten Sachleistungen insbesondere Männer bei der Grundpflege entlastet, wodurch diese eher dazu bereit und/oder in der Lage sind Pflegeaufgaben zu übernehmen.

Die Altersstruktur der Pflegepersonen hat sich ebenfalls im Zeitverlauf verändert. Der Anteil an über 55-jährigen ist seit 1998 um elf Prozentpunkte angestiegen. Im Jahr 2016 sind 6% jünger als 40 Jahre, 26% zwischen 40 und 54 Jahre alt und 68% der Pflegenden sind 55 Jahre oder älter.

Weiter zeigen die Befragungsergebnisse, dass 74% der Pflegepersonen verheiratet sind oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, 9% sind geschieden, 6% sind verwitwet und 12% sind ledig. Die Mehrheit der Pflegepersonen hat Kinder (77%), wovon wiederum 14% jünger als 14 Jahre alt sind.<sup>13</sup> Pflegepersonen mit Kindern werden in der Literatur der sogenannten Sandwich-Generation zugerechnet, da sie mit einer Doppelbelastung aus Erziehungs- und Pflegearbeit konfrontiert sind (vgl. Kühnemann, 2006).

Vor diesem Hintergrund hat die Sachverständigenkommission des Zweiten Gleichstellungsberichts die Berechnung eines sogenannten Gender Care Gap beauftragt (BMFSFJ, 2018). Er wird berechnet, indem der tägliche Zeitumfang unbezahlter Sorgearbeit von Frauen, abzüglich dem von Männern, ins Verhältnis zur täglich aufgebrauchten Zeit für unbezahlte Sorgearbeiten von Männern gesetzt wird.<sup>14</sup>

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Gender Care Gap bei kinderlosen Paaren 35,7% beträgt, während er bei Paaren mit Kindern mit 83,8% mehr als doppelt so groß ist. Im Durchschnitt wird der Gap auf 52,4% beziffert, was einem täglichen Zeitmehraufwand bei Frauen von einer Stunde und 27 Minuten entspricht (Klünder, 2017). Das bedeutet, Frauen übernehmen grundsätzlich mehr Sorgearbeiten als Männer, jedoch ist die Ungleichheit bei einer Doppelbelastung aus Erziehungs- und Sorgearbeit besonders hoch.

---

<sup>13</sup> Schneekloth et al. (2017) berücksichtigen an dieser Stelle nur Kinder ohne Pflegebedarf. Im Allgemeinen ist Pflegebedürftigkeit im Kindes- und Jugendalter ein seltenes und in der Amtlichen Pflegestatistik unzureichend erfasstes Phänomen (Tesch-Roemer & Hagen, 2018). Für eine Übersicht zum Thema *Junge Pflegebedürftige* empfiehlt sich daher das gleichnamige Kapitel bei Rothgang et al. (2017).

<sup>14</sup> Unter dem Begriff *Sorgearbeit* werden Tätigkeiten der Haushaltsführung, der Pflege und Betreuung von Kindern und Erwachsenen sowie informelle Hilfe für andere Haushalte zusammengefasst (BMFSFJ, 2018).

Bezüglich des Bildungs- und Qualifikationsniveaus von Pflegenden ist festzuhalten, dass nur wenige Erkenntnisse vorliegen, die sich primär auf erwerbstätige Pflegepersonen beziehen. Diese werden daher in Kapitel 2.5.2 vorgestellt, in dem eine gesonderte Betrachtung von erwerbsfähigen informell Pflegenden erfolgt.

Um abschließend eine Aussage über die Anzahl an Pflegepersonen in Deutschland zu treffen, empfiehlt es sich verschiedene Studien anzuführen. Beispielsweise pflegen gemäß einer Umfrage des Robert-Koch-Instituts (RKI) 6,9% der Erwachsenen regelmäßig eine pflegebedürftige Person, woraus sich schließen lässt, dass es hochgerechnet zwischen 4 und 5 Millionen Pflegepersonen in Deutschland gibt (Wetzstein et al., 2015). Eine andere Studie auf Basis des SOEP schätzt hingegen 3,7 Millionen Pflegepersonen ab dem 16. Lebensjahr (Rothgang et al., 2015). Die Daten des Deutschen Alterssurveys legen nahe, dass jeder sechste im Alter zwischen 40 und 85 Jahren eine pflegebedürftige Person betreut (Klaus & Tesch-Römer, 2017). Je nach zugrunde liegender Datenbasis gibt es also zwischen knapp 4 und 5 Millionen Pflegepersonen in Deutschland.

Diese Schätzungen müssen nicht zwangsläufig im Widerspruch zur Anzahl der Pflegegeldempfangenden (2,12 Millionen) stehen (Destatis, 2020a). Zum einen wird, wie bereits erwähnt, ein Großteil der informell Versorgten von mehr als einer Person betreut. Zum anderen erfasst die Amtliche Pflegestatistik nur diejenigen, die Anspruch auf Leistungen der SPV bzw. PPV haben.

Im nächsten Teilkapitel wird ein gesonderter Blick auf pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter geworfen, da sie für den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse sind.

## 2.5.2 Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter

Empirische Studien zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit nutzen je nach Datengrundlage unterschiedliche Definitionen einer Pflegeperson (Sarkisian & Gerstel, 2004). Die Definitionen variieren mit den Tätigkeiten, die unter Pflege subsummiert werden. Sie können von bürokratischen Aufgaben bis hin zu körperbezogenen Pflegetätigkeiten reichen (Reichert, 2003). Das erklärt zum Beispiel, warum der ausgewiesene Anteil von Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung an allen Arbeitnehmenden je nach Studie zwischen 6% und 48% liegt (Franke and Reichert, 2010).

Es ist daher wichtig festzustellen, wer in der jeweiligen Studie als Pflegeperson gilt. Erst danach lassen sich charakteristische Merkmale der Pflegepersonen herausarbeiten, die im soziodemografischen Gesellschaftskontext interpretiert werden können.

Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf Personen im erwerbsfähigen Alter, die in ihrem sozialen Umfeld Pflegebedürftige regelmäßig im Alltag betreuen und versorgen. Es werden dazu zwei Studien angeführt, die sich beide auf Daten des SOEP und den Zeitraum zwischen 2001 und 2012 beziehen (Geyer, 2016; Geyer & Schulz, 2014).

Demzufolge sind 6% der erwerbsfähigen Bevölkerung, das heißt Personen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, mit informellen Pflegeaufgaben betraut. Auch in dieser Gruppe leisten Frauen häufiger Pflegearbeit als Männer (7,0% vs. 4,6%). Insgesamt sind circa 60% aller Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, was in etwa 2,5 Millionen der schätzungsweise 4 Millionen informell Pflegenden entspricht (vgl. Kapitel 2.5.1).<sup>15</sup>

Hinsichtlich der Altersstruktur sind in der erwerbsfähigen Bevölkerung lediglich 3% der 16- bis 44-jährigen in Pflegetätigkeiten involviert, während dieser Anteil bei den 45- bis 54-jährigen 8% und bei den 55- bis 64-jährigen 10% beträgt. Damit sind vor allem Personen ab 45 Jahre mit informellen Pflegeaufgaben betraut. Das Durchschnittsalter beträgt 49 Jahre. Auch hier sind geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Jede zehnte Frau (10,3%) und jeder sechzehnte Mann (6,1%) übernimmt eine Pflegeaufgabe im Alter zwischen 45 und 54 Jahren. In der Altersgruppe der 55- bis 64-jährigen, ist jede neunte Frau (11,5%) und jeder dreizehnte Mann (7,6%) mit einer Pflegeaufgabe konfrontiert (Geyer, 2016).

Die Pflegebeteiligung der Männer ist in allen Altersgruppen geringer als die der Frauen, jedoch ist in der Zeit zwischen 2001 und 2012 ein stärkerer Anstieg bei Männern als bei Frauen zu verzeichnen. Das bedeutet, es gibt absolut betrachtet einen leichten Zuwachs an informell Pflegenden in der erwerbsfähigen Bevölkerung (Geyer & Schulz, 2014).

Weiter zeichnet sich ab, dass die Erwerbsquote von Pflegenden ansteigt. Nicht zuletzt aufgrund der Abschaffung von Frühverrentungsmöglichkeiten ist dies insbesondere bei den 50- bis 64-jährigen der Fall. In dieser Altersgruppe ist die Erwerbsquote von pflegenden Frauen von 37% im Jahr 2001 auf 61% im Jahr 2012 gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Erwerbsanteil bei pflegenden Männern von 46% auf 67% erhöht. Zum Vergleich hat sich die Erwerbsquote bei nicht-pflegenden Frauen und Männern der gleichen Altersgruppe von 48% auf 66% bzw. von 65% auf 75% erhöht. Das heißt,

---

<sup>15</sup> Schneekloth et al. (2017) beziffern den Anteil von erwerbsfähigen Pflegepersonen an allen Personen mit Pflegeaufgabe auf 65% im Jahr 2016.

die Erwerbsquote von Pflegeleistenden ist nach wie vor geringer als die derjenigen, die keine Pflege leisten (Geyer & Schulz, 2014).<sup>16</sup>

Neben der Erwerbsquote hängt der Anteil der informell Pflegenden und deren Pflegeumfang im Wesentlichen von der geleisteten Erwerbsarbeitszeit ab (vgl. Kapitel 3.6). Im Jahr 2012 pflegten 4% aller Vollzeitbeschäftigten ihre Angehörigen. Dieser Anteil liegt unter dem aller in Teilzeit (7,5%) und geringfügig Beschäftigten (7,6%) (Geyer & Schulz, 2014).

Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten an allen informell Pflegenden im Erwerbsalter ist von 31% im Jahr 2001 auf knapp 38% im Jahr 2012 angestiegen. Damit liegt er unter dem Anteil der Vollzeitbeschäftigten an der nicht-pflegenden erwerbsfähigen Bevölkerung von 51%. Mit Blick auf die in Teilzeit und geringfügig Beschäftigten mit Pflegeaufgaben zeichnet sich ebenfalls ein Anstieg von 15% auf 19% bzw. von 5% auf 8% im Verhältnis zu allen erwerbsfähigen Pflegepersonen ab. Sie liegen damit über dem jeweiligen Anteil der sonstigen erwerbsfähigen Bevölkerung von 14% bzw. 6%. Das bedeutet, Pflegeleistende sind überdurchschnittlich häufig in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt, während sie wesentlich seltener in Vollzeit arbeiten als die Allgemeinbevölkerung (Geyer & Schulz, 2014).

Obwohl die Erwerbsquoten im Zeitverlauf angestiegen sind, blieb der zeitliche Pflegeumfang mit durchschnittlich 3 Stunden pro Tag nahezu unverändert. Es scheinen vor allem weniger zeitintensive Pflegeaufgaben mit einer Erwerbstätigkeit kombiniert zu werden. An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass der zeitliche Pflegeumfang auch von der Wohnsituation abhängt. Während 75,5% der Pflegepersonen, die im gleichen Haushalt mit dem Pflegebedürftigen leben, drei Stunden oder mehr Pflege pro Tag verrichten, sind es bei Pflegepersonen mit getrennter Haushaltsführung nur knapp 19%. Im Zeitverlauf ist zu sehen, dass im Jahr 2001 noch 31% der Pflegenden im Erwerbsalter mit der pflegebedürftigen Person zusammenlebten. Dieser Anteil ist bis 2012 auf 23% abgesunken (Geyer & Schulz, 2014).<sup>17</sup>

Wie bereits erwähnt liegen zum Bildungs- und Qualifikationsniveau von pflegenden Angehörigen nur wenige Informationen vor. Eine Studie des RKI kommt zu dem Ergebnis, dass pflegende Frauen häufiger in niedrigeren Bildungsgruppen angesiedelt sind als nicht-pflegende Frauen (Wetzstein et al., 2015). Ergänzend dazu findet Blinkert (2007) heraus, dass die Bereitschaft informell zu pflegen am geringsten bei Per-

---

<sup>16</sup> Siehe hierzu auch die eigens durchgeführte Analyse in Kapitel 4.4.3.

<sup>17</sup> Zum Vergleich: Schneekloth et al. (2017) berichten, dass 61% aller Pflegepersonen im gleichen Haushalt wie der oder die Pflegebedürftige leben. Es zeigt sich also ein deutlicher Unterschied bei der Betrachtung von erwerbsfähigen Pflegepersonen und sonstigen Pflegepersonen.

sonen mit hohem Sozialstatus ist.<sup>18</sup> Dieser Logik folgend resümieren Franke und Reichert (2010), dass ein niedriges Bildungs- und Qualifikationsniveau die Wahrscheinlichkeit erhöht, die Erwerbstätigkeit aufgrund informeller Pflegeaufgaben aufzugeben. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass eher die höher Qualifizierten zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit informelle Pflegearbeit leisten (Trukeschitz et al., 2009).

Geyer (2016) liefert diesbezüglich nur Hinweise auf das Bildungsniveau von erwerbsfähigen Pflegenden im Vergleich zu Personen ohne Pflegeaufgabe. Es lässt sich an dieser Stelle kein Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit der Pflegenden und deren Bildungsniveau herstellen. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Pflege Tätigkeiten gleichermaßen über alle Bildungsgruppen hinweg übernommen werden.

Hinsichtlich der Einkommenssituation von erwerbstätigen Pflegepersonen ist festzuhalten, dass sie in den meisten Fällen ein geringeres Einkommen als die übrige Erwerbsbevölkerung erzielen. Pflegepersonen, die im gleichen Haushalt wie der Pflegebedürftige leben, erhalten nur 75% bzw. bei mehr als 3 Pflegestunden pro Tag nur 65% des durchschnittlichen Bruttoerwerbseinkommens. Dieses liegt bei 2.516 Euro im Monat. Leben Pflegepersonen allerdings nicht im gleichen Haushalt wie die Person mit Pflegebedarf, erzielt sie nahezu das Durchschnittseinkommen. Sobald sie jedoch mehr als eine Stunde pro Tag Pflegeaufgaben übernimmt, fällt auch ihr Einkommen auf 77% des Durchschnittseinkommens. Geyer (2016) merkt an, dass dieser Einkommensunterschied primär durch die unterschiedliche Arbeitszeit erklärt wird und weniger durch einen Lohnunterschied.

Bevor die bisher gewonnenen Erkenntnisse in einem Zwischenfazit resümiert werden, geht der nachfolgende Abschnitt auf die Auswirkungen von Pflegetätigkeiten auf das Wohlbefinden der informell Pflegenden ein.

### 2.5.3 Auswirkungen von Pflegetätigkeiten auf das Wohlbefinden von informell Pflegenden

Ein weiterer Aspekt, der bisher nur implizit behandelt worden ist, bezieht sich auf das Wohlbefinden von Pflegenden. Dieser geht in der ökonomischen Diskussion um informelle Pflegetätigkeiten häufig unter und soll daher an dieser Stelle cursorisch gewürdigt werden.

---

<sup>18</sup> Das Konzept „Soziales Milieu“ berücksichtigt das Pro-Kopf Einkommen im Haushalt, den Schulabschluss sowie den allgemeinen Lebensentwurf der Pflegeperson. Siehe im Detail Blinckert und Klie (1999).

Studien verweisen in diesem Zusammenhang hauptsächlich auf emotionale Herausforderungen, die die informelle Pflegetätigkeit mit sich bringt. Dazu zählen die Sorge um die Pflegebedürftigen, die finanzielle Situation und der durch die Pflegetätigkeit entstehende Mangel an Freizeit und sozialen Kontakten (Franke & Reichert, 2010).

Grundsätzlich scheinen Pflegende in einem schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand als Personen ohne Pflegeverantwortung zu sein (Wetzstein et al., 2015). Sie haben eine verminderte Lebensqualität und ein höheres Risiko psychisch zu erkranken (Schneider et al., 2006). In Bezug auf erwerbstätige pflegende Angehörige ist festzuhalten, dass sie vermehrt über Kopfschmerzen, Angstzustände, Depressionen und Schlaflosigkeit berichten (Keck, 2012; Reichert, 2003). Dies geht mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz einher, weshalb auch dort das Wohlbefinden schwindet.

Zur Bewältigung der beschriebenen Belastungen reduzieren viele Pflegende ihre Erwerbsarbeitszeit (Di Rosa et al., 2011).<sup>19</sup> Diese Bewältigungsstrategie hat wiederum Folgen für die finanzielle Absicherung im Alter, da die Reduktion der Arbeitszeit zu verminderten Leistungsansprüchen der RV führt (Czaplicki, 2016).

Zusammengefasst führt die Übernahme von informellen Pflegetätigkeiten zu einer Vielzahl an Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden auswirken. Diese bleiben jedoch bei ökonomischen Analysen häufig unberücksichtigt.<sup>20</sup>

Im nächsten Abschnitt werden die gewonnenen Erkenntnisse über die sozioökonomischen Merkmale von Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen zusammengefasst und in den Sozialversicherungskontext eingeordnet.

## 2.6 Zwischenfazit: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Sozialversicherungskontext

Die sozioökonomische Betrachtung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld hat gezeigt, dass Pflegehaushalte ähnlich hohe Einkommen wie Haushalte ohne pflegebedürftige Person beziehen. Allerdings sind sie verstärkt auf Transferzahlungen aus Pflege- und Rentenversicherung angewiesen, die im Ergebnis die Einkommensniveaus angleichen (Geyer, 2015).

---

<sup>19</sup> Für eine ausführliche Betrachtung und Diskussion dieses Sachverhalts siehe Kapitel 3.

<sup>20</sup> Eine Ausnahme bilden zum Beispiel die Untersuchungen von Skira (2015), Coe et al. (2018) und Korfhage (2019).

Perspektivisch birgt diese Einkommenskonstellation für zukünftige Generationen von Pflegebedürftigen ein finanzielles Risiko, da durch die Rentenreformen der vergangenen Jahre das Rentenniveau und damit das Einkommenspotenzial der Pflegehaushalte sinken wird (Geyer & Steiner, 2010).

Zusätzlich bestehen Unterschiede bei der Vermögenssituation. Insbesondere alleinlebende pflegebedürftige Frauen haben vergleichsweise niedrige Finanzrücklagen. Dies wirkt sich sowohl auf die Betroffenen als auch auf die Sozialversicherung aus, da gerade Alleinlebende ein höheres Risiko aufweisen, eine stationäre Pflegeversorgung in Anspruch nehmen zu müssen (Geyer, 2015). Wenn der Eigenanteil zur stationären Pflege aufgrund der Einkommens- und Vermögenssituation nicht geleistet werden kann, besteht die Möglichkeit *Hilfe zur Pflege* gemäß §61 ff. SGB XI zu beantragen.<sup>21</sup>

Das heißt, die Sozialversicherungsträger würden nicht nur durch die – vergleichsweise – teure stationäre Pflege belastet, sondern müssten darüber hinaus weitere Sozialleistungen, wie beispielsweise die *Hilfe zur Pflege*, zur Verfügung stellen.

Mit Blick auf die pflegenden Angehörigen ist hervorzuheben, dass nach wie vor überwiegend Frauen Pflegeverantwortung im familiären Umfeld übernehmen (Geyer, 2016; Klünder, 2017; Schneekloth et al., 2017). Jedoch zeigt sich im Zeitverlauf, dass der Anteil pflegender Männer zunimmt. Weiter ist zu beobachten, dass die Erwerbsquote der erwerbsfähigen Pflegenden ansteigt. Dennoch arbeiten Pflegepersonen überdurchschnittlich häufig in Teilzeit (Geyer & Schulz, 2014). Die Unterschiede im Erwerbsverhalten können nicht ausschließlich durch soziodemografische Faktoren, wie beispielsweise das Bildungsniveau, erklärt werden. Zusätzlich gilt es den notwendigen Zeitaufwand für das Ausüben der Pflegetätigkeit zu berücksichtigen. In Summe erzielen Pflegepersonen ein vergleichsweise niedriges Einkommen, dessen geringere Höhe allerdings primär auf die geringere Arbeitszeit zurückzuführen ist (Geyer, 2016).

Die Erkenntnisse über die sozioökonomischen Charakteristika von Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen gewinnen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zusätzlich an Bedeutung.

---

<sup>21</sup> Da, wie in Kapitel 2.1.2 erörtert, die Leistungen der Pflegeversicherung budgetiert sind, muss der Staat aufgrund des Grundrechts auf Schutz der Menschenwürde den (möglicherweise) ungedeckten Bedarf an Pflegehilfe übernehmen. *Hilfe zur Pflege* ist also eine bedarfsorientierte Sozialleistung, die im Sozialversicherungsrecht der Sozialhilfe (SGB XII) zugeordnet ist. Der Gesetzgeber hält dazu fest: „Personen (...) haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen (...) aufbringen“ (§61 SGB XII).

Seit Jahren versucht der Gesetzgeber die Erwerbsquote durch politische Maßnahmen zu steigern, um so die Folgen des demografischen Wandels für die sozialen Sicherungssysteme abzuschwächen.<sup>22</sup> Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung, erhöht sich der Pflegebedarf, der wiederum in großen Teilen durch Angehörigenpflege gedeckt wird.

Wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert, offenbart sich hier (erneut) eine sozialpolitische Kontroverse. Auf der einen Seite wird die Pflege durch Angehörige wohlfahrtsstaatlich bevorzugt, auf der anderen Seite sollte sie nicht in Konflikt mit der Erwerbstätigkeit geraten. Dieses Spannungsfeld dürfte sich in Anbetracht der zukünftig zunehmenden Anzahl an Pflegenden im erwerbsfähigen Alter weiter verschärfen (Heitmann-Möller et al., 2020). Soll Pflege auch perspektivisch in vergleichbarem Umfang von Angehörigen übernommen werden wie heute, müssten Männer stärker als bisher in Pfl egetätigkeiten involviert werden (vgl. Geyer, 2016). Da Männer jedoch durchschnittlich mehr verdienen als Frauen führt das Ehegattensplitting in den meisten Fällen zu einer relativ hohen Besteuerung des Frauenerwerbseinkommens (Bach et al., 2011). Demnach ist es weiterhin wahrscheinlicher, dass Frauen ihre Erwerbszeit reduzieren, um die Pflege von Angehörigen zu gewährleisten.

Es bleibt abzuwarten, wie das Vereinbarkeitsproblem von Erwerbstätigkeit und Pflege auf der einen Seite, und die Debatte um den Gender Care Gap auf der anderen Seite, gesellschaftspolitisch gelöst werden wird.

Um vor diesem Hintergrund ein besseres Verständnis über die Ökonomie der informelle Pflege zu erlangen, erörtert das nächste Kapitel die theoretischen Grundlagen zur informellen Pflege und trägt den empirischen Forschungsstand zusammen.

---

<sup>22</sup> Zu den Maßnahmen zählen unter anderem das Anheben der Regelaltersgrenze (um die Erwerbsphase zu verlängern), der Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten (um die Erwerbsbeteiligung von Eltern zu erhöhen) oder die Einführung des ElterngeldPlus (zur faireren Geschlechterverteilung der Betreuungspflichten, die zu einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen führen soll).

### 3 Ökonomie der informellen Pflege: Theorie und empirische Evidenz

In der Ökonomie wird Pflegebedürftigkeit und das damit verbundene Pflegearrangement häufig in ein Kosten-Nutzen-Verhältnis gesetzt.<sup>23</sup> Um dieses Verhältnis zu ergründen lassen sich verschiedene mikroökonomische Modelle anwenden. Einer der zentralen Forschungsstränge setzt sich mit den Beweggründen für eine Übernahme von informellen Pflegeleistungen auseinander. Komplementär dazu konzentriert sich ein anderer Ansatz auf die ökonomischen Auswirkungen von informeller Pflegearbeit.<sup>24</sup> Beide Konzepte gehen von rational handelnden Individuen aus, deren Entscheidungen darauf abzielen, den größtmöglichen Nutzen und die geringsten Kosten für Individuum und/oder die Gesellschaft zu erreichen (Schneider, 2006). Sie werden häufig unter dem Begriff der *Rational Choice Theory* zusammengefasst.

Das folgende Kapitel betrachtet die Modelltheorien der Pflegeökonomie und beleuchtet deren sozialpolitische Implikationen kursorisch. In Anlehnung daran werden die empirischen Erkenntnisse zum monetären Wert informeller Pflegearbeit zusammengetragen und kritisch diskutiert. Die nächsten Abschnitte beinhalten daher ausgewählte, zentrale Forschungsarbeiten. In Anbetracht der großen Anzahl an internationalen und nationalen Studien erhebt dieses Kapitel naturgemäß keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel ist es, einen möglichst umfassenden Überblick zur aktuellen Studienlage zu geben und die bisher gewonnenen Erkenntnisse kritisch zu reflektieren. Das Kapitel dient der Identifikation einer Forschungslücke, aus der sich die Forschungsfrage ergibt, die im weiteren Verlauf der Arbeit beantwortet werden soll.

Zusammengefasst behandelt das nachfolgende Kapitel informelle Pflege als Handlungsproblem im Spannungsfeld von Kosten und Nutzen sowie die aus der Pflegeentscheidung resultierenden ökonomischen Auswirkungen. Der Fokus liegt explizit auf Theorien und Studien zur informellen Pflegearbeit.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Für eine definitorische Erläuterung der Begrifflichkeiten *Pflegebedürftigkeit* und den verschiedenen Pflegeleistungen, sprich den *Pflegearrangements*, sei auf die Kapitel 2.1.1 und 2.1.2 verwiesen.

<sup>24</sup> In der Literatur werden diese Auswirkungen auch häufig *Effekte* oder *externe Effekte* genannt. Sie beschreiben ökonomische Konsequenzen einer Entscheidung, für die niemand bezahlt oder einen Ausgleich erhält (Mankiw & Taylor, 2018).

<sup>25</sup> Es ist bei einigen Studien nicht klar zwischen Pflege- und/oder Sorgearbeiten, die zum Beispiel auch die Betreuung von Kindern beinhalten könnten, zu unterscheiden.

### 3.1 Modelltheoretische Grundlagen zu den Beweggründen informeller Pflege

Mikroökonomische Modelle beruhen in der Regel auf drei grundlegenden ökonomischen Prinzipien. Erstens auf dem Prinzip des Marktgleichgewichts, zweitens auf dem der Nutzenmaximierung und drittens auf dem der stabilen Präferenz. In der klassischen Ökonomie geht es dabei meist um den Transfer und Erhalt von Marktgütern. In der Pflegeökonomie werden mit diesen Modellen soziale Tauschbeziehungen zu erklären versucht (Dallinger, 1997).

Das Marktgleichgewicht ist ein zentrales Element der neoklassischen Theorie und geht auf Adam Smith (1778) bzw. David Ricardo (1817) zurück. Es ist dann erreicht, wenn die nachgefragte Menge an Gütern gleich der Angebotsmenge ist. Die Marktteilnehmenden streben der Theorie zufolge diese Gleichgewichtsmenge an, weil andernfalls negative Auswirkungen auf Nachfrage, Angebot und den Preis zu erwarten sind.

Das Prinzip der Verhaltens- oder Nutzenmaximierung sieht vor, dass die Marktteilnehmenden danach streben, ihren eigenen Nutzen zu maximieren (Machlup, 1967).

Zudem haben die Marktteilnehmenden eine Präferenz für bestimmte Produkte oder Dienstleistungen. Sie entscheiden sich unter mehreren wählbaren Alternativen immer für dieselbe Auswahl, die ihnen *rational* betrachtet den größten Nutzen bringt (Stigler & Becker, 1977). Die Annahme der stabilen Präferenz wird in späteren Arbeiten in die der instabilen Präferenz überführt, sodass sich Vorlieben über den Zeitverlauf verändern können (Becker, 1981a).

Im Ergebnis erlauben solche Modelle individuelles Verhalten am Markt, das heißt, den Transfer und Erhalt von Waren oder (sozialen) Dienstleistungen anhand von Veränderungen im Preisgefüge, Anreizsystem oder in der Ressourcenverfügbarkeit zu erklären.

Der Versuch die Beweggründe für die Übernahme von Pflegetätigkeiten mit Hilfe dieser Modelle zu ergründen, führte bereits in den 1970er Jahren zu einer Kontroverse (Becker, 1974; Pollak & Wachter, 1975; Bernheim et al., 1985; Cox & Jakubson, 1995).

Zentraler Diskussionspunkt ist die erläuterte Annahme zur individuellen Nutzenmaximierung. Sie steht in scheinbarem Widerspruch zur Angehörigenpflege, da die informelle Betreuung von Pflegebedürftigen weitestgehend ohne monetäre Kompensation erfolgt. Es scheint, als würde eine informelle (Pflege-)leistung ohne offensichtlichen Gegenwert erbracht werden. Die Frage, warum Individuen mit Verzicht auf Verdienstmöglichkeiten und Freizeit informelle Pflege leisten, lässt sich aus ökonomischer Sicht jedoch nur dann rational erklären, „wenn die Belastungen durch Pflege durch Nutzen stiftende Aspekte der Pflege (über)kompensiert werden“ (Schneider, 2006, S. 496).

Vor diesem Hintergrund haben sich im Laufe der Zeit zwei konträre Modellweltanschauungen entwickelt. Sie beruhen beide auf der Annahme des Eigennutzenaxioms und versuchen eine ökonomische Erklärung für die Beweggründe einer Übernahme von informellen Pfl egetätigkeiten zu liefern. Im Folgenden wird zunächst das sogenannte altruistische Verhaltensmodell erläutert, bevor im Anschluss auf das strategische Austauschmotiv näher eingegangen wird.

### 3.1.1 Altruistisches Verhaltensmodell

Das Modell altruistischen Verhaltens basiert auf den oben erläuterten ökonomischen Grundprinzipien (Becker, 1981a). Es geht davon aus, dass eine selbstlose, gebende Person (Angebot) durch eine bereitgestellte Hilfeleistung einen direkten Nutzen aus dem Wohlergehen des Empfangenden (Nachfrage), zieht (vgl. Becker, 1974; Cox & Jakubson, 1995). Der gebenden Person kommt in diesem Fall kein monetäres, sondern ein psychisches Einkommen (Preis) zu. Dieses Einkommen lässt sich durch den Nutzengewinn, basierend auf dem eigenen Konsumverzicht zugunsten des Empfangenden, erklären. Dem Prinzip der (in)stabilen Präferenz zufolge ist es für die gebende Person besonders dann nutzenmaximierend seine zeitlichen oder finanziellen Ressourcen an das soziale Umfeld zu transferieren, wenn sie sich über die gegenwärtige Situation des Umfelds (Präferenz), zum Beispiel einen Bedarf an Pflege, bewusst ist. In der Literatur werden meist monetäre Transfers als Beispiel angeführt, jedoch lässt sich das Modellkonzept auch auf andere Bereiche, wie die zumeist unentgeltliche informelle Pflege, übertragen (Dallinger, 1997; Schneider, 2006).

Zusammengefasst beruht der Ansatz des altruistischen Verhaltensmodells auf der Annahme, dass das Verhalten der Beteiligten durch den Markt bzw. das Marktgleichgewicht bestimmt und der eigene Nutzen aufgrund der Präferenzen des Umfeldes maximiert wird (Becker, 1981a).

Mit Hilfe dieses Modells lassen sich eine Reihe von Erkenntnissen ableiten. Erhöht sich die Ressourcenkapazität des altruistisch motivierten Gebenden, so wird er oder sie einen Teil der Ressourcenerhöhung bei sonst gleichbleibenden Bedingungen an das (hilfsbedürftige) Umfeld transferieren. Kann der oder die Empfangende aus einer weiteren oder der eigenen Quelle von Ressourcen schöpfen, reduziert der oder die Gebende die Hilfeleistungen. Im umgekehrten Fall erhöht er oder sie sie wieder. Becker (1981b) beschreibt dieses Verhalten als versicherungsähnlichen Effekt im sozialen und familiären Umfeld.

Ergänzend dazu sei erwähnt, dass sogenannte Einfache Altruistische Verhaltensmodelle von einem einseitigen Altruismus ausgehen, in denen wie oben beschrieben nur

die gebende Person altruistisch handelt (Becker, 1981b; Laitner, 1997). Dieses Grundmodell lässt sich in vielerlei Hinsicht bis hin zu Modellen mit mehreren altruistischen Parteien sowie mehreren Empfangenden von Transferleistungen erweitern (vgl. van Dijk, 1998).

In Abgrenzung zum altruistischen, selbstlosen Motiv wird im folgenden Abschnitt das strategische Verhaltensmodell näher beleuchtet.

### 3.1.2 Strategisches Verhaltensmodell

Das strategische Verhaltensmodell basiert auf der Annahme, dass (Pflege-)leistungen nur auf Grund von zu erwartenden oder bereits empfangenen Gegenleistungen getätigt werden (Bernheim et al., 1985). Der Eigennutzen wird also nicht allein durch das Wohlergehen der empfangenden Person (Präferenz des Umfeldes) maximiert, sondern es Bedarf vielmehr einer konkreten, meist monetären Gegenleistung.

Zur Veranschaulichung der Modelltheorie wird folgendes Beispiel herangezogen: Eltern (potenzielle Pflegebedürftige) tätigen finanzielle Transferleistungen an die eigenständigen Haushalte ihrer Kinder, die Anreiz dafür sein sollen, ihren Eltern Pflegeleistungen und Aufmerksamkeit im Falle einer Pflegebedürftigkeit zukommen zu lassen. Die Transferzahlungen müssen nicht zwingend zu deren Lebzeiten erfolgen, sondern können zum Beispiel auch in Form von Erbschaftsansprüchen bereitgestellt werden (Schneider, 2006).

Je höher das Einkommen der Eltern ist, desto mehr Pflege- und Hilfeleistungen können sie der Theorie zufolge über die finanziellen Transferleistungen an ihre Kinder erstehen. Steigt dagegen das Haushaltseinkommen der Kinder, sinkt zeitgleich deren Bereitschaft und damit die Wahrscheinlichkeit ihren Eltern Hilfeleistungen anzubieten. Darüber hinaus erhöht sich der Preis, zu dem Kinder bereit sind Pflegeleistungen zu erbringen.

Im strategischen Verhaltensmodell sind die Austauschmotive von Gebenden und Empfangenden also interdependent und bedingen sich gegenseitig. Beispielsweise können Eltern keine marktlichen, formellen Hilfeleistungen finden, die sie so sehr schätzen wie die informellen Hilfeleistungen ihrer Kinder. Analog können Kinder niemand anderen mit einer annähernd hohen Zahlungsbereitschaft für ihre Unterstützungsleistungen finden. Es liegt also ein bilaterales Monopol vor (Laitner, 1997). Zudem sichert die Gefahr enterbt zu werden die Betreuung der Eltern – insbesondere dann, wenn mehr als ein Kind als Pflegeperson in Frage kommt (Bernheim et al., 1985).

Ähnlich dem altruistischen Verhaltensmodell kann auch das strategische um mehrere gebende und empfangende Personen von Hilfeleistungen erweitert werden. Sobald mehrere Gebende (Pflegeleistende) verfügbar sind, orientieren sich die Transferzahlungen der Empfangenden (Pflegebedürftige) vornehmlich an der Art und Qualität der Pflegeleistung (Hiedemann & Stern, 1999).

Komplementär zu den beiden Modellen, die die Beweggründe für eine Pflegeübernahme zu erklären versuchen, werden im folgenden Teilkapitel zwei weitere Ansätze vorgestellt, die die Organisation der informellen Pflegearbeit und deren ökonomische Auswirkungen skizzieren.

### 3.2 Modelltheoretische Grundlagen zur Produktion und den Kosten der informellen Pflege

Die nachfolgenden Abschnitte erläutern die Modelle der Zeitallokation und der Haushaltsproduktion, die es ermöglichen Rückschlüsse auf die Produktion und Kosten der informellen Pflege zu ziehen.

#### 3.2.1 Modell der Zeitallokation

Mit Hilfe des mikroökonomischen Modells der Zeitallokation lässt sich darstellen, nach welchen Überlegungen und Prioritäten informell Pflegende ihre zur Verfügung stehende Zeit für unbezahlte Pflegetätigkeiten, Freizeitaktivitäten und Erwerbsarbeit einteilen (Becker, 1965). Unter Berücksichtigung einer Zeit- und Budgetrestriktion wird angenommen, dass der Nutzen des Pflegehaushalts durch Konsum, Freizeit und die informelle Pflegetätigkeit maximiert wird.

In diesem Modellkonstrukt betrachten beispielsweise Johnson und Lo Sasso (2000) eine altruistisch motivierte Person, die ihre Eltern informell pflegt. Sie zieht aus der Gewissheit, dass ihre Eltern gut von ihr versorgt sind, einen eigenen Nutzen. Die informelle Pflegearbeit ist demnach hinsichtlich alternativer Tätigkeiten nutzenmaximal, wenn eine zusätzlich verfügbare Zeiteinheit bei jeder alternativen Tätigkeit den gleichen Nutzen hervorrufen würde (Schneider, 2006).

Der Nutzwert der Pflegearbeit wird in diesen Modellen nach dem Opportunitätskostenprinzip bemessen. Das heißt die (fiktiven) Kosten für eine zusätzliche Pflegestunde bemessen sich am entgangenen Nutzen der nächstbesten Tätigkeit in der individuellen Zeitverwendung. Wäre dies zum Beispiel die Erwerbsarbeit, ist eine zusätzliche Pflegestunde mit dem zu erzielenden Lohn am Arbeitsmarkt zu bewerten.

Wird aufgrund der Zeitrestriktion der Pflegenden die Erwerbsarbeit zu Gunsten informeller Pflegeleistungen reduziert oder gar aufgegeben, sind damit reale Kosten verbunden. Pflegeverpflichtungen können zu kurzfristigen Einkommensverlusten führen, da sie die Flexibilität und Belastbarkeit der Arbeitnehmenden einschränken. Dadurch werden Gehaltserhöhungen, Prämienzahlungen oder Beförderungen weniger wahrscheinlich und der Zugang zu Weiterbildungsmaßnahmen wird erschwert (Schneider, 2006). Neben den Karrieremöglichkeiten geht auch Arbeitserfahrung verloren, was das Einkommenspotenzial über den Erwerbsverlauf nachhaltig negativ beeinflusst (Fast et al., 1999; Joshi, 1992; Netten, 1993).

Die hier beschriebenen ökonomischen Auswirkungen informeller Pflege mittels des Modells der Zeitallokation fußen wiederum auf der Humankapitaltheorie. Sie stellt einen Zusammenhang zwischen Bildung, Arbeitserfahrung, sozialen Aspekten und Persönlichkeitsmerkmalen (Humankapital) und der Leistungsfähigkeit (Produktivität) von Arbeitnehmenden her. Im Kern geht es um die Quantifizierung wirtschaftlicher Effekte eines erhöhten oder verringerten Humankapitals. Die Theorie besagt, dass je höher das Humankapital ist, desto produktiver ist ein Individuum. Weiter liegt der Humankapitaltheorie die Annahme zugrunde, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitsproduktivität des Individuums und der Lohnhöhe gibt (Mincer, 1958; Schultz, 1961; Solow, 1956).

Zusammengefasst liefert das Zeitallokationsmodell Erklärungen für die Priorisierung konkurrierender Handlungsalternativen aufgrund beschränkter zeitlicher und finanzieller Ressourcen. Diese können in Bezug auf informelle Pflegeleistungen sowohl kurz- als auch langfristige wirtschaftliche Folgen für das Individuum und die Gesellschaft haben.

### 3.2.2 Modell der Haushaltsproduktion

Das Modell der Haushaltsproduktion berücksichtigt ergänzend zum Zeitallokationsmodell, dass Marktgüter, selbst hergestellte Güter und die verfügbare Zeit zur Produktion eines konsumreifen Endprodukts kombiniert werden müssen (Assenmacher & Wenke, 1993; Becker, 1965; Gronau, 1977). Ein Haushalt hat dabei zwei Möglichkeiten, die Produktion auszugestalten. Sie kann entweder zeit- oder güterintensiv erfolgen.

Diese Wahlmöglichkeit impliziert die Frage nach dem optimalen Verhältnis von selbst hergestellten und marktbezogenen Vorleistungen, die für den Herstellungsprozess eines konsumreifen Endprodukts, wie beispielsweise einer Pflegeleistung, notwendig sind. Um diese Frage beantworten zu können, wird der Zeiteinsatz wie beim Modell der Zeitallokation nach dem Opportunitätskostenprinzip bewertet. Die Zuteilung von zeitli-

chen und finanziellen Haushaltsressourcen richtet sich im Ergebnis nach den Konsummöglichkeiten des Individuums. Das bedeutet, die Ressourcenzuteilung des Individuums basiert auf dem Verhältnis von Einkommen, Konsumgüterpreisen, dem Marktpreis professioneller Pflegedienstleistungen und der zur Verfügung stehenden Zeit (Schneider, 2006).

Das Modell der Haushaltsproduktion erklärt demnach folgende Wirkungsmechanismen. Solange die eigenständige Haushaltsproduktion mehr Pflegeleistungen erbringt, als am Markt durch zusätzlichen Verdienst hinzugekauft werden können, ist die häusliche Pflegeversorgung für Privathaushalte ökonomisch sinnvoll und rational begründet. Informelle Pflegeleistungen, die über diesen Punkt hinaus gehen, berauben den Haushalt anderweitiger Konsummöglichkeiten. Erhöhen sich die zu erzielenden Löhne am Arbeitsmarkt oder sinken die Marktpreise für formelle Pflegeleistungen, verringert sich auch die Haushaltproduktion von informellen Pflegedienstleistungen. Gleiches gilt für einen intensiveren Zeiteinsatz bei gleichbleibender oder verringerter Produktivität informeller Pflegearbeit, die zum Beispiel durch Müdigkeit oder Stress hervorgerufen werden kann. In diesem Fall würden ebenfalls mehr formelle Pflegeleistungen eingekauft werden (Schneider, 2006).

In der Konsequenz ist in diesem Modellkonstrukt informelle Pflege für Haushalte mit hohem Einkommen ökonomisch unattraktiv. Die oben beschriebenen Mechanismen führen dazu, dass Haushalte und/oder Haushaltsmitglieder, die das vergleichsweise geringste Einkommen am Markt erzielen, informelle Pflegearbeit leisten (Ettner, 1995, 1996; Heitmueller, 2007).

Zusammengefasst führt die wirtschaftliche (und zeitliche) Ausgangslage von potenziellen Pflegepersonen wahlweise zu einer zeit- oder güterintensiven Bereitstellung von Pflegeleistungen, die wiederum unterschiedliche ökonomische Auswirkungen beim Individuum zur Folge haben. Demnach wären die Übernahme und die Folgekosten informeller Pflegeleistungen in einer Gesellschaft ungleich verteilt.<sup>26</sup>

Abschließend werden die modelltheoretischen Grundlagen zu den Beweggründen, der Produktion und den Kosten von informeller Pflege sozialpolitisch reflektiert und resümiert.

---

<sup>26</sup> Für eine ausführliche Betrachtung und Diskussion dieses Sachverhalts siehe Kapitel 2.5.

### 3.3 Zwischenfazit: sozialpolitische Implikation der Modelltheorien

Die ökonomische Kontroverse über die Motive der informellen Pflege beschäftigt nicht nur die Wissenschaft, sondern ist darüber hinaus sozialpolitisch relevant. Pflege kann nach unterschiedlichen Prinzipien im jeweiligen sozialstaatlichen Kontext organisiert werden. Hierbei stellt sich die Frage, wie sich die Verfügbarkeit von professionellen Pflegeangeboten und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen auf die informelle Pflegebereitschaft auswirkt (Czaplicki, 2019).

Aus ökonomischer Sicht hängt die Effektivität staatlicher Transferleistungen maßgeblich von der Motivation der Pflegenden ab. Daneben gibt es situative Faktoren, die die Organisation der Pflege im Haushalt beeinflussen und sozialpolitische Steuerungselemente erforderlich werden lassen.

Konkret könnten staatliche Transferleistungen an Pflegebedürftige in Frage gestellt werden, wenn Angehörigenpflege ausschließlich altruistisch motiviert ist. Demnach würden informell Pflegenden keinen oder einen geringeren Anlass zur Hilfe sehen, da die Pflegebedürftigen bereits aus einer anderen Quelle an Ressourcen, nämlich die der staatlichen Sozialleistung, schöpfen können. Dieses Phänomen ist in der Literatur auch als Crowding-out-Problem bekannt (Blanchard, 2008). Die Situation der Pflegebedürftigen würde sich trotz finanzieller Hilfe durch den Staat nicht verbessern.

Würden die staatlichen Transferzahlungen hingegen direkt an die (altruistischen) Pflegepersonen fließen, hätte dies einen positiven Effekt auf die Pflegebereitschaft. Die erhöhten (finanziellen) Ressourcen der Altruisten würden sich in verbesserten Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten widerspiegeln (Schneider, 2006). Diese Wirkungsrichtung wird in der Literatur als Crowding-in-Effekt bezeichnet (Daatland & Herlofson, 2003).

Umgekehrt wären staatliche Transferzahlungen an Pflegebedürftige effektiv, wenn die Pflegeperson strategisch motiviert ist. Der durch die finanzielle Unterstützung verbesserte ökonomische Status der Pflegebedürftigen würde in diesem Fall zu einer gestärkten Verhandlungsposition gegenüber der potenziellen Pflegeperson führen (Schneider, 2006).<sup>27</sup>

Bezugnehmend auf die Modelle der Zeitallokation und Haushaltsproduktion ist kritisch anzumerken, dass den Modellen mitunter restriktive Annahmen zugrunde liegen. Es wird vorausgesetzt, dass die Pflegeperson rational handelt, über ihre potenziellen Ver-

---

<sup>27</sup> In Deutschland geht der Gesetzgeber beispielsweise davon aus, dass das an Pflegebedürftige transferierte Pflegegeld an die sie versorgenden Personen weitergegeben wird (BMG, 2020).

dienstmöglichkeiten am Arbeitsmarkt umfassend informiert ist und sich zwischen den besten alternativen Tätigkeiten frei entscheiden kann. Das heißt die Pflegeperson erbringt die Hilfeleistung der Annahme nach freiwillig und kann darüber hinaus die gewünschte Erwerbsform jederzeit realisieren (Kooreman & Wunderink, 1997).

Weiter beruht die Entscheidung zur informellen Pflege in diesen Modellen darauf, dass der, der Pflegezeit beigemessene Wert, höher ist als der zu erwartende Lohn am Arbeitsmarkt. Vorausgesetzt, der Lohn spiegelt lediglich die Produktivität der Arbeitnehmenden wider, bieten die Opportunitätskosten der informellen Pflege isoliert betrachtet keinen Anreiz, sozialpolitische Maßnahmen für pflegende Angehörige zu ergreifen (Schneider, 2006).

In der Realität ist es hingegen möglich, dass die Pflegepersonen nicht die präferierte Zeitallokation verwirklichen können. Einerseits stehen nicht immer genügend professionelle Pflegeangebote zur Verfügung (K. Smith & Wright, 1994). Andererseits ist es denkbar, dass das soziale Umfeld Druck hinsichtlich der Übernahme informeller Pflegetätigkeiten ausübt (Cox & Soldo, 2004; Pezzin & Schone, 1999). Außerdem könnte etwa eine hohe Arbeitslosenquote dazu führen, dass Erwerbswünsche nicht wie geplant realisiert werden können (Schneider, 2006).

Es gibt also situative Einschränkungen, die es rechtfertigen sozialpolitische Maßnahmen mit dem Ziel zu ergreifen, eine möglichst optimale gesamtgesellschaftliche Balance zwischen formeller und informeller Pflege zu erreichen. Es sollten damit Bestrebungen einhergehen, die der potenziellen Pflegeperson eine gewisse Wahlfreiheit bei der Pflegeform einräumt und Anreize für eine gerechte geschlechterübergreifende Verteilung der Pflegearbeit schafft (Kershaw, 2006).<sup>28</sup>

Zusammengefasst liefern die in Kapitel 3.1 und 3.2 vorgestellten Modelltheorien erste Erklärungsansätze für die Beweggründe einer Pflegeübernahme und deren Organisation innerhalb des Haushalts. Anhand dessen lassen sich wie beschrieben Überlegungen über die Effektivität sozialpolitischer Maßnahmen anstellen. Um über die modelltheoretisch gesicherten Erkenntnisse hinausgehende Informationen über die Motivation und die ökonomischen Auswirkungen der informellen Pflegeversorgung zu erlangen, empfiehlt es sich zudem empirische Studien mit in die Betrachtung einzubeziehen.

Daher wird im Nachfolgenden zunächst die volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege in Deutschland aufgezeigt. Anschließend werden Studien angeführt, die

---

<sup>28</sup> Für eine ausführliche Betrachtung und Diskussion dieses Sachverhalts empfiehlt sich Kapitel 2.5 und 5.5.

die in Kapitel 3.1 und 3.2 beschriebenen Modelle empirisch überprüfen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in einem Zwischenfazit (Kapitel 3.7) zusammengefasst und kritisch reflektiert.

#### 3.4 Volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege

Um die volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege skizzieren zu können, muss zunächst *informelle Pflege* im jeweiligen Studienkontext definiert werden, damit im Anschluss der Zeiteinsatz für pflegerische Tätigkeiten erfasst und monetarisiert werden kann (van den Berg et al., 2004; van den Berg & Spauwen, 2006).

In der quantitativen Forschung hat sich hinsichtlich der Definition von *informeller Pflege* ein grober Konsens entwickelt, der sich nach dem Unterstützungsbedarf an „pflegewissenschaftlich definierten Verrichtungen des täglichen Lebens“ orientiert (Schneider, 2006, S. 501). Die weiteren Schritte sind mit einigen methodischen Schwierigkeiten verbunden, die kurz erläutert werden sollen.

Zum einen ist es schwierig, alltäglich anfallende Hausarbeit von zusätzlicher, explizit der Pflege zuzuschreibender Hausarbeit zu trennen und letztere somit konkret zu erfassen. Zum anderen laufen oftmals mehrere Haushaltsarbeiten einer Person gleichzeitig ab. Dieses Phänomen wird als Kuppelproduktion bezeichnet und führt dazu, dass im Fall informeller Pflegeleistungen der Zeiteinsatz überschätzt werden kann (van den Berg & Spauwen, 2006). Es kann also nicht immer zweifelsfrei zwischen Haushalts-, Sorge- und/oder Pflegearbeit unterschieden werden.

In der Praxis werden hauptsächlich zwei Methoden zur Erfassung des Zeiteinsatzes angewandt. Es werden entweder sogenannte Recall-Fragebögen eingesetzt oder Zeitverwendungserhebungen durchgeführt.<sup>29</sup> Die Ergebnisse können je nach Methode stark variieren (Fisher et al., 2005; van den Berg et al., 2004). Bei Recall-Fragebögen ist das Problem, dass sie hohe Anforderungen an das Erinnerungsvermögen der Befragten stellen. Dagegen führen Zeitverwendungserhebungen zu präziseren Zeitmessungen. Sie sind jedoch zeit- und kostenintensiv (Schneider, 2006).

Für die monetäre Bewertung des ermittelten Zeiteinsatzes bieten sich eine Reihe von Bewertungsmethoden an. Zum einen kann der sogenannte Substitutionskostenansatz angewandt werden, der auf Marktlöhne von sogenannten Generalisten oder Spezialisten zurückgreift (Goldschmidt-Clermont, 1982; Miranda, 2011). Das heißt eine Stunde informelle Pflege kann entweder mit dem Stundensatz einer professionellen Pflegekraft

---

<sup>29</sup> Recall-Fragebögen beinhalten Fragen, die sich auf Ereignisse in der Vergangenheit beziehen, sodass der oder die Befragte die Informationen aus dem Gedächtnis abrufen muss.

(Spezialist) oder mit dem einer Haushaltskraft (Generalist) bewertet werden. Alternativ können die geschätzten Opportunitätskosten der informellen Pflegeperson oder deren hypothetische Kompensationsforderung für eine zusätzliche Stunde Pflegearbeit als Bewertungsmaßstab dienen.

Wie stark sich die verschiedenen Bewertungsmethoden unterscheiden können, zeigt folgendes Beispiel. Im Jahr 2018 verdiente eine professionelle Pflegekraft in Deutschland durchschnittlich 21,50 Euro pro Stunde (Destatis, 2020b).<sup>30</sup> Im Gegensatz dazu ermittelte Hoefman et al. (2019) in ihrer Untersuchung eine Kompensationsanforderung für informelle Pfl egetätigkeiten in Höhe von lediglich 14,57 Euro pro Stunde. Aufgrund dieser Bewertungsunterschiede wird häufig empfohlen ein Intervall für den monetären Wert der informellen Pflegezeit anzugeben (van den Berg et al., 2005).

Im Folgenden wird exemplarisch eine Studie von Schneider (2000) vorgestellt, die erstmals den volkswirtschaftlichen Wert der informellen Pflege in Deutschland quantifizierte. In den Jahren 1994 bis 1996 wurden durchschnittlich 19,7 Stunden an informeller Pflegearbeit pro Woche geleistet. Der Auswertung zufolge waren im Jahr 1997 4,8 Millionen Deutsche mit Pflege- und Betreuungsleistungen betraut. In Summe entspricht dies einem für informelle Pflege aufgebrachtem Zeitvolumen von 4,9 Milliarden Stunden. Demzufolge wird eine von 20 in der Haushaltsproduktion verwendeten Stunden mit informeller Pflege zugebracht. Übertragen auf den Arbeitsmarkt entspricht dieses Stundenvolumen der tatsächlichen Arbeitsleistung von circa 3,2 Millionen Vollzeit-Arbeitskräften. Je nach Bewertungsansatz ergibt sich ein volkswirtschaftlicher Wert informeller Pflegearbeit in Höhe von 30,7 Milliarden Euro, 44,0 Milliarden Euro oder 59,8 Milliarden Euro. Die Bewertungsansätze stützen sich auf den damaligen Stundenlöhnen von Zivildienstleistenden (9,20 Euro), Altenpflegenden und examinierten Haushaltskräften (17,80 Euro).<sup>31</sup>

Zusätzlich zum monetarisieren Zeitaufwand der informellen Pflege lassen sich die für die Haushaltsproduktion von Pflegeleistungen notwendigen Vorleistungsbezüge mittels eines sogenannten Satellitenkontos identifizieren.<sup>32</sup> Die zur Produktion von Pflege- und Betreuungsleistungen notwendigen Inputfaktoren setzen sich wie folgt zusammen. Der Zeitaufwand ist mit anteiligen 84,7% der Hauptproduktionsfaktor. Weitere 10,7% der

---

<sup>30</sup> Eigene Berechnung auf Basis einer 40-Stundenwoche und 43 Arbeitswochen im Jahr.

<sup>31</sup> Die Werte wurden ursprünglich von Schneider (2000) in D-Mark erhoben und in einer späteren Publikation in Euro ausgegeben (Schneider, 2006).

<sup>32</sup> Satellitenkonten ermöglichen eine nähere Betrachtung eines bestimmten Bereichs oder Aspekt des wirtschaftlichen und sozialen Lebens im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Satellitenkonten werden häufig für die Umwelt, den Tourismus oder die Haushaltsproduktion (unbezahlte Hausarbeit) erstellt (Vereinte Nationen, 1993).

Inputfaktoren entfallen unter anderem auf Telefon- und Mobilitätskosten, Bank- und Versicherungsleistungen oder Rechtsberatungen. Abschreibungen auf Gebrauchsgüter des Haushaltes machen 3,3% der Inputfaktoren aus (Schäfer & Schwarz, 1996).

Unter Berücksichtigung dieser Vorleistungen kann die Wertschöpfung und damit der Produktionswert der informellen Pflege näherungsweise bestimmt werden. Bezugnehmend auf den zuvor bezifferten lohnbasierten Wert informeller Pflegearbeit in Höhe von 44,0 Milliarden Euro, schätzt Schneider (2000) den Produktionswert auf 52,2 Milliarden Euro. Im gleichen Jahr betragen die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) lediglich 14,2 Milliarden Euro.

Die vorgestellten Ergebnisse sind zum Teil veraltet. Aufgrund des beschriebenen Vorgehens und der dargestellten Produktionszusammenhänge ermöglichen sie dennoch, die volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege in Deutschland zu veranschaulichen. Vor allem dann, wenn berücksichtigt wird, dass Geyer und Schulz (2014) auf Basis von OECD Daten die Zahl der Menschen mit informeller Pflegeverantwortung (4,7 Millionen) in Deutschland ähnlich groß schätzen, wie Jahre zuvor Schneider (2000) quantifiziert (4,8 Millionen).<sup>33</sup> Lediglich die monetäre Bewertung des Zeiteinsatzes dürfte über die Zeit, gemäß der oben dargelegten Stundenlöhne, zu einem Anstieg des Produktionswertes informeller Pflegearbeit geführt haben.

Abschließend lässt sich festhalten, dass aus ökonomischer Sicht der (Produktions-)wert informeller Pflegearbeit die Kosten, das heißt die Leistungsausgaben der SPV, bei Weitem übersteigt.

Nachdem die volkswirtschaftliche Dimension der informellen Pflege skizziert wurde, tragen die nachfolgenden Abschnitte zum einen die empirische Evidenz zu den Beweggründen für eine Pflegeübernahme zusammen und beleuchten zum anderen die Kosten, die durch Angehörigenpflege entstehen.

### 3.5 Empirische Evidenz für die Beweggründe informeller Pflegeübernahme

In diesem Abschnitt werden ausgewählte Erkenntnisse zu den Beweggründen der informellen Pflegeübernahme betrachtet. Dazu wird auf Untersuchungen zurückgegriffen, die die in Kapitel 3.1 erläuterten altruistischen und strategischen Verhaltensmodelle empirisch testen.

---

<sup>33</sup> Beide Analysen berücksichtigen nicht nur Pflegenden, die Personen mit Leistungsanspruch aus der SPV betreuen, sondern alle, die einer Pflegeverantwortung nachkommen.

Um die Motive für eine Übernahme von informellen Pflēgetätigkeiten empirisch zu ergründen, untersuchen viele Studien die finanziellen Transfers zwischen zwei Haushalten. Von besonderem Interesse sind dabei die Transfers zwischen Eltern- und Kinderhaushalt. Das in Kapitel 3.1.2 erläuterte strategische Verhaltensmodell stellt einen Zusammenhang zwischen der Höhe der Geldleistungen der Eltern und der Hilfeleistungen der erwachsenen Kinder her. Daher sind Studien zu finanziellen Transfers auch im Zusammenhang mit informellen Pflēgetätigen von Bedeutung und werden im Nachfolgenden kurz erläutert (Schneider, 2006).

Der ökonomische Status des Geldleistungsempfangenden und die Höhe des finanziellen Transfers lässt Rückschlüsse darauf zu, ob der Transfer aus altruistischen oder strategischen Motiven erfolgt. Ein strategisches Austauschmotiv liegt dann vor, wenn die Anzahl oder die Höhe der finanziellen Transfers zunimmt, obwohl das Haushaltseinkommen des Empfangenden vor Transferbezug gestiegen ist. Erklärt wird dieses Verhalten mit Hilfeleistungen, die der Geberhaushalt benötigt und vom Empfängerhaushalt zu bekommen versucht. Wie bereits erläutert ist es nahezu unmöglich familiäre Betreuungsleistungen in adäquater Form am Markt zu erstehen, da sie vor allem die gegenseitige Kenntnis über Vorlieben und eine vertraute, emotionale Bindung zueinander umfassen (Jürges, 1999).

Vor diesem Hintergrund stützen zwei US-amerikanische Studien die These des strategischen Austauschmotivs (Cox, 1987; Cox & Jakubson, 1995). Sie untersuchen Transferzahlungen zwischen Familienhaushalten und zeigen, dass die Höhe der empfangenen Geldleistungen positiv mit dem Einkommens- (Cox, 1987) bzw. Bildungsniveau (Cox & Jakubson, 1995) des Empfängerhaushaltes zusammenhängt.<sup>34</sup>

Die amerikanischen Befunde werden auch von deutschen Daten gestützt. Auf Datenbasis des SOEP quantifiziert Jürges (1999) einen positiven Zusammenhang zwischen der Höhe der finanziellen Transfers von Eltern und dem durchschnittlichen Jahreseinkommen ihrer Kinder. Darüber hinaus berichten Kohli et al. (1999) in ihrer Untersuchung des Deutschen Alterssurveys (DEAS), dass die Höhe der Geldleistungen von Eltern an ihre Kinder positiv mit der Kontakthäufigkeit zusammenhängen.

Zusammenfassend sind die Studienergebnisse nicht ausschließlich mit altruistischen Motiven der Eltern für ihre Transferzahlungen zu erklären, sondern sprechen vielmehr für strategische Motive im interfamiliären Austausch. Es bleibt jedoch ungeklärt, ob diese Strategie effektiv ist. Das heißt, die Frage, ob Pflegeleistungen im familiären Um-

---

<sup>34</sup> Das Bildungsniveau wird häufig als Näherungsmaß für das Verdienstpotezial am Markt herangezogen und approximiert deshalb das Einkommensniveau des Haushalts.

feld käuflich sind und damit auch die potenziellen Pflegepersonen strategisch agieren, ist empirisch nicht zweifelsfrei zu beantworten.

Unabhängig von den genauen Beweggründen verursacht eine informelle Pflegeübernahme Kosten, auf die in den nachfolgenden Abschnitten näher eingegangen wird.

### 3.6 Empirische Evidenz für die Kosten der informellen Pflege

In diesem Kapitel werden die ökonomischen Effekte, die durch Angehörigenpflege hervorgerufen werden können, betrachtet. Sie wirken in verschiedene Richtungen, wodurch Kosten bei den unterschiedlichsten Akteuren im Pflegekontext entstehen können. Der weitaus größte Teil der Studien geht der Frage nach, ob Erwerbstätigkeit zu Lasten informeller Pflegeaktivitäten geht. Unumstößlich damit verbunden ist die Diskussion, inwieweit informelle Pflege die Partizipation am Arbeitsmarkt hemmt und zu Einkommensverlusten führt. In den nachfolgenden Abschnitten werden daher die verschiedenen Wirkungsrichtungen und Kosten anhand exemplarisch ausgewählter Studien vorgestellt.

#### 3.6.1 Auswirkungen einer Erwerbstätigkeit auf die informelle Pflegewahrscheinlichkeit

In diesem Abschnitt werden zunächst Studien angeführt, die der Frage nachgehen, ob eine Erwerbstätigkeit die Bereitschaft zur Übernahme von informellen Pflegeaktivitäten schmälert. Der darauffolgende Abschnitt baut auf diesen Erkenntnissen auf und präsentiert Studien, die untersuchen, ob informelle Pflegeaktivitäten die Teilhabe von Pflegenden am Arbeitsmarkt einschränkt. Es werden also zwei interdependente Wirkungsrichtungen isoliert voneinander betrachtet.

Die meisten Untersuchungen konzentrieren sich auf Frauen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren, da sie häufiger als Männer in informelle Pflegearbeiten eingebunden sind und verstärkt mit einer Pflegenachfrage im familiären Umfeld konfrontiert sind. Vorweggenommen würde ein negativer Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und informeller Pflege die Sorge rechtfertigen, dass ein Anstieg der Frauenerwerbsquote zu einem Rückgang informeller Pflegeleistungen führt.<sup>35</sup>

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die US-amerikanische Studie von Pavalko und Artis (1997) verwiesen, die Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren hinsichtlich Erwerbstätigkeits- und Pflegestatus für die Jahre 1984 bis 1987 untersucht. Konkret analysieren die Autoren den Effekt von Erwerbstätigkeit, Arbeitsstunden, Löhnen und Arbeits-

---

<sup>35</sup> Für einen Überblick über die dazu durchgeführten Prognosen siehe Kapitel 4.1.2.

zufriedenheit auf die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegeleistungen anzubieten. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass weder der Erwerbstätigkeitsstatus noch die berufliche Stellung daraufhin wirken, ob Frauen informelle Pflegeleistungen aufnehmen oder nicht.

Konträr dazu kommen Carmichael et al. (2010) in einer groß angelegten Untersuchung auf Basis von 14 Datensätzen des Britischen Haushaltspanels (BHPS) zu dem Schluss, dass sowohl der Erwerbsstatus als auch die Höhe des Einkommens einen negativen Effekt auf die Bereitschaft informell zu pflegen hat.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die britische Studie Frauen und Männer im Alter von 19 bis 64 Jahren umfasst. Das heißt die unterschiedliche Geschlechts- und Altersstruktur sowie die unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkte im Erwerbsverlauf könnten die vermeintlich widersprüchlichen Ergebnisse der beiden Studien erklären. Es bleibt dennoch festzuhalten, dass es vorerst keine zweifelsfreie Evidenz zu den Effekten von Erwerbstätigkeit auf das Angebot informeller Pflegearbeit gibt.

Eine weiterführende Betrachtung dieses Sachverhalts erfolgt im nächsten Teilkapitel, das sich mit den (umgekehrten) Wirkungen der Übernahme informeller Pflegeleistungen auf Erwerbstätigkeitsstatus und Einkommen auseinandersetzt.

### 3.6.2 Auswirkungen von informeller Pflege auf Erwerbstätigkeitsstatus und Einkommen

Die meisten Studien zur Auswirkung informeller Pflegearbeit auf Erwerbstätigkeit und Verdienst konzentrieren sich ebenfalls auf Frauen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Zum einen stellt sich in dieser Phase für Frauen häufig die Frage nach dem Wiedereinstieg ins Berufsleben. Zum anderen kann es in diesem Alter bereits zur vorzeitigen Verrentung kommen. Daher wird oftmals nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigungsaufnahme, sondern auch die der Beschäftigungsbeendigung auf Grund einer Übernahme informeller Pflegeleistungen untersucht. Zusätzlich ist die Auswirkung auf den Umfang der Erwerbsarbeit, die Verdienstmöglichkeiten und die weiteren beruflichen Aussichten Gegenstand vieler Untersuchungen (Schneider, 2006).

Da die Studie von Carmichael und Charles (1998) häufig als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten dient, wird diese zu Beginn ausführlich vorgestellt. Betrachtet wird eine Subpopulation von britischen Frauen im Alter zwischen 21 und 59 Jahren, die hinsichtlich des Gesamteffektes von informeller Pflege auf die Erwerbstätigkeit unter-

sucht wird. Der Gesamteffekt lässt sich in verschiedene Teileffekte zerlegen, die einleitend kurz beschrieben werden.

Erstens kann es aufgrund des begrenzten Zeitbudgets der Pflegeperson zum Zeitkonflikt zwischen informeller Pflege und Erwerbsarbeit kommen. Dies kann dazu führen, dass Erwerbszeit durch Pflegezeit substituiert wird. Es entstünde ein sogenannter Substitutionseffekt. Zweitens verweisen die Autorinnen darauf, dass durch informelle Pflege auch die finanziellen Aufwendungen der Pflegehaushalte steigen, wodurch ein Anreiz entsteht, mehr Erwerbsarbeit zu leisten.<sup>36</sup> Dieser Wirkungsmechanismus wird als Einkommenseffekt bezeichnet, da das verfügbare Einkommen aufgrund informeller Pflegetätigkeiten aufgestockt werden würde. Drittens kann Erwerbsarbeit als Ablenkung von den informellen Pflegeaufgaben verstanden werden. Je stärker die Pflegebelastung, desto größer wäre der Erholungseffekt, der durch Erwerbsarbeit hervorgerufen würde.<sup>37</sup>

Im Ergebnis wirkt sich Carmichael und Charles (1998) zufolge eine Pflegeverantwortung positiv auf die Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit aus. Das heißt der Einkommens- und Erholungseffekt dominiert zunächst den Substitutionseffekt. Nichtsdestotrotz reduzieren informell Pflegende die Anzahl der Erwerbstunden, wonach der Substitutionseffekt den Einkommenseffekt übersteigt. Gleichzeitig wirkt sich informelle Pflege negativ auf den Stundenverdienst aus. Es können also Einkommensverluste aufgrund informeller Pflege auftreten. Wie hoch diese ausfallen hängt maßgeblich davon ab, wie viele Pflegestunden anfallen. Die Untersuchung zeigt, dass Erwerbstätige, die mindestens 20 Stunden informelle Pflege pro Woche leisten, circa 10% weniger pro Stunde verdienen als Erwerbstätige ohne Pflegeverantwortung.

Die vorgestellten Ergebnisse wurden von beiden Autorinnen in späteren Arbeiten nochmals hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede untersucht. Demnach sinkt die Wahrscheinlichkeit der Erwerbsbeteiligung ab zehn informellen Pflegestunden pro Woche um 12,9% bei Männern und um 27,0% bei Frauen. Ursächlich hierfür sind bei Männern die verschlechterten Verdienstaussichten, bei Frauen hingegen die limitierten zeitlichen Budgets (Carmichael & Charles, 2003a, 2003b).

Im Nachfolgenden werden die skizzierten Wirkungsrichtungen mit einer breiteren Basis an empirischen Befunden untermauert. Die am häufigsten auftretenden Effekte sind,

---

<sup>36</sup> Zu den finanziellen Aufwendungen von Pflegehaushalten siehe Kapitel 3.6.5.

<sup>37</sup> Es kann diskutiert werden, inwieweit Erwerbsarbeit der Erholung von physisch und psychisch belastender Pflegeaufgaben dient. Dies geht jedoch über den Untersuchungsgegenstand der Arbeit hinaus.

wie von Carmichael und Charles (1998) beschrieben, Substitutions- und Einkommenseffekte (vgl. Heitmueller, 2007; Hohmeyer et al., 2012).

Die systematische Literaturrecherche von Lilly et al. (2007) kommt zu dem Ergebnis, dass informelle Pflege im Allgemeinen mit einer moderaten Reduktion der Erwerbsarbeitszeit verbunden ist. Differenzierter betrachtet hat eine zeitintensivere Pflegeverantwortung signifikant negative Auswirkungen auf die geleisteten Erwerbsstunden und die Erwerbstätigkeitsquote von Pflegenden (ebd.).

Van Houtven et al. (2013) kommen zum Schluss, dass Frauen, die ihre Arbeitszeit aufgrund informeller Pfl egetätigkeiten um drei bis zehn Stunden reduzieren, ungefähr drei Prozent weniger verdienen als nicht-pflegende Frauen.

In einer europaweiten Vergleichsstudie auf Basis des Europäischen Haushaltspanels (ECHP) findet Viitanen (2010) heraus, dass informelle Pflege die Erwerbswahrscheinlichkeit nur bei Frauen in Deutschland signifikant reduziert.

Eine frühere Studie von Spieß und Schneider (2003) analysiert denselben Datensatz hinsichtlich der Veränderung der wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit in Reaktion auf sich verändernde informelle Pflegeaufgaben. Die Autorinnen kommen zu dem Ergebnis, dass ein Anstieg der informellen Betreuungspflichten negativ mit der wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit korreliert. Wird die Intensität der informellen Pflege jedoch reduziert oder die Pfl egetätigkeit gar beendet, bleibt dies ohne Effekt auf die Erwerbsarbeitszeit. Die Autorinnen interpretieren diesen Umstand als Anzeichen für unumkehrbare Anpassungen der Erwerbsarbeitszeit. Zum gleichen Ergebnis kommen ihre amerikanischen Kollegen auf Basis der Health and Retirement Study (HRS) im Jahr 2017 (Gonzales et al., 2017).

Spieß und Schneider (2003) zeigen außerdem auf, dass Änderungen im Pflegearrangement einen negativen Effekt auf die Erwerbsarbeitszeit von Frauen in nordeuropäischen Ländern hat, während eine erhöhte Pflegeintensität in *bestehenden* Pflegearrangements nur bei Frauen aus südeuropäischen Ländern einen signifikant negativen Effekt hervorruft. Schneider (2006) begründet das Ergebnis ihrer eigenen Untersuchung damit, dass in nordeuropäischen Ländern das formelle Pflegeangebot größer ist. Demnach reagieren Frauen in Nordeuropa nur bei Pflegebeginn mit einer Arbeitszeitreduktion und greifen bei einer Intensivierung des Pflegebedarfs zusätzlich auf formelle Pflegeangebote zurück.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden unter anderem von Ciani (2012) und Heger (2014) gestützt. Letztere findet in ihrer europaweiten Untersuchung heraus, dass sich die Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit aufgrund informeller Pflege signifikant reduzie-

ren kann, aber nur in den Ländern, in denen keine oder nur geringe formelle Pflegeangebote zur Verfügung stehen.

Länderspezifische Studien für Deutschland sind noch immer rar und werden im Nachfolgenden kurz umrissen. Alle nachstehend angeführten Deutschland-spezifischen Untersuchungen greifen auf Daten des SOEP zurück.

Meng (2009) quantifiziert einen signifikanten, aber kleinen negativen Effekt von informeller Pflege auf die Erwerbsarbeitszeit von Frauen und Männern. Die Arbeitszeit von Frauen reduziert sich beispielsweise um 35 Minuten, wenn 10 Stunden zusätzliche informelle Pflegearbeit geleistet werden. Die grundlegende Wahrscheinlichkeit erwerbstätig zu sein, ändert sich jedoch nicht (Meng, 2013).

Weitere Analysen zeigen, dass informelle Pflege mit Einkommenseinbußen verbunden ist, die sich über den Zeitverlauf hinweg manifestieren (Schmitz & Westphal, 2017). Hohmeyer et al. (2012) spricht in diesem Zusammenhang von einem auftretenden Diskriminierungseffekt.

Kaschowitz (2015) untersucht den Einfluss der Pflegeverantwortung von Frauen auf das Arbeitsangebot ihrer Partner. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass eine Pflegeübernahme mit dem Erwerbsstatus des Partners zusammenzuhängen scheint, da die Arbeitszeit von Männern pflegender Partnerinnen höher ist als die der Vergleichsgruppe, in der die Partnerinnen nicht pflegen.

Eine weitere Untersuchung zeigt die signifikante positive Kausalität zwischen informeller Pflege und der Anzahl an Fehltagen am Arbeitsplatz. Die Anzahl an Fehltagen der informellen Pflegeperson erhöht sich darüber hinaus mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit der zu betreuenden Person (Roller et al., 2016).

Geyer und Korfhage (2018) evaluieren zudem den Effekt der Einführung der SPV im Jahr 1995 auf das Arbeitsangebot von informell Pflegenden. Sie weisen einen starken negativen Kausaleffekt von informeller Pflege auf das Arbeitsangebot von Männern, nicht aber auf das von Frauen, nach. Im spezifischen Kontext der SPV argumentieren die Autoren, dass die Transferzahlungen der SPV vornehmlich älteren Männern Anreize bietet den Arbeitsmarkt zu verlassen und informell zu pflegen.

Zusammengefasst deuten die zusammengetragenen Ergebnisse darauf hin, dass in der Entscheidungsfindung der Pflegehaushalte ein interdependentes Verhältnis zwischen angebotenen Arbeits- und Pflegestunden vorliegt (vgl. Wolf and Soldo, 1994). Wie genau sich die Effekte ausgestalten scheint jedoch vom Alter, Geschlecht, der Erwerbshistorie und nicht zuletzt den konstitutionellen Rahmenbedingungen abzuhän-

gen (Heger & Korfhage, 2018). Nur so ist zu erklären, dass einige Studien zu vermeintlich widersprüchlichen Ergebnissen kommen.

Um dennoch eine ungefähre Vorstellung über die Höhe der möglichen Einkommens-einbußen zu bekommen, soll an dieser Stelle kurz auf eine US-amerikanische und eine deutsche Studie eingegangen werden. Gemäß Johnson und Lo Sasso (2000) reduzieren informelle Pflegerinnen ihr Arbeitsangebot in den USA um 460 Stunden pro Jahr, was mit einem Einkommensverlust von umgerechnet 8.000 Euro einher geht. Mit Blick auf Deutschland bestimmen Wolf und Schneider (2006) auf Basis des ECHP einen entgangenen Bruttoverdienst für erwerbstätige informell Pflegende von jährlich 1.890 Euro und für nicht-erwerbstätige informell Pflegende von 6.136 Euro.

In Anlehnung an die Einkommensverluste, die durch informelle Pflēgetätigkeiten entstehen können, beschäftigt sich der nachfolgende Abschnitt mit den Auswirkungen von informeller Pflege auf den Fiskus.

### 3.6.3 Auswirkungen von informeller Pflege auf den Fiskus

Die in den voran gegangenen Kapiteln vorgestellten Studien implizieren, dass häusliche Pflege auch ökonomische Auswirkungen auf den Fiskus haben könnte. Diese sogenannten fiskalischen Effekte sind trotz verstärkter Debatten über den komparativen Kosten-Nutzwert von informeller und formeller Pflege bisher kaum Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Dabei könnten informelle Pflēgetätigkeiten den Fiskus in mehreren Richtungen beeinflussen. Zum einen würde eine Reduktion oder Aufgabe der Erwerbsarbeit zu einem Lohn- und damit Einkommensteuerrückgang führen. Dies beträfe ebenso die Höhe der gezahlten Sozialversicherungsbeiträge. Zum anderen könnten die staatlichen Transferzahlungen – insbesondere die Sozialleistungen – aufgrund informeller Pflēgetätigkeiten zunehmen. Umgekehrt kann Angehörigenpflege auch als Substitut für formelle Pflege verstanden werden, wonach informelle Pflegeaktivitäten die pflegebezogenen Staatsausgaben mutmaßlich reduzieren würden.

Im Folgenden werden daher Studien angeführt, die sich mit den oben genannten Aspekten auseinandersetzen.

In einer aus England stammenden Studie beschäftigen sich die Autoren mit der Frage, wie hoch die öffentlichen Ausgaben aufgrund informeller Pflege sind. Mittels einer multivariaten Analyse von Paneldaten kommen sie zu dem Schluss, dass geschätzte 345.000 Menschen auf Grund von informellen Pflēgetätigkeiten den Arbeitsmarkt in England verlassen, wodurch Kosten für den Fiskus in Höhe von 2,9 Milliarden Pfund entstehen. Anteilig entfallen 1,7 Milliarden Pfund auf Transferzahlungen, die aus den

Töpfen der Sozialversicherung getilgt werden. Weitere Kosten in Höhe von 1,2 Milliarden Pfund entstehen durch entgangene Steuereinnahmen (Pickard et al., 2018).

Die Autoren schlussfolgern, dass größere Investitionen aus öffentlicher Hand zur Unterstützung von informell Pflegenden zu einem Rückgang der Transferzahlungen und zeitgleich zu einer Erhöhung der Steuereinnahmen führen würde. Konkret schlagen sie den Ausbau der formellen Pflege als effektive Unterstützungsmaßnahme vor (Pickard et al., 2015). Diese Forderung lässt jedoch die Frage nach dem realen Kosten-Nutzen-Verhältnis von informeller Pflege aus staatlicher Sicht offen.

Der Frage nach dem realen Kosten-Nutzen-Verhältnis geht Jacobs et al. (2013) in einer Kosten-Nutzen-Analyse für Kanada nach. Darin berücksichtigen die Autoren drei Kostenpunkte, die aus staatlicher Perspektive relevant sind. Erstens die staatlichen Ausgaben für Pflegeheime (formelle Pflege), zweitens entgangene Einkommensteuern aufgrund einer geringeren Erwerbstätigenquote bei informell Pflegenden und drittens die getätigten Transferzahlungen an Pflegebedürftige (informelle Pflege) aus dem Budget der Sozialversicherung. Als Nutzen ist die Reduzierung der staatlichen Ausgaben für Pflegeheime definiert.

Im Ergebnis zeigt sich, dass ab 15 informell geleisteten Pflegestunden pro Woche die Staatseinnahmen um 2.054 kanadische Dollar pro Pflegeperson zurückgehen. Die Gesamtkosten werden auf 641 Millionen kanadische Dollar geschätzt. Konträr dazu wird der Nutzen auf 4,4 Milliarden kanadische Dollar geschätzt. Im kanadischen Gesundheitssystem dominiert also der Nutzen informeller Pflege die Kosten. Als Hauptkostentreiber wird der Rückgang der Erwerbstätigenquote genannt und damit ein positiver Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Anzahl an geleisteten Pflegestunden quantifiziert. Außerdem verweisen die Autoren darauf, dass formelle und informelle Pflege keine Substitute sind, sondern vielmehr in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen (Jacobs et al., 2013). Diese Schlussfolgerung deckt sich unter anderem mit den Ergebnissen von Motel-Klingebiel et al. (2005), wonach in Ländern mit einem starken formellen Pflegesektor auch das informelle Pflegeangebot vergleichsweise groß ist.

Da Steuer- und Sozialversicherungssysteme sehr länderspezifisch sind und sich die staatliche Organisation der Pflege mitunter stark zwischen den einzelnen Ländern unterscheidet, richtet sich im Folgenden der Blick auf Studien, die die fiskalischen Wirkungen der Angehörigenpflege im institutionellen Setting des deutschen Wohlfahrtsystems untersuchen.

Basierend auf einem Strukturgleichungs- und Verhaltensmodell finden Geyer und Korfhage (2015) heraus, dass ein einprozentiger Anstieg in Pflegegeld- und Sachleistungen zu einem Anstieg von 0,06% der durchschnittlich geleisteten Erwerbsstunden führt.<sup>38</sup> Hingegen führt ein einprozentiger Anstieg von ausschließlich Pflegegeldleistungen zu einer Reduktion von 0,46% der durchschnittlich geleisteten Erwerbsstunden. Es zeigt sich also ein geringer positiver Effekt von Pflegegeld- und Sachleistungen auf das Arbeitsangebot, während ausschließlich Pflegegeldleistungen einen signifikant negativen Effekt auf das Arbeitsangebot hervorrufen. Steigen anschließend beide Leistungen wieder an, werden die negativen Effekte auf das Arbeitsangebot weitgehend kompensiert. Das heißt, eine Erhöhung der Pflegegeld- und Sachleistungen könnte Auswirkungen auf die Steuereinnahmen, die gezahlten Sozialversicherungsbeiträge sowie die getätigten Transferzahlungen haben.

Um diese Hypothese zu überprüfen, adaptieren Geyer et al. (2017) das oben thematisierte Strukturgleichungs- und Verhaltensmodell. Neben den Effekten von informeller Pflege auf das Arbeitsangebot berücksichtigen die Autoren zusätzlich die Entscheidung zum jeweiligen Pflegearrangement. Im Ergebnis quantifizieren sie die fiskalischen Effekte der SPV.<sup>39</sup>

Konkret wird eine hypothetische Pflegereform simuliert, bei der die Pflegegeldzahlungen gestrichen und durch Subventionen für formelle Pflege in Höhe des gestrichenen Pflegegeldes ersetzt werden. Die Umschichtung der Pflegegeldleistungen führt bei informell Pflegenden zu einem durchschnittlichen Anstieg der Arbeitsmarktstunden um 11,6% und einem Anstieg der Erwerbstätigenquote um 4 Prozentpunkte. Diese Arbeitsmarkteffekte haben signifikante Auswirkungen auf Einkommensteuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträge und Transferleistungen. Genau genommen steigen die Staatseinnahmen um mehr als 400 Euro pro Pflegehaushalt und Jahr. Damit entsprechen die (indirekten) fiskalischen Effekte 14% der direkten Kosten. Unter direkten Kosten wird in der Analyse der Betrag der umverteilten Pflegesubventionen verstanden (Geyer et al., 2017).

Die Autoren argumentieren, dass bei der Konzeption von Anreizsystemen in der SPV nicht nur die direkten Kosten berücksichtigt werden sollten, sondern darüber hinaus auch Kosten, die durch fiskalische Effekte hervorgerufen werden können.

---

<sup>38</sup> Für eine detaillierte Übersicht über die Anspruchsvoraussetzungen und den Leistungsumfang der Pflegeversicherung siehe Kapitel 2.1.1 und 2.1.2.

<sup>39</sup> Geyer et al. (2017) bezeichnen die fiskalischen Effekte als *indirekte fiskalische Effekte*.

In Anlehnung daran findet Korfhage (2019) heraus, dass informelle Pflēgetätigkeiten bei Frauen im Alter zwischen 55 und 67 Jahren negative und nachhaltige Auswirkungen auf das Arbeitsangebot, das im Erwerbsverlauf generierte Erwerbseinkommen sowie künftige Rentenleistungen haben. Diese Effekte rufen, wie bereits von Geyer et al. (2017) gezeigt, fiskalische Kosten hervor. Jedoch schätzt Korfhage (2019) die fiskalischen Effekte aufgrund informeller Pflege erstmals über den gesamten Lebenszeitverlauf.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine Frau, die im Alter von 55 Jahren Pflēgetätigkeiten übernimmt, bis zum Lebensende fiskalische Kosten in Höhe von durchschnittlich 11.402 Euro generiert. Auf Grund der durchschnittlich geringeren Teilhabe am Arbeitsmarkt können die Kosten weiter ansteigen. Demnach erhöhen sich die transferierten Sozialleistungen um 995 Euro (1,57%), während die gezahlten Sozialversicherungsbeiträge um 3.449 Euro (-11,3%) und die Einkommensteuern um 3.145 Euro (-14,4%) zurückgehen. Die Rentenansprüche verringern sich ebenfalls um 1.221 Euro (1%), was aus Sicht des Fiskus ein Gewinn ist. In Summe betragen die ausgewiesenen fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege 17.771 Euro. Sehen sich Frauen erst im späteren Alter von beispielsweise 59 oder 63 Jahren mit einer Pflēgenachfrage konfrontiert, verringern sich dementsprechend die fiskalischen Kosten auf 15.702 Euro bzw. 10.866 Euro (Korfhage, 2019).

Zusammengefasst deuten die bisherigen Ergebnisse zu den fiskalischen Effekten der informellen Pflege daraufhin, dass im deutschen Steuer- und Sozialversicherungssystem ökonomisch signifikante Kosten entstehen. Vor allem dann, wenn berücksichtigt wird, dass zurzeit in Deutschland 2,12 Millionen Menschen zu Hause gepflegt werden (Destatis, 2020a).

Rebeggiani und Stöwhase (2018, S. 96) fassen mit Blick auf die Sozialversicherung die Wirkungsmechanismen von Pflege und Erwerbsarbeit drastischer zusammen. Auf Grundlage des SOEP und Informationen aus der Pflēgestatistik gehen die Autoren der Frage nach, ob die gesparten Aufwendungen für formelle Pflēgeleistungen, die durch informelle Pflege gesunkenen Sozialversicherungsbeiträge dominieren. Sie kommen zu dem Schluss, dass die „Reduktion von Arbeitszeit für die Pflege von Angehörigen (...) sich als eine massive Umverteilung von der Krankenversicherung zur Pflēgeversicherung und für die Sozialversicherung allgemein als ein Verlustgeschäft [erweist]“.

Zusätzlich zu den oben erläuterten Wirkungen zwischen informeller Pflege, Erwerbstätigkeit und Fiskus können arbeitgeberseitige Kosten entstehen, die im nächsten Abschnitt betrachtet werden.

#### 3.6.4 Auswirkungen der Doppelbelastung aus Erwerbsarbeit und Pflegearbeit

Untersuchungen zur Doppelbelastung von Pflege- und Erwerbsarbeit deuten darauf hin, dass pflegende Arbeitnehmende vom Arbeitsplatz aus die häuslichen Pflegeverpflichtungen koordinieren und ihr Arbeitsalltag von ungeplanten Unterbrechungen gekennzeichnet ist. Dies wirkt sich – neben emotionalem Stress – negativ auf die Produktivität der betroffenen Beschäftigten aus (Bäcker, 1998; Gilhooly & Redpath, 1997).

Einige wenige Studien beleuchten die arbeitgeberseitigen Kosten, die aus dieser mangelnden Vereinbarkeit von Pflege- und Erwerbsarbeit resultieren. Sie bemessen Kosten, die durch eine erhöhte Fluktuation, Fehlzeiten und verminderte Produktivität im Unternehmen entstehen.

So kommt eine in den USA durchgeführte Telefonbefragung zu dem Ergebnis, dass mehr als jeder zehnte informell pflegende Erwerbstätige mindestens sechs Arbeitstage im Jahr verpasst. Insgesamt 59% der Befragten geben an, sich aufgrund der Pflegeverantwortung bei der Arbeit zu verspäten oder sie wieder früher zu verlassen. Außerdem benötigten sie längere Pausen. Jeder fünfte kann die verlorene Zeit bei der Arbeit nicht wieder aufholen und verpasst damit in Summe eine Stunde pro Woche bzw. 50 Stunden im Jahr. Bei ungefähr 50% der Befragten kommen zudem Fehlzeiten (Absentismus) in Verbindung mit akut anfallenden Pflegeaufgaben hinzu (MetLife, 1997). Die Ergebnisse spiegeln sich in einer jüngeren Untersuchung aus dem Jahr 2006 wider (MetLife, 2006).

Die jährlichen Kosten pro Beschäftigten, die auf Arbeitgeberseite entstehen, werden wie folgt beziffert: Auf Fehlzeiten entfallen 441 US Dollar, 229 US Dollar an Kosten entstehen durch einen Wechsel von Voll- zur Teilzeitbeschäftigung, 413 US Dollar sind auf eine erhöhte Fluktuation zurückzuführen, 394 US Dollar entstehen durch Arbeitszeitunterbrechungen, 113 US Dollar an Kosten können der Supervision von Pflegetätigkeiten während der Arbeitszeit (Präsenzeismus) zugeordnet werden, 238 US Dollar entstehen durch akute Notfälle und 212 US Dollar kommen durch unbezahlten Urlaub zu Stande. In Summe belaufen sich die arbeitgeberseitigen Kosten pro Beschäftigten auf 2.110 US Dollar im Jahr. Die Autoren schätzen damit die Gesamtkosten für Arbeitgeber in den USA auf 17,1 Milliarden US Dollar im Jahr (MetLife, 1997). Die Berechnung dieser wirtschaftlichen Folgekosten aufgrund informeller Pflege erfolgt auf Basis des Durchschnittsgehalts von Frauen und Männern in den USA.

Arbeitgeberseitige Kosten in Folge von informeller Pflege wurden in Deutschland erstmals auf Basis einer Expertenbefragung im Jahr 2001 quantifiziert. Schneider et al. (2011) greifen in ihrer Untersuchung auf die MetLife-Ergebnisse zurück, modifizieren

aber das Studienkonzept hinsichtlich der Bewertung der Folgekosten. Sie argumentieren, dass aus Unternehmenssicht nicht das Einkommen, sondern vielmehr die verringerte Wertschöpfung von Interesse ist. Ein Unternehmen verliert also im Falle eines „unvereinbarkeitbedingten“ Fehltages nicht das Einkommen, sondern die Wertschöpfungskraft, die in aller Regel über dem Einkommen liegt (Schneider et al., 2011, S. 11).

Die Autoren schätzen die jährlichen Kosten pro Erwerbstätigen, die dem Arbeitgeber durch Wertschöpfungsverluste entstehen, auf 53.414 Euro. Die jährlichen Gesamtkosten für deutsche Arbeitgeber werden in Summe auf knapp 19 Milliarden Euro geschätzt. Davon entfallen 2,79 Milliarden Euro auf den pflegebedingten Erwerbsverzicht, 1,95 Milliarden Euro auf eine erhöhte Fluktuation, 0,45 Milliarden Euro auf die Supervision von Pflegetätigkeiten während der Arbeitszeit, 3,84 Milliarden Euro werden einem pflegebedingten Absentismus zugeschrieben, 0,95 Milliarden Euro entfallen auf einen erhöhten Krankenstand und 8,96 Milliarden Euro sind auf Präsentismus zurück zu führen (Schneider et al., 2011).

Die Berechnungen zeigen, dass den deutschen Unternehmen aufgrund schlechter Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit jährlich Kosten in Höhe von mehreren Milliarden Euro entstehen können.

### 3.6.5 Auswirkungen informeller Pflege auf private Aufwendungen von Pflegepersonen

Vor dem Hintergrund, dass, wie in Kapitel 2.5 erörtert, Pflegende einen niedrigeren sozioökonomischen Status als Nicht-Pflegende haben, sind neben den Kosten, die durch die Interdependenz zwischen Erwerbs- und Pflegearbeit hervorgerufen werden, auch die finanziellen Aufwendungen von Pflegepersonen, die aus der unentgeltlichen Betreuung resultieren, von Interesse.

Zum Beispiel können Kosten für Pflegehilfsmittel, Medikamente oder Krankentransporte anfallen, die nicht von der Pflege- und/oder Krankenversicherung übernommen werden und deshalb über Zuzahlungen oder als Selbstzahlung beglichen werden müssen. Zu diesen liegen bisher nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor, was vor allem daran liegt, dass der reale monetäre Wert für häusliche Pflegearrangements schwer zu ermitteln ist (Hielscher et al., 2017).

Auf Basis einer Telefonumfrage beziffern Schmidt und Schneekloth (2011) die durchschnittlichen privaten Aufwendungen von informell Pflegenden mit 247 Euro pro Monat.

Dieser Wert variiert zwischen monatlich 204 Euro und 337 Euro für die zu diesem Zeitpunkt geltenden Pflegestufen 1 und 3.<sup>40</sup>

Eine weitere Untersuchung auf Basis des SOEP betrachtet die privaten finanziellen Aufwendungen für informelle Pflege differenziert nach Einkommensquartilen. Lungen (2012) zufolge variieren die monatlichen Kosten zwischen 71 Euro in der untersten und 226 Euro in der obersten Einkommensgruppe. Die hier ausgewiesenen Kosten sind also deutlich geringer als bei Schmidt und Schneekloth (2011). Allerdings ist anzumerken, dass im SOEP nur pauschale Kosten für Hilfe und/oder Pflege abgefragt werden.

Deshalb grenzen Hielscher et al. (2017) in ihrer Erhebung die pflegebezogenen Aufwendungen von denen des allgemeinen Lebensunterhalts ab. Mittels einer Telefon- und Onlinebefragung kommen sie zu dem Ergebnis, dass die monatlichen Kosten für informell Pflegende durchschnittlich 229 Euro betragen. Differenziert nach den Pflegestufen 1, 2 und 3 betrachtet, belaufen sich die monatlichen Kosten auf 205 Euro, 184 Euro und 419 Euro. Die Autoren erklären die vergleichsweise geringen Kosten in Pflegestufe 2 damit, dass in den Pflegestufen 1 und 3 nicht ausreichend Pflegegeld – im Verhältnis zur Pflegebelastung – bereitgestellt wird.

Zusammenfassend kommen die bisherigen Abschätzungen zu teilweise stark variierenden Ergebnissen. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass in den vorliegenden Studien nicht trennscharf zwischen rein privaten Aufwendungen und Kosten, die über die Transferleistungen der Pflegeversicherung abgedeckt sind, unterschieden wird. Zudem bleibt die Frage offen, inwiefern pflegende Angehörige selbst finanzielle Zuwendungen erhalten (Hielscher et al., 2017).

Abschließend werden die empirisch gewonnenen Erkenntnisse über die Beweggründe und Kosten der informellen Pflege resümiert und kritisch reflektiert. Daran anknüpfend wird dargelegt, in welcher Hinsicht beim Thema informelle Pflege ein offener Forschungsbedarf besteht. Die Forschungslücke dient dem Aufstellen einer Forschungsfrage, der im weiteren Verlauf der Arbeit nachgegangen werden soll.

### 3.7 Zwischenfazit: Forschungsstand, -bedarf und -frage

Das Hauptaugenmerk der angeführten Studien liegt auf der informellen Pflege älterer Menschen. Dies hat zwei Gründe. Zum einen tritt Pflegebedürftigkeit vornehmlich im Alter auf. Zum anderen oder gerade deswegen machen Studien zur Pflege älterer Menschen den Großteil der vorhandenen Pflegeliteratur aus. Besonders häufig ist das

---

<sup>40</sup> Für eine detaillierte Übersicht über die Anspruchsvoraussetzungen und den Leistungsumfang der Pflegeversicherung siehe Kapitel 2.1.1 und 2.1.2.

Erwerbsverhalten von pflegenden Frauen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren Gegenstand der Untersuchungen, da sie verstärkt die Pflegeverantwortung für Eltern, Schwiegereltern oder Partner übernehmen.<sup>41</sup>

Die frühe pflegewissenschaftliche Literatur der 1980er Jahre stammt primär aus den USA und Großbritannien, beides Länder mit sehr liberalen Wohlfahrtssystemen (Harberkern & Szydlík, 2010). Erst ab den 2000er Jahren verdichtet sich die Studienlage in EU-Ländern und insbesondere in Deutschland. Nachfolgend wird der bisherige Forschungsstand zusammengefasst und kritisch reflektiert.

Die Betreuung und Pflege von Angehörigen haben eine große, volkswirtschaftliche Relevanz in Deutschland (siehe Kapitel 3.4). Daran zeigt sich nicht zuletzt, wie wichtig eine sach- und fachgerechte Bewertung der Beweggründe und Kosten informeller Pflege ist.

Die empirische Evidenz zu den Beweggründen einer Übernahme von informellen Pflegeleistungen ist nicht zweifelsfrei. Zwar scheinen Pflegebedürftige vornehmlich strategisch motiviert zu sein, die konkrete Motivlage bei Pflegenden – altruistisch oder strategisch – bleibt jedoch offen (siehe Kapitel 3.5). Neben den Beweggründen einer informellen Pflegeübernahme ist in der Literatur vor allem das Spannungsfeld zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit von Interesse.

Studien, die die Wirkung von Erwerbsarbeit auf die Wahrscheinlichkeit hin untersuchen, Pflegeleistungen zu übernehmen, kommen teils zu widersprüchlichen Ergebnissen (siehe Kapitel 3.6.1). Daneben deuten die empirisch gewonnenen Erkenntnisse zu den Auswirkungen einer Pflegeverantwortung auf die Partizipation am Arbeitsmarkt auf ein interdependentes Verhältnis von Pflege- und Erwerbsarbeitsstunden hin. Informelle Pflege scheint im Allgemeinen mit einer moderaten Reduktion der Erwerbsarbeitszeit verbunden zu sein. Wie genau sich die Wirkungen ausgestalten hängt jedoch maßgeblich von der Geschlechts- und Altersstruktur des Untersuchungssamples sowie den institutionellen Rahmenbedingungen ab (siehe Kapitel 3.6.2). Durch die Wirkungen zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit entstehen Kosten, die bei den unterschiedlichsten Akteuren im Pflegekontext anfallen.

Eine Reduktion der Arbeitszeit führt zu unmittelbaren und nachhaltigen Einkommenseinbußen bei der Pflegeperson, die sich nicht zuletzt auch auf den Fiskus auswirken (siehe Kapitel 3.6.2 und 3.6.3). Zudem können hohe arbeitgeberseitige Kosten aufgrund vermehrter Fehltagel oder Fluktuationen – hervorgerufen durch Pflegeaufgaben

---

<sup>41</sup> Für eine ausführliche Betrachtung dieses Sachverhalts siehe Kapitel 2.5.1.

– entstehen (siehe Kapitel 3.6.4). Es kann zusätzlich zu privaten Aufwendungen im Zusammenhang mit der Pflegeverantwortung kommen, die in ihrer Höhe jedoch nur schwer zu quantifizieren sind (siehe Kapitel 3.6.5).

Zusammengefasst lassen die gewonnenen Erkenntnisse keine allgemeingültige Schlussfolgerung zur Ökonomie der informellen Pflege zu. Dies ist vor allem auf die zur Verfügung stehenden Daten und die damit verbundenen methodischen Anforderungen zurückzuführen, die im Nachfolgenden kritisch beleuchtet werden.

Neben der Geschlechts- und Altersstruktur des Untersuchungssamples und den institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst auch das gewählte Studiendesign die Ergebnisse. Zum Beispiel sind Rückschlüsse auf Kausalzusammenhänge bei Querschnittsstudien nur eingeschränkt möglich. Das heißt die genaue Wirkungsrichtung der ökonomischen Effekte von informeller Pflege bleibt ungewiss, da beispielsweise keine Informationen darüber vorliegen, ob die Erwerbsarbeit bereits vor der Pflegeübernahme aufgegeben wurde oder nicht.

Während sich die meisten der in Kapitel 3.6.2 angeführten Studien auf Querschnittsdaten stützen und daher den oben erwähnten Limitationen unterliegen, wurden ihre Ergebnisse im Laufe der Zeit durch vereinzelt durchgeführte Längsschnittuntersuchungen verifiziert (vgl. Berecki-Gisolf et al., 2008; Heitmueller & Inglis, 2007; King & Pickard, 2013).

Ein weiteres methodisches Problem, das nahezu allen Querschnitt- und Längsschnittanalysen gemein ist, ist das sogenannte Endogenitätsproblem.<sup>42</sup> Heitmueller (2007) beschreibt dieses Phänomen ausführlich in seiner Arbeit. Er weist daraufhin, dass die quantifizierten Effekte von informeller Pflege auf die Erwerbsbeteiligung geringer ausfallen, sobald für unbeobachtete Heterogenität bei der Analyse kontrolliert wird. Es besteht demnach nicht zwingend ein kausaler Zusammenhang zwischen informeller Pflege und Erwerbstätigkeit. Vielmehr scheint die Pflege- und Arbeitsmarkentscheidung durch Endogenität erklärt zu werden. Das bedeutet, der voran gegangene Lebensverlauf beeinflusst maßgeblich die jeweilige (Pflege)entscheidung (vgl. Czaplicki, 2012; Viitanen, 2010).

An diesem Punkt setzen Unger und Rothgang (2013) an. Sie untersuchen anhand des Alterssicherungsniveaus von pflegenden Frauen, ob diese einen weniger erwerbszentrierten Lebensverlauf aufweisen als solche, die nicht pflegen. Die Autoren beschreiben diese Möglichkeit als Selektionseffekt. Sie zeigen, dass die Unterschiede bei

---

<sup>42</sup> Das Endogenitätsproblem ist die Korrelation der erklärenden Variable mit dem Fehlerterm des Modells.

der Erwerbsbeteiligung und Erwerbsarbeitszeit zwischen Pflegenden und Nicht-Pflegenden zu Pflegebeginn am größten sind und schließen daraus, dass die Selektionseffekte gegenüber den Kausaleffekten überwiegen.

Bezugnehmend auf die in Kapitel 3.3 angestellten Überlegungen zur Effektivität staatlicher Transferleistungen bei häuslicher Pflege bleibt Folgendes festzuhalten. Die Motivlage der Pflegenden kann die Wirksamkeit von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen nicht eindeutig erklären, da die Motivlage empirisch nicht zweifelsfrei belegt ist. Die gewonnenen Erkenntnisse zu den ökonomischen Auswirkungen deuten jedoch darauf hin, dass staatliche Unterstützungsleistungen Auswirkungen auf die Produktion und Kosten der informellen Pflege haben. Im Ergebnis liegt ein interdependentes Verhältnis von formeller Pflege und Angehörigenpflege vor, womit sich die Crowding-in-Hypothese und damit die Effektivität staatlicher Transferleistungen bestätigen dürfte (vgl. Haberkern & Szydlik, 2008; Keck, 2008; Künemund & Vogel, 2006).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass ein interdependentes Verhältnis zwischen informeller Pflege- und Erwerbsarbeit vorliegt. Gleichzeitig verhalten sich informelles und formelles Pflegeangebot komplementär zueinander. Das bedeutet zum Beispiel, dass in Teilzeit beschäftigte Personen eher dazu bereit und/oder in der Lage sind Pflegeaufgaben zu übernehmen. Vollzeitbeschäftigte präferieren hingegen formelle Pflegeleistungen für ihre Angehörigen. Sie bieten also weniger oder gar keine informelle Pflegeleistungen an. Außerdem führt ein starker formeller Pflegesektor nicht zwangsläufig zum Rückgang des informellen Pflegeangebots, sondern komplementiert es vielmehr.

Für eine geeignete Pflegepolitik ist es vor dem Hintergrund des arbeitsmarktzentrierten Wohlfahrtssystems in Deutschland unerlässlich, die ökonomischen Auswirkungen informeller Pflegetätigkeiten auf Individuum, Staat und Gesellschaft weiterhin zu untersuchen. Dabei bleibt das Kernproblem die adäquate Modellierung der Entscheidungsfindung zur informellen Pflege im Lebenszeitverlauf und damit die Quantifizierung der daraus resultierenden ökonomischen Auswirkungen.<sup>43</sup>

Die Darstellung des bisherigen Forschungsstandes verdeutlicht, dass die Entscheidungsfindung zur Übernahme von informellen Pflegetätigkeiten – insbesondere vor dem Hintergrund der Erwerbstätigkeit – komplex ist. Nicht zuletzt aufgrund der limitierten Verfügbarkeit von Längsschnittdaten sind daher Studien, die einen zeitlichen und

---

<sup>43</sup> Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass dieses Problem hauptsächlich auf limitierte Datenverfügbarkeiten und/oder den hohen computerbasierten Rechenaufwand bei solchen Modellierungen zurückzuführen ist (vgl. Czaplicki, 2019; Korfhage, 2019).

inhaltlichen Zusammenhang von Pflege- und Arbeitsmarktentscheidungen abbilden, die Ausnahme. Die Mehrheit der Studien konzentriert sich auf einen bestimmten Zeitpunkt im Erwerbsverlauf bzw. der Pflegephase. Die meisten Untersuchungen fokussieren sich dabei auf Frauen mittleren Alters. Die zuvor beschriebenen methodischen Komplexitäten lassen außerdem Zweifel an der Belastbarkeit der Ergebnisse zu. Es kann attestiert werden, dass die ökonomischen Effekte der informellen Pflege – trotz vorliegender Untersuchungsergebnisse – in ihrer Gesamtwirkung weithin ungewiss bleiben.

In Summe fehlt es an Studien, die die ökonomischen Auswirkungen von informeller Pflege geschlechtsspezifisch und unter Berücksichtigung des gesamten Erwerbs- und Lebensverlaufs untersuchen. Insbesondere fiskalische Kosten, die aus der Übernahme von informellen Pflegeleistungen resultieren, stellen einen unterbeleuchteten Aspekt dar. Nach bisherigem Kenntnisstand gibt es für Deutschland lediglich eine Studie, die die fiskalischen Kosten für pflegende Frauen im Alter zwischen 55 und 67 Jahren schätzt (vgl. Korfhage, 2019). Hier ist also eine Lücke im gegenwärtigen Forschungsstand, die einen Bedarf an weiteren Untersuchungen zum Thema informelle Pflege und fiskalische Kosten induziert.

Die im vorherigen Abschnitt identifizierte Forschungslücke ist insofern auch von großer gesellschaftspolitischer Relevanz, als dass die Anzahl der Pflegebedürftigen wegen des demografischen Wandels mittelfristig stark ansteigen wird (vgl. u.a. Nowossadeck, 2013). Um den Anstieg des Pflegebedarfs decken zu können, ist eine Ausweitung des Pflegeangebots in Form stationärer, ambulanter oder informeller Pflege notwendig. Der Gesetzgeber zieht die kostengünstigste Alternative, die häusliche Pflege, der stationären Pflege vor (§3 SGB XI). Diese politische Maxime könnte jedoch auf einem ökonomischen Fehlschluss beruhen (Schnabel, 2007), da durch informelle Pflege – wie oben aufgezeigt – erhebliche Mehrkosten bei Individuum, Staat und Gesellschaft entstehen. Heitmann-Möller et al. (2020) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zukünftig immer mehr informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter sein könnten, für die sich ein Spannungsfeld aus Erwerbstätigkeit und Pflege ergibt. Hieran schließt sich unter anderem die Diskussion zur zukünftigen steuer- und/oder beitragsfinanzierten Form der Pflegeversicherung an (vgl. Greß et al., 2020).

Das heißt, zusätzlich zu der identifizierten Forschungslücke gibt es eine gesellschaftliche und damit politische Dimension, die den Forschungsbedarf zu den fiskalischen Kosten der informellen Pflege im Wohlfahrtsstaat Deutschland untermauert. Der skizzierten Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen kann nur dann

entsprechend begegnet werden, wenn fundiertes Wissen über die Wirkungen und Kosten informeller Pflege aus wohlfahrtsstaatlicher Sicht vorliegt.

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet daher wie folgt:

*Welche fiskalischen Auswirkungen sind aufgrund informeller Pflege zukünftig im Wohlfahrtsstaat Deutschland zu erwarten?*

Ziel der Arbeit ist es bereits heute feststellbare Veränderungen in der Pflegeversorgung aufzuzeigen, um so eine Abschätzung der zukünftigen fiskalischen Auswirkungen von informeller Pflege vornehmen zu können. Auf dieser Grundlage sollen Handlungsempfehlungen für Politik und Gesellschaft entwickelt werden.

Dazu werden vier aufeinander aufbauende Teilfragen beantwortet. Sie dienen als konzeptionelle Zwischenstationen, um sich dem Hauptziel der Arbeit inhaltlich und methodisch anzunähern.

1. Wie wird sich der Pflegebedarf entwickeln?
2. Wie wird sich das Pflegeangebot verändern?
3. Wie gestaltet sich der Entscheidungsprozess zur Übernahme von informellen Pflegeleistungen aus?
4. Wie hoch sind die fiskalischen Kosten, die durch eine mögliche Zunahme des informellen Pflegebedarfs im Spannungsfeld von Erwerbstätigkeit und Pflege entstehen?
  - a. Wie wirkt sich die Übernahme von Pflegeleistungen auf die Erwerbstätigkeit und damit Lohnentwicklung aus?
  - b. Wie wirkt sich die Übernahme von Pflegeleistungen auf die fiskalischen Kosten aus?

Um die einzelnen Teilfragen zu adressieren, wird zunächst die zukünftige Entwicklung der Pflegeversorgung nachfrageseitig (Frage 1) und angebotsseitig (Frage 2) betrachtet. Mithilfe dieser Informationen lassen sich konzeptionelle Überlegungen darüber anstellen, wie sich der Entscheidungsprozess zur Übernahme von informellen Pflegeleistungen ausgestaltet (Frage 3). Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Quantifizierung und Extrapolation der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege ein (Frage 4).

Zur Beantwortung der Teilfragen 1 bis 3 werden verschiedene Modellrechnungen vorgestellt, deren Ergebnisse kritisch reflektiert und in den Kontext des Forschungsvorhabens eingeordnet werden (siehe Kapitel 4.1 und 4.2). Die Beantwortung von Teilfrage 4 erfordert die methodische Umsetzung der zuvor gewonnenen Erkenntnisse (Kapitel 2 bis 4.2), sodass in den Kapiteln 4.3 bis 4.9 ein Modell zur Quantifizierung und Extrapo-

lation der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege entwickelt und spezifiziert wird, dessen Simulationsergebnisse in Kapitel 5 präsentiert werden.

## 4 Modellspezifikation: Pflegeübernahme und Erwerbstätigkeit im Steuer- und Sozialversicherungskontext

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit dem Evaluationsdesign zur Quantifizierung von fiskalischen Auswirkungen, die durch Angehörigenpflege entstehen können. Wie bereits in der Einleitung definiert, werden unter fiskalischen Auswirkungen Kosten, das heißt gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge der informell Pflegenden sowie Transferleistungen wie beispielsweise Pflege- oder Arbeitslosengeld, verstanden. Um diese adäquat bemessen zu können, muss zunächst ein geeigneter methodischer Rahmen gefunden werden.

Die Auswahl einer geeigneten Methodik gestaltet sich aufgrund der interdisziplinären sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Fragestellung, sowie der zur Verfügung stehenden Daten schwierig. Zusätzlich wird die Konzeption des Evaluationsdesigns durch die prospektiv ausgerichtete Forschungsfrage erschwert.

Daher werden zunächst Vorausberechnungen zur zukünftigen informellen Pflegenachfrage und -angebot vorgestellt, die Anhaltspunkte für das weitere methodische Vorgehen liefern.

### 4.1 Prognosen zur zukünftigen Pflegeversorgung

Die Pflegenachfrage beschreibt die Zahl an Personen, die Pflege bedürfen und daher Pflegeleistungen in formeller und/oder informeller Form nachfragen. Als Pflegeangebot wird die Zahl an Personen bezeichnet, die Pflegeleistungen anbieten. Der Fokus liegt im Nachfolgenden auf der informellen Pflegenachfrage sowie dem informellen Pflegeangebot.

#### 4.1.1 Informelle Pflegenachfrage

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, ist die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Zuge dessen hat sich auch der relative Anteil derjenigen, die zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, leicht von 49% auf 51% erhöht (Destatis, 2001, 2020a). Die Gesamtentwicklung ist zum einen auf die Größe der pflegerelevanten Alterskohorten und zum anderen auf den Gesundheitszustand bzw. die Pflegequote zurückzuführen. Demnach tritt Pflegebedürftigkeit zwar nicht ausschließlich, aber vornehmlich im höheren Alter auf. Somit führt der demografische

Wandel zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen aus der SPV haben (vgl. Rothgang, 2005).

Bisher für Deutschland durchgeführte Modellrechnungen schätzen den Pflegebedarf (formell und informell) im Jahr 2030 auf ein Niveau zwischen 2,3 und 3,7 Millionen Pflegebedürftigen und im Jahr 2050 auf bis zu 6,3 Millionen.<sup>44</sup>

Dass die Zahl der Pflegebedürftigen zukünftig vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ansteigt, ist unumstritten. Die mitunter großen Unterschiede in der prognostizierten Zahl an Pflegebedürftigen sind vielmehr darauf zurückzuführen, dass über das genaue Ausmaß der Veränderung Unsicherheit besteht (Bowles et al., 2014). Denn ein weiterer wichtiger Faktor für die geschätzte Anzahl an Pflegebedürftigen ist – neben der Bevölkerungsentwicklung – die zukünftige Entwicklung der Morbidität. Diese drückt sich durch die Höhe der Pflegequoten im zeitlichen Verlauf aus (Hackmann & Moog, 2009). Allerdings gibt es bislang keinen Konsens darüber, wie sich die ansteigende Lebenserwartung auf die Morbidität und damit die Pflegequoten auswirkt.

In der Literatur werden hierzu zwei konträre Hypothesen – Expansion und Kompression der Morbidität – diskutiert.

Der These der Expansion der Morbidität zufolge wird der Zugewinn an Lebenszeit durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geprägt sein, weshalb es zu einer Ausdehnung der in Krankheit verbrachten Lebensjahre kommt (Gruenberg, 1977).

Im Gegensatz dazu vertritt die These der Kompression der Morbidität die Auffassung, dass sich zukünftig die in Krankheit verbrachte Lebenszeit verringert (Fries, 1980, 1983).

In der empirischen Sozialforschung legen Studien, die den Zusammenhang der Lebenserwartung auf Pflegebedürftigkeit untersuchen, eine Expansion der Morbidität und damit eine Erhöhung des Pflegerisikos bzw. der Pflegequoten nahe (Pinheiro & Krämer, 2009; Scholz & Schulz, 2010; Unger et al., 2011). Jedoch zeigen Untersuchungen zum allgemeinen Gesundheitszustand, dass die gesunde/ aktive Lebenszeit in Deutschland zugenommen hat (Dinkel, 1999; Klein & Unger, 1999, 2002; Unger, 2006). Dies deutet wiederum auf die Kompressions-These der Morbidität hin.

Die bisherigen Extrapolationen zur Pflegebedürftigkeit nehmen zum Großteil konstante Pflegequoten an (vgl. BMG, 2011; Niehaus, 2010; Rothgang et al., 2014). Gemäß diesen Simulationen würde sich bei einer steigenden Lebenserwartung – entsprechend

---

<sup>44</sup> Eine Übersicht zu exemplarisch ausgewählten Vorausberechnungen findet sich in Anhang A 1.

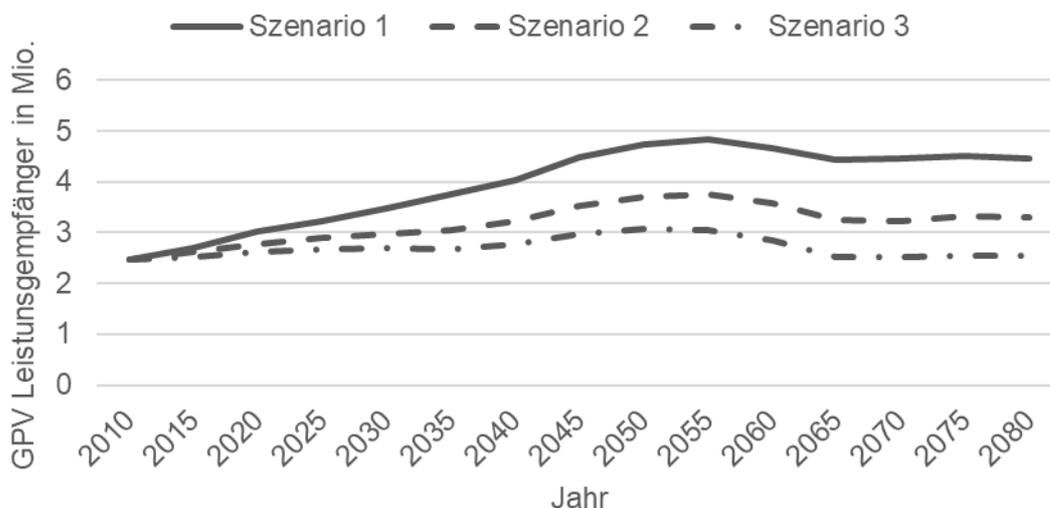
der Expansions-These – die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeit erhöhen. Eine sinkende Pflegequote hingegen, würde zu einer Abschwächung der Expansion von Pflegebedürftigkeit und/ oder zu einer Kompression führen (Bowles et al., 2014).

Um zu verdeutlichen, wie stark die Ergebnisse der Modellprojektionen auf Grund verschiedener Annahmen zur Morbiditätsentwicklung variieren, haben Bowles et al. (2014) in ihrer Berechnung verschiedene Szenarien berücksichtigt. Diese Studie wird daher in den nächsten Abschnitten exemplarisch vorgestellt.

Auf Grund steigender Lebenserwartungen, werden in Szenario 1 konstante Pflegequoten angenommen (Morbiditätsexpansion). In Szenario 2 werden die Pflegequoten derart gesenkt, dass die Altersgruppe der 60- bis 65-jährigen eine relative Expansion der Pflegebedürftigkeit (Zeit in Pflegebedürftigkeit wächst relativ zur Gesamtlebenserwartung) erfährt, alle anderen Altersgruppen eine absolute. Die absolute Expansion fällt jedoch geringer als in Szenario 1 aus. Konträr dazu wird in Szenario 3 eine relative Morbiditätskompression angenommen. Entsprechend verringert sich die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit relativ zur (angestiegenen) Gesamtlebenszeit (Bowles et al., 2014).

Die Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigen in allen drei Szenarien ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Prognose zur zukünftigen Anzahl der Pflegebedürftigen



Quelle: Bowles et al. (2014), eigene Abbildung

In allen drei Szenarien erreicht die Zahl der Leistungsempfänger in der Gesetzlichen Pflegeversicherung<sup>45</sup> (GPV) als Folge der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge ihren Höchststand in den 2050er Jahren. Im weiteren Verlauf nach 2050 wird, basierend auf der Annahme konstanter Geburtenraten, von einem Rückgang und anschließender Konstanz der Leistungsempfängerzahlen ausgegangen. Ausgehend vom Basisjahr 2011 nimmt die Zahl der Leistungsempfänger in Szenario 1 (durchgängige Linie) bis zum Jahr 2060 um 88,1% auf 4,63 Millionen zu. In Szenario 2 (gestrichelte Linie) wächst die Zahl der Pflegebedürftigen um 43,6% (auf 3,53 Millionen) und in Szenario 3 (gepunktete/gestrichelte Linie) lediglich um 14,1% (auf 2,81 Millionen) (Bowles et al., 2014).

Im Vergleich zeigt sich, dass in Szenario 2 und 3 die Zahl der Leistungsempfänger 23,6%, beziehungsweise 39,4%, niedriger ist als in Szenario 1. Damit wird deutlich, dass die Absenkung der altersspezifischen Pflegequoten die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen stark beeinflusst. In Szenario 2 und 3 liegen die Pflegequoten bei den Männern (Frauen) im Jahr 2080 durchschnittlich 23,2% (24,6%) beziehungsweise 44,7% (39,7%) unter denen des Basisjahres 2011. Auf Grund des demografischen Wandels ist jedoch auch in diesem Szenario ein Anstieg der Leistungsempfänger zu beobachten. Hinzu kommt, dass sich der relative Anteil der Leistungsempfänger (gemessen an der Gesamtbevölkerung) auch nach 2050 weiter erhöht, da die Zahl der Pflegebedürftigen höher als im Basisjahr ist und die Gesamtbevölkerung im Zeitverlauf schrumpft (Bowles et al., 2014).

Zusammengefasst verdeutlicht die Studie, dass der Pflegebedarf zukünftig maßgeblich durch den demografischen Wandel bestimmt wird, da dieser signifikante alters- und vor allem morbiditätsbedingte Auswirkungen auf das Pflegerisiko hat.

#### 4.1.2 Informelles Pflegeangebot

Wie ausführlich im vorherigen Kapitel vorgestellt, wird es durch demografischen Wandel und Altersabhängigkeit des Pflegerisikos zukünftig zu einem steigenden Pflegebedarf kommen. Dies induziert eine steigende Nachfrage nach formellen und/oder informellen Pflegeleistungen. Die Wahrscheinlichkeit, die steigende Nachfrage durch informelle Pflege decken zu können, wird maßgeblich durch Faktoren beeinflusst, die den folgenden drei Kategorien zugeordnet werden können: (1) demografischer Wandel, (2) sozialstrukturelle Bevölkerungsveränderung und (3) institutionelles Setting.

---

<sup>45</sup> Bowles et al. (2014) fassen hierunter Leistungsempfänger aus SPV und PPV. Zu berücksichtigen sind außerdem die getroffenen Annahmen zur Bevölkerungsprojektion.

Bisherige Modellprojektionen (vgl. Blinkert & Gräf, 2009; Blinkert & Klie, 2001, 2004; Häcker & Raffelhüschen, 2007; Hackmann & Moog, 2010) basieren auf der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis). Die Prognosen unterscheiden zwischen Kinder- und Partnerpflegepotenzial. Im Wesentlichen greifen die Schätzungen für das Kinderpflegepotenzial auf die Alterskohorten der 30- bis 65-jährigen zurück. Das Partnerpflegepotenzial wird für alle Altersgruppen über 45 Jahren ausgewiesen. Diese beiden Ausgangsgrößen reflektieren Kategorie (1), den demografischen Wandel im Jahr  $t$ . Sie werden in verschiedenen Szenarien durch unterschiedliche Faktoren korrigiert, die sich den oben aufgeführten Kategorien (2) und (3) zuordnen lassen. Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren der letzten beiden Kategorien und deren erwartete Veränderung näher erläutert. Siehe hierzu auch die Übersicht in Tabelle 5, die die Determinanten der hier untersuchten Modelle zusammenfasst.

Tabelle 5: Determinanten des zukünftigen Pflegepotenzials

Kategorien	Faktoren	Absehbare/ „sichere“ Entwicklungen	Schwer abschätz- bare/ unsichere Entwick- lungen
(1)	<i>Geburten- häufigkeit</i>	Abnehmende Bevölke- rung im Alter zw. 30-65 Jahren; steigende Mor- bidität der pflegenden Partner	
	<i>Sterblichkeit</i>		
	<i>Wanderungen</i>		
(2)	<i>Pflegehilfe- wahrscheinlichkeit</i>	Zunahme alleinstehen- der, älterer Menschen	Abnehmender An- teil pflegebereiter Milieus; steigende räumliche Distanz der Kinder
	<i>Zusammen- lebenswahrscheinlichkeit</i>		
	<i>(Frauen-) erwerbsquote</i>		Steigende Erwerbsquo- ten, vor allem bei Frau- en
(3)			Verbesserte Ver- einbarkeit von Pfl- ge und Beruf (Pfle- gejahr); neue Wohnformen (Pfle- ge-WGs)

(1) = Demografischer Wandel, (2) = Sozialstruktureller Wandel, (3) = Institutionelles Setting

Quelle: Blinkert (2008), eigene Tabelle

*Pflegehilfewahrscheinlichkeit.* Blinkert und Klie (1999) gehen davon aus, dass sich die bisherigen gesellschaftlichen Formen der Pflegeversorgung zukünftig verändern werden. Sie begründen dies mit dem Anstieg sogenannter „mittlerer“ und „höherer“ sozialer Milieus, während die Bevölkerungsanteile in „niedrigeren“ Milieus zurück gehen.<sup>46</sup> Den Autoren zu Folge korreliert diese Milieu-Verschiebung negativ mit der „pflegekulturellen Orientierung“, also der Bereitschaft zur Pflege. Die untersuchten Modelle greifen alle auf diese Daten zurück.

*Zusammenlebenswahrscheinlichkeit.* Der Einfluss von Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Wahl der Pflegeart ist empirisch belegt. Je kleiner der Haushalt einer pflegebedürftigen Person ist, desto geringer fällt der Anteil der informellen Pflege zugunsten der formellen, ambulanten Pflege aus (Schneekloth et al., 1996; Schneekloth & Müller, 2000). Alleinstehende Pflegebedürftige werden primär stationär betreut (Klein, 1998). Mai und Roloff (2004) quantifizieren auf Basis des Mikrozensus einen Rückgang der verheirateten und nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, dessen Trend bis 2030 fortgeschrieben wird (Mai & Roloff, 2004). Dieser dient als Annahme für die zukünftig abnehmende Zusammenlebenswahrscheinlichkeit in den untersuchten Modellprojektionen.

*(Frauen)erwerbstätigenquote.* Die bisherigen Prognosen nehmen an, dass die Erwerbstätigenquote von Frauen bis zum Jahr 2030 auf das Niveau der Männer ansteigen wird (Enquete-Kommission Demographischer Wandel, 2002). In den Modellberechnungen wird geschlechterübergreifend angenommen, dass bei einer Erwerbstätigkeit keine informellen Pflegeleistungen geleistet werden bzw. sich die Bereitschaft dazu verringert.

In den Vorausberechnungen werden die genannten Faktoren in verschiedenen Szenarien kombiniert, variiert oder dem Status-quo entsprechend im Zeitverlauf konstant gehalten. Sie lassen sich der oben aufgeführten Kategorie (2) zuordnen. Diese Faktoren erhöhen oder verringern je nach zu Grunde liegender Annahme die zur häuslichen Versorgung (ohne professionelle Hilfe) abrufbaren gesellschaftlichen Ressourcen, das heißt das Pflegepotenzial. In Summe lässt sich so das zukünftige Pflegepotenzial abschätzen, das relativ zur Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 um circa 65% bis 80% abnehmen könnte (Blinkert & Gräf, 2009; Blinkert & Klie, 2001, 2004; Häcker & Raffelhüschen, 2007; Hackmann & Moog, 2010).

---

<sup>46</sup> Das Konzept „Soziales Milieu“ berücksichtigt das Pro-Kopf Einkommen im Haushalt, den Schulabschluss sowie den allgemeinen Lebensentwurf einer potenziellen Pflegeperson. Siehe im Detail Blinkert und Klie (1999).

Da jedoch eine Aussage über die zukünftige Verteilung von Pflegearrangements getroffen werden soll, muss die Anzahl *tatsächlich* informell Pflegeleistender (Pflegeangebot) aus dem zuvor geschätzten Pflegepotenzial herausgerechnet werden. Dies erfolgt über die sogenannte Ausschöpfungsquote.

*Ausschöpfungsquote für häusliche Versorgung.* Nach Blinkert (2008, S. 27) drückt die Ausschöpfungsquote den „gesamten gesellschaftlichen, kulturellen, ökonomischen und institutionellen Kontext“ aus, der die Entscheidung zum informellen Pflegearrangement beeinflusst. Der Quotient aus der Zahl der häuslich Versorgten und dem geschätzten Pflegepotenzial erlaubt es die Zahl der tatsächlich informell Pflegenden zu bestimmen.<sup>47</sup> Da die Ausschöpfungsquote für den Zeitraum von 1997 bis 2005 relativ konstant ist, nehmen die genannten Vorausberechnungen weiterhin eine konstante Quote an (Blinkert, 2008).

Die abgeleitete Verteilung von ambulanten oder stationären Pflegearrangements ergibt sich aus Differenz des zukünftigen Pflegebedarfs und des mittels der Ausschöpfungsquote angenommenen Anzahl an zukünftig tatsächlich informell Pflegenden. Wie genau sich das Delta zwischen ambulanten und stationären Sektor aufteilt, wird in den bisherigen Analysen mittels verschiedener Szenarien (bspw. eine verhältnismäßige Aufteilung von 1:0, 1:1, 0:1) abgebildet.

Zusammengefasst wird, wie in Tabelle 5 dargestellt, (1) übereinstimmend eine Verringerung der mittleren Alterskohorten (30- bis 65-jährige) prognostiziert. Es wird (2) von einer auch zukünftig steigenden Erwerbsquote – insbesondere bei Frauen – ausgegangen und eine steigende Anzahl alleinlebender älterer Menschen quantifiziert. Darüber hinaus wird die fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft und deren Auswirkung auf die Pflegebereitschaft diskutiert. Unter (3) werden institutionelle Rahmenbedingungen subsummiert, wie zum Beispiel eine zukünftig bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, oder alternative Wohnformen wie beispielsweise „Pflege-WGs“. Es ist jedoch nicht ohne weiteres möglich einen oder mehrere konkrete Einflussfaktoren für institutionelle Rahmenbedingungen zu identifizieren. Das liegt daran, dass diese Kategorie sehr vage definiert ist. Tabelle 5 gibt daher Aufschluss, welche Entwicklung der verschiedenen Determinanten aus sozialwissenschaftlicher Sicht „sicher“ bzw. „unsicher“ abgeschätzt werden kann.

Im nächsten Abschnitt werden die oben erläuterten Modelle kritisch reflektiert und daraus folgend die Entscheidung zur Übernahme von informellen Pflegetätigkeiten als

---

<sup>47</sup> Für die oben genannten Analysen wird die Anzahl der häuslich Versorgten (Pflegegeldempfangenden) der Amtlichen Pflegestatistik entnommen.

Übereinkommen zwischen pflegebedürftiger und potenziell pflegender Person konzipiert.

#### 4.2 Zwischenfazit: Pflegeentscheidung als Übereinkommen

Es ist unumstritten, dass die Pflegenachfrage zukünftig aufgrund des demografischen Wandels ansteigen wird. Es gibt bisher jedoch keinen Konsens darüber, wie sich die ansteigende Lebenserwartung auf die Morbidität auswirkt. Das genaue Ausmaß der steigenden Pflegenachfrage bleibt daher ungewiss und variiert mitunter stark zwischen den einzelnen Vorausberechnungen.

Die erläuterten Modelle zum informellen Pflegepotenzial basieren auf der gleichen Datengrundlage, treffen ähnliche Annahmen für die Trendprojektionen und sind methodisch nahezu identisch. All diesen Vorausberechnungen – mit Ausnahme von Hackmann und Moog (2010) – ist gemein, dass sie eine Abschätzung einer zukünftigen Potenzialgröße vornehmen und nicht den Einfluss der oben erläuterten Faktoren direkt auf das Pflegeangebot modellieren.

Zum Beispiel werden für das Kinderpflegepotenzial Bevölkerungsbestände in bestimmten Alterskohorten (30- bis 65-jährige) berücksichtigt, die nicht zwangsläufig die tatsächliche Kinderanzahl von Pflegebedürftigen widerspiegeln. Die Altersbegrenzung des Kinderpflegepotenzials führt dazu, dass pflegende Kinder für ältere Pflegebedürftige teilweise nicht mehr berücksichtigt werden. Zudem werden die Bevölkerungsbestände durch Zu- oder Abwanderungen beeinflusst. Die Wanderungen haben jedoch keinen Einfluss auf die Anzahl der Kinder, die eine Person hat. Im zeitlichen Verlauf führt dies in den genannten Analysen zu einer absoluten Abnahme des Pflegepotenzials.

Dudel (2015) verfolgt einen alternativen Ansatz, mit dem er die tatsächliche Kinderanzahl von Pflegebedürftigen prognostiziert. Im Ergebnis quantifiziert der Autor eine absolute Zunahme des (Kinder-)pflegepotenzials. Bei Betrachtung der relativen Entwicklung fällt der Rückgang des Pflegepotenzials mit 30% bis 40% (vs. 65% bis 80%) wesentlich geringer als bei Blinkert und Kollegen aus. Es ist also unklar, inwieweit der Einfluss des demografischen Wandels zuverlässig auf das Pflegepotenzial abgeschätzt werden kann.

Um die Wirkungen von Erwerbstätigkeit und Pflege abzuschätzen, bedienen sich die genannten Modelle einer vereinfachenden Annahme; Erwerbstätige pflegen nicht oder sind nur in geringerem Maße zur Pflege bereit. Dies kann jedoch angezweifelt werden, da unter anderem Geyer und Schulz (2014) mittels SOEP-Daten lediglich einen gerin-

gen Anteil nicht-erwerbstätiger Pflegepersonen im Erwerbsalter von 25,6% ausweisen. Außerdem ist zu bedenken, dass Erwerbstätige nicht nur in Vollzeit arbeiten, sondern auch in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt sein können. Insbesondere für die letzten beiden Erwerbsformen ist im zeitlichen Verlauf ein stärkerer Anstieg bei informell Pflegenden zu erkennen (Geyer & Schulz, 2014).

Weiter wird in den angeführten Analysen nicht berücksichtigt, dass Pfl egetätigkeiten auch zu einer Reduktion und/oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit führen können (vgl. Kapitel 3.6.2).

Darüber hinaus greifen Häcker und Raffelhüschen (2007) sowie Hackmann und Moog (2010) auf Potentialerwerbsquoten zurück, die neben den Erwerbspersonen auch die Stille Reserve miteinbeziehen.<sup>48</sup> Es gibt keine Evidenz, ob bei der Stillen Reserve davon ausgegangen werden kann, dass sie grundsätzlich nicht für informelle Pflege zur Verfügung steht. Auch die Auffassung, dass informelle Pflege zukünftig maßgeblich von weiblichen Personen abhängt, könnte – vor dem Hintergrund ansteigender männlicher Pflegepersonen (vgl. Kapitel 2.5.1) – kritisch hinterfragt werden.

In diesem Zusammenhang kommt der häuslichen Ausschöpfungsquote eine zentrale Bedeutung bei der Bestimmung der zukünftigen Verteilung von Pflegearrangements zu.<sup>49</sup> Durch die Annahme einer konstanten Ausschöpfungsquote wird in den genannten Analysen eine direkte Auswirkung der demografischen und sozialstrukturellen Veränderung des Pflegepotenzials auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen modelliert. Das heißt, im zeitlichen Modellverlauf haben institutionelle Faktoren keinen Einfluss auf die Wahl des Pflegearrangements.

Der dadurch implizit angenommene numerische Zusammenhang zwischen Pflegepotenzial und Versorgungsart ist jedoch in besonderem Maße diskussionswürdig, da informelle Pflege auch auf Grund fehlender formeller Pflegealternativen übernommen werden könnte bzw. vielmehr sogar müsste. Das bedeutet, die häusliche Ausschöpfungsquote würde steigen.

Bereits heute ist erkennbar, dass der in den genannten Modellen quantifizierte formelle Pflegebedarf auf Grund struktureller Versorgungsengpässe nicht gedeckt werden kann. Daher verzichtet beispielsweise Rothgang in seinen Modellprojektionen (Rothgang, 2005; Rothgang et al., 2012) darauf, einen Zusammenhang zwischen den oben

---

<sup>48</sup> Die sogenannte Stille Reserve umfasst Personen, die sich in Umschulungsmaßnahmen befinden oder aus Arbeitsmarktgründen vorzeitig verrentet sind (Holst, 2000).

<sup>49</sup> Die Ausschöpfungsquote drückt das Verhältnis zwischen der Zahl an häuslich Versorgten und dem geschätzten Pflegepotenzial aus, mit deren Hilfe die Zahl der tatsächlich informell Pflegenden bestimmt wird.

erörterten Faktoren und der Verteilung von Pflegearrangements herzustellen. Stattdessen extrapoliert er die beobachteten Versorgungstrends der Vergangenheit linear (Rothgang et al., 2012).

Darüber hinaus beziehen sich die oben aufgeführten Faktoren auf Partner- und Kinderpflegepotenzial, die circa 70% aller Hauptpflegepersonen ausmachen (Schneekloth et al., 2017). Dadurch bleiben weitere Potenziale durch Nachbarn, Freunde und die Zivilgesellschaft unberücksichtigt.

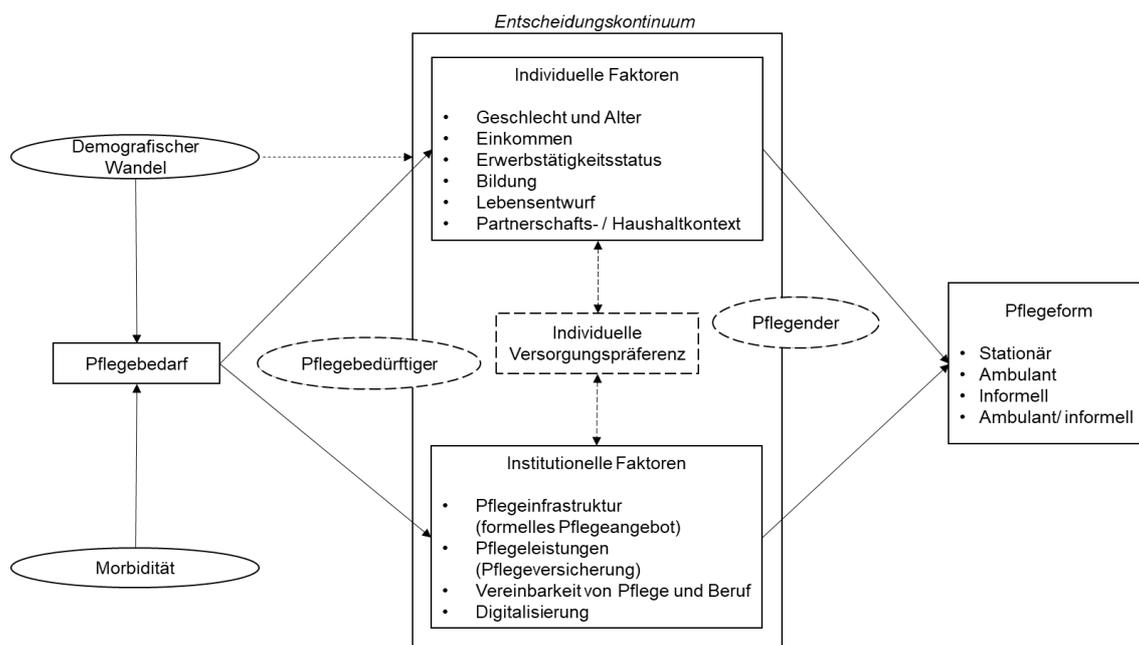
Der Zusammenhang von informellem Pflegepotenzial und gewählter Versorgungsart ist in der Literatur empirisch nicht belegt, sondern bei den Prognosen modellanalytisch unterstellt. Es bleibt daher letztendlich unklar, wie sich die genannten Determinanten auf die Anzahl zukünftiger informeller Pflegepersonen auswirkt. Außerdem erlauben die genannten Prognosen keine differenzierten Aussagen über die zukünftige Altersverteilung, den Erwerbsstatus und die Einkommensverhältnisse von informell Pflegenden. Gerade die letztgenannten Informationen sind jedoch für die sozialrechtliche Ausgestaltung der zukünftigen Pflegeversorgung in Deutschland in besonderem Maße hilfreich.

Wie in den voran gegangenen Abschnitten herausgearbeitet wurde, hängt die Übernahme von Pflegeleistungen von unterschiedlichsten Faktoren ab. Daher wird im Nachfolgenden der Prozess, der zur Pflegeentscheidung führt, konzeptionell erläutert.

Grundsätzlich wird die Notwendigkeit zur Übernahme von Pflegeleistungen durch einen vorhandenen oder entstehenden Pflegebedarf in einer Gesellschaft bestimmt. Kommt es zu einem Pflegefall beziehungsweise -bedarf, beginnt ein Aushandlungsprozess zwischen Pflegebedürftigem und potenzieller Pflegeperson, der zur Pflegeentscheidung führt (Czaplicki, 2019).

Die Entscheidung bezieht sich auf die Wahl zwischen stationärer Pflege im Heim, ambulanter Pflege zu Hause, informeller Pflege oder einer Mischform aus ambulanter und informeller Pflege (Pfleagemix). Dieser Entscheidungsprozess wird von verschiedenen individuellen und institutionellen Faktoren beeinflusst, der in Abbildung 3 konzeptionell dargestellt ist.

Abbildung 3: Pflegeentscheidung als Übereinkommen



Quelle: eigene Abbildung

Das Konzept in Abbildung 3 zeigt, dass sich Pflegebedürftige und Pflegende in einem Rahmen bewegen, der als Entscheidungskontinuum mit den Endpunkten *Pflege* beziehungsweise *Keine Pflege* bezeichnet werden könnte. In diesem Setting spiegeln sich einzelne individuelle und institutionelle Faktoren in der persönlichen Versorgungspräferenz wider. Diese Präferenz ist nicht per se mit der (späteren) Pflegeentscheidung identisch. Zum einen kann sich die Versorgungspräferenz von Pflegebedürftigem und potenzieller Pflegeperson unterscheiden. Zum anderen wäre es denkbar, dass auf Grund individueller Faktoren eine stationäre Pflege präferiert wird, jedoch kein Heimplatz (institutioneller Faktor) zur Verfügung steht. Im umgekehrten Fall könnte eine informelle Pflegeform bevorzugt werden, die aber nicht mit der Berufstätigkeit und der damit verbundenen Einkommensabhängigkeit der Pflegeperson in Einklang gebracht werden kann.

Anders ausgedrückt, die im Kontinuum getroffene Entscheidung bleibt (vorerst) isoliert und führt nicht zwangsläufig zur Umsetzung. Das heißt, manche Faktoren haben mutmaßlich einen stärkeren Einfluss auf die Pflegeentscheidung als andere und konterkarieren damit unter Umständen die individuelle Versorgungspräferenz. Ist der Prozess zur Pflegeentscheidung wie oben erläutert definiert, lässt sich nicht mehr zweifelsfrei von einer „Bereitschaft zur Pflege“ sprechen. Die Pflegeentscheidung kann demnach auch als *Übereinkommen zur Pflege* interpretiert werden, die nicht zwangsläufig die Bereitschaft des Einzelnen zur Pflegeübernahme widerspiegelt.

Das soeben entwickelte Konzept eines Übereinkommens zur Pflege kann als Grundlage für die sich anschließende Modellierung der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege herangezogen werden. Denn die Frage, wie und aufgrund welcher Faktoren Personen Pflege leisten, wird mutmaßlich zum Großteil – entsprechend der in Kapitel 3 erläuterten Theorien – durch das vorhandene Zeit- und Finanzbudget des Pflegehaushalts beantwortet. Da die zeitlichen und finanziellen Ressourcen des Einzelnen immer im Kontext einer potenziellen Erwerbstätigkeit zu sehen sind, schließt sich eine weitere Frage an. Nämlich die nach den Auswirkungen von Pfl egetätigkeiten auf die Erwerbsbeteiligung, die Lohnentwicklung und somit auf die fiskalischen Kosten. Um diese Fragen beantworten zu können, müssen beim weiteren Vorgehen folgende Aspekte berücksichtigt werden.

Zum einen ist der Entscheidungsprozess, der zur Übernahme von Pfl egetätigkeiten führt, komplex und durch viele Faktoren beeinflusst, die nicht alle direkt messbar und/oder erhoben werden können. Zum anderen soll der Einfluss einer Pfl egetätigkeit auf die Arbeitsmarktpartizipation untersucht werden, der wiederum Auswirkungen auf Löhne, Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge hat. Um die Auswirkungen von informeller Pflege auf die Erwerbstätigkeit und den Fiskus möglichst ganzheitlich abzubilden, bedarf es darüber hinaus nicht nur einer punktuellen Untersuchung, sondern einer Analyse im Lebenszeitverlauf. Zusätzlich muss ein prospektives Modell konzipiert werden, das die Frage nach den zukünftigen fiskalischen Kosten der informellen Pflege beantworten kann. Das angewandte Untersuchungsdesign ist daher modular aufgebaut.

Zunächst müssen die Pflegeübernahmewahrscheinlichkeit und die Auswirkung einer Pflegeübernahme auf das Arbeitsangebot von Pflegenden, also die Erwerbstätigkeitsrate und/oder Erwerbsarbeitszeit, mittels Paneldaten quantifiziert werden. Die empirische Evaluation stützt sich auf deskriptive Auszählungen und Regressionsanalysen.<sup>50</sup> Die quantifizierten Auswirkungen informeller Pflege auf das Arbeitsangebot werden im nächsten Schritt zur Konzeption eines Modells genutzt, das darauf abzielt, die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege prospektiv abzuschätzen. Dazu ist neben der Modellierung des Steuer- und Sozialversicherungssystems eine Extrapolation der Ergebnisse notwendig.

---

<sup>50</sup> Zu diesem Zweck wird auf die Programmiersprache *Python* zurückgegriffen (Van Rossum & Drake Jr, 1995). Die deskriptive Auswertung wird mit dem Python-Paket *pandas* vorgenommen, während die Regressionsanalysen mit Hilfe des Python-Pakets *statsmodels* durchgeführt werden (McKinney & others, 2010; Seabold & Perktold, 2010).

Zusammengefasst zielt die nachfolgende Modellierung darauf ab, die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege in ihrer Gesamtheit, das heißt für alle (erwerbsfähigen) Pflegepersonen im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, zu quantifizieren. Zusätzlich sollen die Kosten nicht nur im Status-quo erhoben werden, sondern über einen Zeitraum von 20 Jahren prognostiziert werden.

Das Kapitel gliedert sich im weiteren Verlauf wie folgt. Im nächsten Abschnitt wird auf die Datenbasis eingegangen und die Auswahl der zu analysierenden Variablen begründet. Daran anschließend erfolgt die empirische Evaluation des Datensatzes. In einem weiteren Schritt wird das Modell zur Quantifizierung der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege konzipiert, bevor in einem letzten Schritt das Vorgehen zur Extrapolation der Schätzergebnisse erläutert wird.

#### 4.3 Datengrundlage und Variablenauswahl für die Modellspezifikation

Die vorgenommenen Analysen basieren auf dem SOEPv35. Das SOEP ist eine repräsentative Längsschnittstudie von Privathaushalten in Deutschland. Die Hauptstudie, das sogenannte SOEP-Core, wird seit 1984 jährlich wiederholt und umfasst zurzeit jährlich knapp 15.000 Haushalte (=Haushaltsfragebogen) und über 30.000 Einzelpersonen (=Personenfragebogen). Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten können dem jeweiligen Code-Book entnommen werden (SOEP Group, 2019b, 2019a).

Personen, die informelle Pflege leisten, werden anhand der Antwort auf Frage 9 im Personenfragebogen des SOEP bestimmt, nämlich:

*„Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Personen“* in Stunden/ Werktag („pli0046“)

Die Variable enthält damit nicht ausschließlich pflegerische Tätigkeiten, sondern potenziell auch die Übernahme von Haushaltsarbeiten für Pflegebedürftige. Des Weiteren kann anhand dieser Frage nicht abschließend beantwortet werden, in welchem verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Verhältnis Pflegeperson und Pflegebedürftige stehen.<sup>51</sup> Zudem ist denkbar, dass bei dieser Frage die Betreuung und Versorgung von Kindern miterfasst wird. Inwieweit dies für die angestrebte Modellierung von Be-

---

<sup>51</sup> Im Nachfolgenden wird der Begriff der Pflegeperson synonym zu informell Pflegenden verwandt. Es muss sich dabei jedoch nicht zwingend um eine Pflegeperson gemäß §19 SGB XI handeln.

deutung ist, kann diskutiert werden. Die Variable wird im SOEP seit 2001 durchgängig erhoben und stellt somit das Basisjahr der Analyse dar.<sup>52</sup>

Die Berücksichtigung weiterer Variablen begründet sich zum einen in dem Bestreben, das in Kapitel 4.2 vorgestellte Konzept Übereinkommen zur Pflege zu operationalisieren, um darauf aufbauend die fiskalischen Kosten zu quantifizieren. Zum anderen in der grundsätzlichen Verfügbarkeit der Informationen im SOEP.

Die ausgewählten Variablen lassen sich den folgenden Kategorien zuordnen, deren theoretische Herleitung nochmals kurz erläutert wird.

*Einkommen:* Modelltheorien zu Produktion und Kosten der informellen Pflege geben Aufschluss über die Organisation der Pflege (und deren ökonomische Auswirkungen). Zum einen berücksichtigt das Modell der Haushaltsproduktion die notwendige Kombination von Marktgütern, selbst hergestellten Gütern und Zeit zum Erhalt eines konsumreife Endprodukts. Die potenzielle Pflegeperson hat demnach zwei Möglichkeiten, um informelle Pflege zu gewährleisten. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Pflege zeitintensiv oder güterintensiv sichergestellt werden soll. Auf dieser Grundlage erfolgt dann die Zuteilung von Haushaltsressourcen auf die eigenständige Güterproduktion. Das heißt, in der Praxis ist die informelle Pflege für Haushalte mit hohem Einkommen ökonomisch unattraktiv. Anders formuliert führen die Modellmechanismen in der Konsequenz dazu, dass Haushalte, die vergleichsweise geringe Einkommen am Markt erzielen, informelle Pflegearbeit leisten (siehe Kapitel 3.2.2). Das *Einkommen* wird zum einen über das monatliche Bruttoerwerbseinkommen des oder der Einzelnen („plb0471\_h“) berücksichtigt. Darüber hinaus wird auf das monatliche Nettohaushaltseinkommen („hlc0005\_h“) zurückgegriffen, um – neben der individuellen Einkommenssituation – auch die des gesamten Haushalts abzubilden.

*Erwerbstätigkeitsstatus:* Ergänzend dazu wird mit Hilfe des mikroökonomischen Modells der Zeitallokation dargestellt, nach welchen Überlegungen und Priorisierungen informell Pflegende ihre zur Verfügung stehende Zeit auf unbezahlte Pflegetätigkeiten, Freizeit und Erwerbsarbeit aufteilen (siehe Kapitel 3.2.1). Die Übernahme von Pflegetätigkeiten sowie der Umfang der geleisteten Pflege hängt demnach wesentlich vom Beschäftigungsverhältnis ab. Der Erwerbstätigkeitsstatus wird über die Variable „*Tatsächliche Arbeitszeit mit Überstunden in Stunden pro Woche*“ („plb0186\_h“) bestimmt. Die Kategorisierung von Teil- und Vollzeitbeschäftigung ist international nicht einheitlich

---

<sup>52</sup> In späteren Befragungswellen wird auch nach Pflegetätigkeiten an Samstagen und Sonntagen gefragt. Um das Panel bei der Analyse konsistent zu halten, sollen jedoch nur die Antworten für Werkstage berücksichtigt werden.

definiert, sodass die Einteilung je nach Analysekontext variiert. Als Anhaltspunkt dient häufig die Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), nach der Teilzeitbeschäftigung eine Tätigkeit ist, bei der die „Normalarbeitszeit geringer ist als diejenige vergleichbarer Vollzeit Arbeitnehmer“ (ILO Konvention 175). Zur trennscharfen Definition von Voll- und Teilzeitbeschäftigten muss diese Definition operationalisiert werden. Dies geschieht auf Grundlage der OECD Definition nach der Erwerbstätige, die normalerweise weniger als 30 Stunden pro Woche arbeiten, in Teilzeit beschäftigt sind (OECD, 2020). Für die Analyse werden daher alle Erwerbstätigen, die eine bis einschließlich 29 Stunden pro Woche arbeiten, der Teilzeitbeschäftigung zugeordnet.<sup>53</sup> Ab 30 Wochenarbeitsstunden wird von Vollzeitbeschäftigung ausgegangen. Bei allen anderen Personen wird angenommen, dass sie keiner Beschäftigung nachgehen – es sei denn, sie sind bereits verrentet. Der Rentenstatus lässt sich anhand der Variable „plc0232“ ablesen.

*Bildung:* Franke und Reichert (2010) analysieren, dass neben dem sozioökonomischen Status die Übernahme von Pfl egetätigkeiten auf das berufliche Qualifikationsniveau, das sich häufig durch den Bildungsgrad ausdrückt, zurückzuführen ist. Je niedriger das Haushaltseinkommen, der Bildungsabschluss und damit auch das berufliche Anforderungsniveau, desto eher sind informell Pflegende (insbesondere Frauen) geneigt ihren Zeitkonflikt zwischen Erwerbsarbeit, Freizeit und Pflege zugunsten der Pfl egetätigkeit zu lösen. *Bildung* wird über die Variable „pgbilzeit“, also die Dauer der Schul- und weiterführenden Bildung, wie beispielsweise Berufslehre oder Studium, in Jahren gemessen. Nach der International Standard Classification of Education (ISCED-Klassifikation) der UNESCO umfassen die Level drei bis fünf die sogenannte *höhere Bildung*, die wiederum der Sekundarstufe II und dem Tertiärbereich in Deutschland entspricht (UNESCO, 2012). In Anlehnung daran werden alle Personen, die bis einschließlich 13 Bildungsjahre aufweisen, der Gruppe *geringe Bildung* zugeordnet. Ab 14 Bildungsjahren erfolgt die Zuordnung zu *höhere Bildung*.

*Geschlecht:* Männer sind zwar vergleichsweise häufig in der Partnerpflege involviert, in der Zwei-Generationen-Pflege sind es dennoch überwiegend Frauen. Informelle Pflege wird daher zu etwa zwei Dritteln von Frauen übernommen (vgl. u.a. Franke & Reichert, 2010; Keck & Saraceno, 2009). Zwar spiegelt die Variable Geschlecht („sex“) zum Großteil die zuvor erläuterten Determinanten wider, jedoch drücken sich darin auch

---

<sup>53</sup> Weiter wäre es interessant den Unterschied zwischen geringfügig Beschäftigten, also sogenannten Mini-Jobbern und regulär in Teilzeit Beschäftigten zu untersuchen. Jedoch führt diese Unterteilung zu vergleichsweise kleinen Teilmengen, die bei Analyse in Kapitel 4.4 unbrauchbar werden.

explizit das gesellschaftlich gewachsene Rollenverständnis und die Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau aus, die die Pflegeentscheidung zusätzlich beeinflussen.

*Alter:* Das Durchschnittsalter von informell Pflegenden liegt bei 57 Jahren. Während lediglich 16% der Pflegenden jünger als 45 Jahre alt sind, ist in etwa die Hälfte (49%) in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen (Schneekloth & Wahl, 2005). Dabei spiegelt die Determinante Alter eine Vielzahl an weiteren Faktoren implizit wider, wie beispielsweise das (ansteigende) Pflegerisiko im sozialen Umfeld, die Berufsaussichten am Arbeitsmarkt oder die Lebenseinstellung. Das *Alter* wird aus der Differenz der Variablen „*year*“ für das Jahr der jeweiligen Befragung und „*gebjahr*“, dem Geburtsjahr ermittelt.

*Lebenspartner:* Lebt eine potenzielle Pflegeperson in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft, kann dies die Übernahmewahrscheinlichkeit von Pflegeleistungen in zweierlei Hinsicht beeinflussen. Zum einen ist vorstellbar, dass das Teilen von Erwerbseinkommen und Haushaltspflichten zu freien Kapazitäten führt, die für anfallende Pflegeaufgaben verwendet werden können. Außerdem erhöht die gemeinsame Lebenssituation die Wahrscheinlichkeit den Partner oder die Partnerin zu pflegen, vorausgesetzt dieser oder diese ist bzw. wird pflegebedürftig. Im Umkehrschluss werden alleinstehende Pflegebedürftige primär stationär betreut (Klein, 1998).

*Haushaltsgröße:* Der Einfluss von Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Wahl der Pflegeart ist empirisch belegt. Je kleiner der Haushalt einer pflegebedürftigen Person ist, desto geringer fällt der Anteil der informellen Pflege im Vergleich zur formellen, ambulanten Pflege aus (Schneekloth et al., 1996; Schneekloth & Müller, 2000). Zudem sind knapp die Hälfte aller Pflegenden durch eine parallele Verantwortung für ein oder mehrere Kind(er) und einen Pflegebedürftigen doppelt belastet (Keck & Saraceno, 2009).

Ob eine potenzielle Pflegeperson mit einem Partner zusammenlebt, wird über die Variable „*partner*“ erhoben. Die Variable „*hhgr*“ gibt Aufschluss über die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen.

Das nächste Teilkapitel befasst sich mit der Analyse der oben vorgestellten Variablen. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass weitere Daten, die nicht aus dem SOEP stammen, unter anderem zur Modellierung des Steuer- und Sozialversicherungssystems notwendig sind. Diese werden an gegebener Stelle erläutert.

#### 4.4 Datenanalyse für die Modellspezifikation

Zur Analyse werden die Befragungswellen von 2001 bis 2018 herangezogen. Dies begründet sich wie oben bereits erwähnt darin, dass die Variable zur Identifizierung informeller Pflgetätigkeiten seit 2001 durchgängig erhoben wird. Das Untersuchungssample umfasst Frauen und Männer im Alter zwischen 25 und 67 Jahren.

Die gewählte Altersspanne ist auf den Untersuchungsgegenstand zurückzuführen, bei dem erwerbsfähige Personen von primärem Interesse sind. Zwar können informelle Pflgetätigkeiten auch im höheren Alter erbracht werden (insbesondere Partnerpflege). Personen über 67 Jahren sind jedoch nicht mehr dem Konflikt zwischen Pflege und Erwerbstätigkeit ausgesetzt, weshalb sie bei der Analyse ausgeklammert werden.

Das um fehlende Werte bereinigte Sample umfasst 239.689 Beobachtungen. Um zusätzlich eine konsistente Betrachtung im Längsschnitt zu gewährleisten, werden nur diejenigen in der Analyse berücksichtigt, die über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2018 im Panel abgebildet sind. Demnach umfasst das Sample 13.294 Beobachtungen für 438 Frauen und 344 Männer. Knapp über 6% sind in informelle Pflgetätigkeiten involviert.<sup>54</sup>

Das Vorgehen bei der nachfolgenden Analyse begründet sich im Wesentlichen in dem in Kapitel 3.7 gezogenen Zwischenfazit, wonach die Pflege- und Arbeitsmarktentscheidung bei empirischen Untersuchungen maßgeblich durch Endogenität erklärt zu werden scheint (vgl. Heitmueller, 2007).<sup>55</sup> Deshalb wird an dieser Stelle die methodische Vorgehensweise von Unger und Rothgang (2013) adaptiert, bei der sowohl die Erwerbssituation vor und/oder zu Beginn einer Pflgetätigkeit als auch während der Pflegephase untersucht wird. Darüber hinaus wird ermittelt, wann im Lebensverlauf eine Pflgetätigkeit aufgenommen wird und welche (sozioökonomischen) Faktoren dafür ausschlaggebend sein könnten. Außerdem wird die durchschnittliche Dauer einer Pflegephase und deren Intensität, also die Anzahl an Pflegestunden pro Tag, bestimmt. Abschließend wird untersucht, ob Pflegenden möglicherweise verfrüht aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Die Ergebnisse der Analyse werden in den nächsten Abschnitten vorgestellt und erläutert.

---

<sup>54</sup> Der Anteil an Pflegenden von 6% entspricht im Übrigen jenem Anteil an Personen, die im unbereinigten Sample Pflege leisten. Der sogenannte Selection Bias dürfte somit als gering einzustufen sein. Gänzlich auszuschließen ist er jedoch nicht.

<sup>55</sup> Wie in Kapitel 3.7 erläutert bedeutet das, dass der vorangegangene Lebensverlauf für die jeweilige (Pflege)entscheidung von Bedeutung ist.

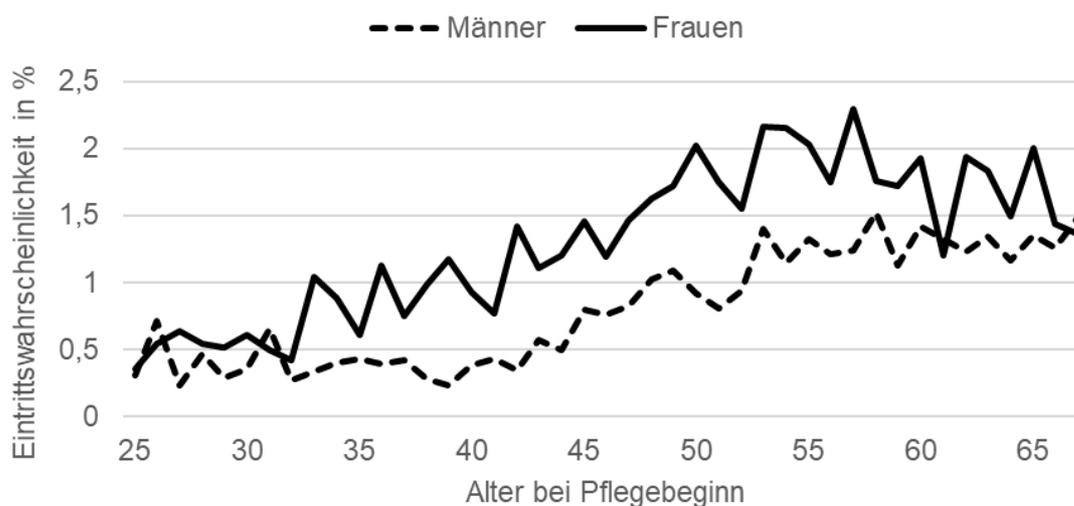
#### 4.4.1 Pflegebeginn und Einflussfaktoren

Im Folgenden wird zuerst der Frage nachgegangen, wann im Lebensverlauf gepflegt wird. Zusätzlich werden die individuellen Einflussfaktoren für eine Pflegeübernahme gemäß dem Konzept *Übereinkommen zur Pflege* empirisch getestet.

Für die Berechnung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten wird auf den Zeitraum von 2001 bis 2018 Bezug genommen. In Anlehnung an Unger und Rothgang (2013) werden nur die Fälle berücksichtigt, bei denen im Basisjahr 2001 (noch) keine Pflegeetätigkeit vorlag, aber in einem der darauffolgenden Jahre aufgenommen wurde. Linkszensierte Fälle sind damit von der Analyse ausgeschlossen.<sup>56</sup> Die relativen Häufigkeiten je Alter werden prospektiv gewendet und können somit als Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit interpretiert werden.

In Abbildung 4 sind die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht dargestellt.

Abbildung 4: Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung (mit gewichteten Werten)

Es zeigt sich, wie bereits ausführlich in Kapitel 2.5 beschrieben, dass vor allem Frauen in Pflegetätigkeiten involviert sind. Während im Alter zwischen 25 und 67 durchschnittlich 0,80% der Männer eine Pflegetätigkeit aufnehmen, sind es bei Frauen in der gleichen Altersspanne 1,30%. Bei der Betrachtung des Lebenszeitverlaufs wird außerdem deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit zu pflegen mit steigendem Alter zunimmt. Beispielsweise pflegen in der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen Frauen 0,81% einen Angehörigen, wohingegen sich dieser Anteil bei den 40- bis 55-jährigen

<sup>56</sup> Linkszensierte Fälle sind Ereignisse, wie beispielsweise der Beginn einer Pflegetätigkeit, die an einem unbekanntem Zeitpunkt in der Vergangenheit aufgetreten sind.

auf 1,53% nahezu verdoppelt. Nichtsdestotrotz scheint die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit mit Erreichen des Renteneintrittsalters bei Frauen abzufallen. Im Gegensatz dazu steigt der Anteil pflegender Männer mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und erreicht mit Annäherung an das Rentenalter das Pflegeniveau von Frauen. Auch diese Befunde decken sich mit den bereits gewonnenen Erkenntnissen aus der Literatur, wonach die Pflegegeldzahlungen der SPV insbesondere Männern im späten Erwerbsleben Anreize bietet, eine Pflege Tätigkeit zu übernehmen (Geyer & Korfhage, 2018).

Das durchschnittliche Alter bei Pflegebeginn liegt bei Männern mit 48,7 Jahren etwas höher als bei Frauen, die im Durchschnitt mit 47,5 Jahren eine Pflege Tätigkeit aufnehmen.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse können verschiedene Studien herangezogen werden, die ebenfalls die Inzidenz einer Pflege Tätigkeit ausweisen. Die ermittelten Pflegeinzidenzen sind nahezu identisch mit Studien, denen eine ähnlich breite Definition von Pflege zugrunde liegt (vgl. Henz, 2004).<sup>57</sup> Allerdings zeigen Analysen auf Datenbasis der RV, dass die Inzidenz einer Pflege Tätigkeit bei beispielsweise Frauen im Alter zwischen 45 und 60 Jahren auf ihren Höchstwert von 0,70% ansteigt (Unger & Rothgang, 2013).<sup>58</sup>

Die Höhe der berechneten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit hängt also auch maßgeblich von der verwendeten Datengrundlage bzw. der zugrunde liegenden Definition von Pflegenden ab.

Um darüber hinaus den Einfluss von individuellen Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit zur Übernahme von Pflege Tätigkeiten gemäß dem in Kapitel 4.2 vorgestellten Konzept zu untersuchen, wird eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Bei einer logistischen Regressionsanalyse werden die unabhängigen Variablen als Linearkombination auf den Logit der Wahrscheinlichkeit der abhängigen Variablen spezifiziert. Logits sind logarithmierte Chancenverhältnisse. Im gegebenen Kontext beschreiben sie das Chancenverhältnis zwischen der Aufnahme einer Pflege Tätigkeit ( $y=1$ ) und der Möglichkeit keine Pflegeaufgaben zu übernehmen ( $y=0$ ). Da selbst formal korrekt interpretierte absolute Werte von Logits einen geringen Informationsmehrwert liefern bzw. potenziell irreführend sind, wird empfohlen, lediglich die durch Logits

---

<sup>57</sup> Die Autorin definiert informelle Pflege Tätigkeiten mittels der Frage: „Do you currently or have you ever looked after someone, for at least three months, who is sick, disabled or elderly?“

<sup>58</sup> Die Daten der Rentenversicherungen beinhalten nur Personen, die nach §19 SGB XI als Pflegepersonen gelten.

implizierte Wirkungsrichtung von Zusammenhängen zu interpretieren. Bei Effekten, die kleiner als 0,05 (p-value) sind, können Logits auch vereinfacht als Veränderungen in der Wahrscheinlichkeit interpretiert werden. Das heißt, ist das Vorzeichen eines Regressionskoeffizienten positiv und statistisch signifikant ( $p < ,05$ ), so führt ein Anstieg der entsprechenden unabhängigen Variable zu einem Anstieg der Wahrscheinlichkeit, dass y gleich eins ist. Umgekehrt bewirkt ein negatives Vorzeichen, dass die Wahrscheinlichkeit abnimmt (Best & Wolf, 2010).

Im Nachfolgenden werden drei verschiedene Logit-Modelle getestet (Tabelle 6). In Modell 1 wird der Einfluss des Alters, Geschlechts, Bildungsgrades, einer Vollzeit- und Teilzeittätigkeit sowie des Erwerbseinkommens auf die Wahrscheinlichkeit untersucht, eine Pflege Tätigkeit zu übernehmen.

Modell 1 zeigt, dass der Logit der Wahrscheinlichkeit einer Pflegeübernahme mit zunehmendem Alter ansteigt. Aufgrund der binär kodierten Variable Geschlecht (0=männlich, 1= weiblich) wird deutlich, dass sich der Logit einer Pflege Tätigkeit bei Frauen erhöht. Die Effekte des Bildungsniveaus sind nicht signifikant. Eine Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung verringert den Logit einer Pflegeübernahme. Mit Blick auf das Erwerbseinkommen zeigt sich außerdem, dass mit einem Anstieg des Erwerbseinkommens der Logit einer Pflege Tätigkeit abnimmt. Das bedeutet, niedrigere Einkommen übernehmen eher Pflege Tätigkeiten, wenngleich die Erwerbssituation zu Pflegebeginn – unabhängig vom Einkommen – eine ebenso große Rolle spielt.

Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die Übernahme von Pflege Tätigkeiten

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	- 5,1953***	- 5,3408***	- 5,7047***
Alter	0,0534***	0,0539***	0,0552***
Geschlecht	0,3378***	0,3128***	0,4054***
Bildungsgrad	- 0,0612	- 0,0791	- 0,2009*
Vollzeiterwerbstätigkeit	- 0,2600*	- 0,2535*	- 0,5391***
Teilzeiterwerbstätigkeit	- 0,4365**	- 0,4723***	- 0,6168***
Erwerbseinkommen <sup>1)</sup>	- 0,2337**	- 0,2335**	
Partner		0,1049	0,0200
Erwerbseinkommen Partner		0,0512*	
Haushaltsgröße			0,1080**
Haushaltseinkommen			0,0000
Pseudo R <sup>2</sup>	0,05313	0,05456	0,05293

<sup>1)</sup> relative Einkommensposition in Prozent des Durchschnittseinkommens  
Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Modell 2 erweitert Modell 1 um das Vorhandensein eines Partners und dessen Einkommen. Es zeigen sich hier nahezu die gleichen Effekte wie in Modell 1. Allerdings ist festzuhalten, dass der Einfluss eines Partners auf den Logit der

Pflegeübernahme nicht signifikant ist. Ein Einkommensanstieg beim Partner führt erwartungsgemäß zu einem erhöhten Logit, da die eigene Erwerbstätigkeit ökonomisch weniger notwendig wird und die Übernahme einer Pflegetätigkeit somit wahrscheinlicher ist. Warum die Effekte der eigenen Erwerbstätigkeit im Vergleich zu Modell 1, wie oben angedeutet, dennoch nahezu unverändert bleiben, ist überraschend. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass die Wahrscheinlichkeit zur Pflegeübernahme grundsätzlich mit der Partizipation am Arbeitsmarkt sinkt und diese Effekte die Einkommenseffekte überlagern.<sup>59</sup>

Modell 3 dient dem Zweck den erweiterten Haushaltskontext zu berücksichtigen, also für die Anzahl der Haushaltsmitglieder sowie für das gewichtete Haushaltseinkommen zu kontrollieren.<sup>60</sup> Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie in Modell 1 und 2. Die hinzugenommenen Variablen Haushaltsgröße und Haushaltseinkommen liefern nur bedingt einen Informationsmehrwert. Der Logit einer Pflegetätigkeit erhöht sich mit der Haushaltsgröße und ist statistisch signifikant. Über den Einfluss des gewichteten Haushaltseinkommens lässt sich jedoch keine abschließende Aussage treffen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass individuelle Faktoren den Einfluss auf die Übernahmewahrscheinlichkeit einer Pflegetätigkeit nur bedingt empirisch abbilden können. Dies zeigt sich nicht zuletzt am ausgewiesenen Pseudo R<sup>2</sup>, der sich nur unmerklich zwischen den Modellen 1,2 und 3 unterscheidet. Dies deutet daraufhin, dass es weitere, in der Regression unberücksichtigte, Faktoren gibt, die Einfluss auf die Aufnahme einer Pflegetätigkeit haben. Wie in Kapitel 4.2 beschrieben, sind darunter vor allem der Pflegebedarf sowie die institutionellen Rahmenbedingungen zu verstehen. Diese können jedoch aufgrund der Datenlage nicht adäquat empirisch abgebildet werden.

Im weiteren Verlauf wird daher Abstand von den Einflussfaktoren für eine Übernahme von informellen Pflegetätigkeiten genommen und stattdessen mit den identifizierten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten gearbeitet. Darauf aufbauend beschäftigt sich der nächste Abschnitt mit der Dauer und Intensität von Pflegetätigkeiten.

---

<sup>59</sup> Siehe hierzu auch die in Kapitel 3.6.2 erläuterten Wirkungen zwischen Substitutions- und Einkommenseffekt.

<sup>60</sup> Zur Gewichtung des Haushaltseinkommens wird auf den OECD Equivalence Scale zurückgegriffen (OECD, 1982). Das heißt, das Haushaltseinkommen  $Y$  wird mit  $a$  multipliziert;  $a = \frac{1}{1+0,7x}$ , wobei  $x$  als die Anzahl der zusätzlichen Personen im Haushalt definiert ist.

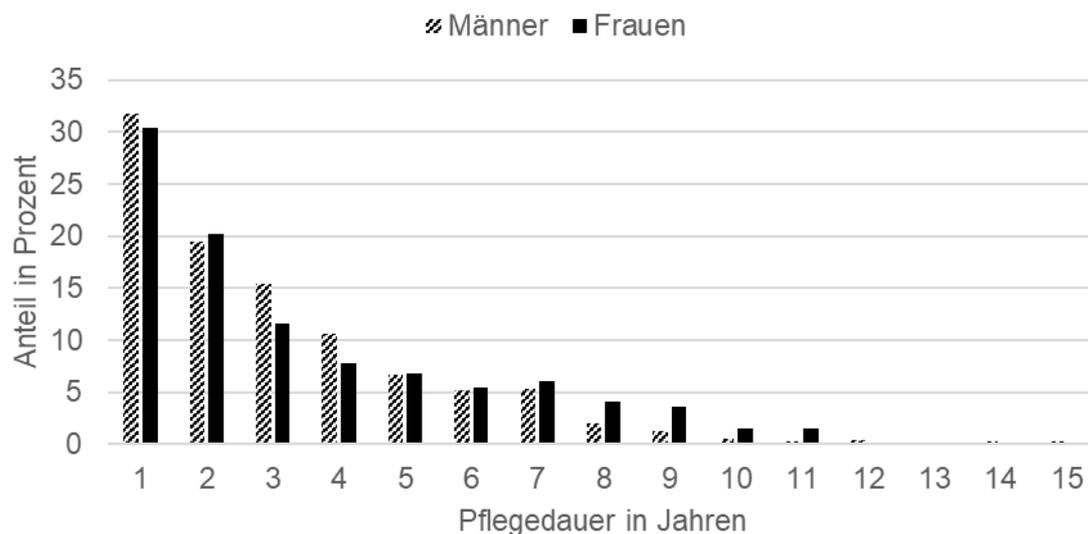
#### 4.4.2 Dauer von Pflegetätigkeiten und Intensitäten

Das vorliegende Teilkapitel geht auf die Dauer und Intensität von Pflegetätigkeiten im Lebenszeitverlauf ein. Die Dauer einer Pflegetätigkeit bezieht sich auf den Zeitraum (in Jahren), in dem Pflege geleistet wird. Die Pflegeintensität gibt die Anzahl der Pflegestunden pro Tag an.

Um diese zu ermitteln, werden wiederum in Anlehnung an Rothgang und Unger (2013) nur die Fälle ausgewählt, die innerhalb des Beobachtungszeitraums von 2001 bis 2018 eine Pflegetätigkeit sowohl begonnen als auch abgeschlossen haben. Das heißt, links- und rechtszensierte Fälle sind von der Analyse ausgeschlossen.<sup>61</sup>

Aus Abbildung 5 wird ersichtlich, dass die Dauer von Pflegetätigkeiten bei Männern und Frauen heterogen ausfällt. Die Hälfte aller Männer (51%) und Frauen (50%) pflegt bis zu zwei Jahre. Auffällig ist jedoch, dass Frauen tendenziell längere Pflegephasen durchlaufen als Männer. Während knapp ein Fünftel der Männer zwischen fünf und zehn Jahren pflegt, beträgt der Anteil bei Frauen mehr als ein Viertel. Länger als zehn Jahre pflegen lediglich 1,8% der Männer und 2,3% der Frauen. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt bei Männern 3,34 Jahre und bei Frauen 3,53 Jahre.

Abbildung 5: Pflegedauer von Männern und Frauen



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung (mit gewichteten Werten)

Die hier ausgewiesenen Dauern von Pflegetätigkeiten decken sich zum Beispiel mit den Ergebnissen von Rothgang und Unger (2013). Darüber hinaus korrespondieren sie

<sup>61</sup> Linkszensierte Fälle sind Ereignisse, wie beispielsweise der Beginn einer Pflegetätigkeit, die an einem unbekanntem Zeitpunkt in der Vergangenheit aufgetreten sind. Rechtszensierte Fälle sind Ereignisse, wie beispielsweise die Beendigung einer Pflegetätigkeit, die an einem unbestimmten Zeitpunkt in der Zukunft auftreten.

stark mit den Zeiträumen, in denen Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld Pflegeleistungen nach SGB XI beanspruchen (Müller et al., 2010).

Bezugnehmend auf die Pflegeintensität zeigt die Auswertung, dass die überwiegende Mehrheit von 79% der Pflegenden leichte Pfl egetätigkeiten, das heißt ein bis zwei Stunden Pflege pro Tag, erbringt. Weitere 10% sind in moderate Pfl egetätigkeiten (zwei bis vier Stunden Pflege pro Tag) involviert und 11% leisten intensive Pflege, also mehr als 4 Stunden pro Tag.<sup>62</sup>

Geschlechtsspezifisch betrachtet sind Männer zum Großteil (85%) in leichte Pfl egetätigkeiten involviert, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sie häufig administrative Aufgaben bei der Pflegeorganisation übernehmen (Franke & Reichert, 2010). Lediglich 3% von ihnen sind mit moderaten Pflegeaufgaben betraut, wonach 12% intensive Pflegearbeiten erbringen. Bei Frauen zeichnet sich ein differenzierteres Bild ab. Knapp drei Viertel (74%) sind in leichte Pfl egetätigkeiten eingebunden, während 16% moderate Pflegeaufgaben übernehmen und 10% pflegeintensive Arbeiten verrichten. Im Durchschnitt leisten Frauen 2,9 Stunden Pflege pro Tag und Männer 2,5 Stunden.

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass unabhängig von der Pflegeintensität und -dauer Frauen häufiger pflegen als Männer. Der Anteil weiblicher Pflegepersonen an allen Pflegenden beträgt 57%, demzufolge sind 43% der Pflegenden männlich.

Zusammengefasst bedeutet das: Frauen pflegen häufiger, über einen längeren Zeitraum und während der Pflegephase zeitintensiver als Männer.

Zudem ist es denkbar, dass Pflegedauer und -intensität nicht nur durch Geschlechtsunterschiede bzw. das dadurch implizit ausgedrückte gesellschaftliche Rollenverständnis erklärt werden. Sie könnten außerdem mit dem Alter bei Pflegebeginn variieren.

Aus Sicht der Pflegeperson dürfte zum einen der Zeitpunkt der Pflegeübernahme im Erwerbsverlauf ausschlaggebend dafür sein, wie zeitintensiv – aufgrund der eigenen Erwerbstätigkeit – gepflegt werden kann. Zum anderen hängt die Pflegedauer maßgeblich mit dem Gesundheitszustand bzw. dem Pflegegrad der zu betreuenden Person zusammen. Das heißt, es ist anzunehmen, dass je später der Pflegeeintritt erfolgt, desto älter und damit pflegebedürftiger ist das zu betreuende Umfeld, weshalb sich in

---

<sup>62</sup> Die Kategorisierung der Pflegeintensität in leichte, moderate und intensive Pflege ist an die Definition der Pflegestufen 1,2 und 3 angelehnt. Eine ausführliche Diskussion dazu findet sich in Kapitel 4.7.1.

der Konsequenz die Pflegedauer mit fortschreitendem Alter verkürzt und die Pflegeintensität verstärkt.

Um diese Annahmen zu überprüfen, werden zwei Ordinary Least Square (OLS)-Regressionsanalysen durchgeführt, die getrennt voneinander den Einfluss des Alters auf die Pflegedauer bzw. die Pflegeintensität empirisch testen. Es wird bei beiden Analysen für einen Geschlechtsunterschied kontrolliert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Einfluss des Alters bei Pflegebeginn auf die Pflegedauer und -intensität

	Pflegedauer	Pflegeintensität
Konstante	- 4,8616***	10,6162***
Alter	0,3928***	- 0,3271***
Alter <sup>2</sup>	- 0,0042***	0,0030***
Geschlecht	0,5189***	0,5099***

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p< ,001

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Das Signifikanzniveau der geschätzten Koeffizienten bekräftigt die Annahme, dass die Pflegedauer und -intensität mit dem Alter und zwischen Mann und Frau variiert.

Werden die Regressionskoeffizienten aus Tabelle 7 in die Schätzgleichung für die Pflegedauer eingesetzt, zeigt sich im Ergebnis, dass die Pflegedauer mit einem Alter von 25 Jahren bei Pflegebeginn zunächst stetig zunimmt – und zwar von einer Pflegedauer von 2,3 (2,8) Jahren bei Männern (Frauen) auf maximal 4,3 (4,8) Jahre.<sup>63</sup> Bei einem Pflegeeintritt mit 50 Jahren nimmt die Pflegedauer bei Männern (und Frauen) von 4,3 (4,8) Jahren zunehmend bis auf eine Pflegedauer von 2,6 (3,1) Jahren bei einem Pflegeeintrittsalter mit 67 Jahren ab. Auf Basis der OLS-Regression lässt sich so eine durchschnittliche Pflegedauer im Alter zwischen 25 und 67 Jahren von 3,6 (4,1) Jahren für Männer (und Frauen) schätzen. Dieser Befund stimmt mit der aus den Daten identifizierten durchschnittlichen Pflegedauer von 3,5 (4,3) Jahren nahezu überein.

Die Regressionskurve, die sich beim Einsetzen der Regressionskoeffizienten aus Tabelle 7 in die Schätzgleichung für die Pflegeintensität ergibt, nimmt einen gedehnten U-förmigen Verlauf.<sup>64</sup> In jungen Jahren liegt häufiger eine Doppelbelastung aus Kindererziehung und Pflegeverantwortung vor, die aufgrund der Fragestellung im SOEP potenziell miterfasst wird (siehe Kapitel 4.3). Diese nimmt mit Einstieg ins Erwerbsleben zunehmend ab, weshalb sich auch die Pflegeintensität kontinuierlich verringert. Ab Erreichen eines Alters von ungefähr 55 Jahren steigt sie hingegen wieder an, was auf den

<sup>63</sup> Die Schätzgleichung ist wie folgt spezifiziert:  $\partial Pflegedauer_{A,G} = \partial_0 + \partial_1 Alter + \partial_2 Alter^2 + \partial_3 Geschlecht$ , wobei  $A$  das Alter und  $G$  das Geschlecht ausdrückt.

<sup>64</sup> Die Schätzgleichung ist wie folgt spezifiziert:  $\eta Pflegeintensität_{A,G} = \eta_0 + \eta_1 Alter + \eta_2 Alter^2 + \eta_3 Geschlecht$ , wobei  $A$  das Alter und  $G$  das Geschlecht ausdrückt.

Alterungsprozess und damit den Anstieg der Schwere der Pflegebedürftigkeit im familiären Umfeld zurückzuführen sein dürfte. Im Durchschnitt wird die geleistete Pflegezeit für Männer (Frauen) auf 2,4 (2,9) Stunden pro Tag geschätzt. Damit können die Koeffizienten der OLS-Regression die aus den Daten identifizierte durchschnittliche Pflegeintensität für Männer (Frauen) von 2,2 (2,8) Stunden pro Tag annähernd korrekt abbilden.

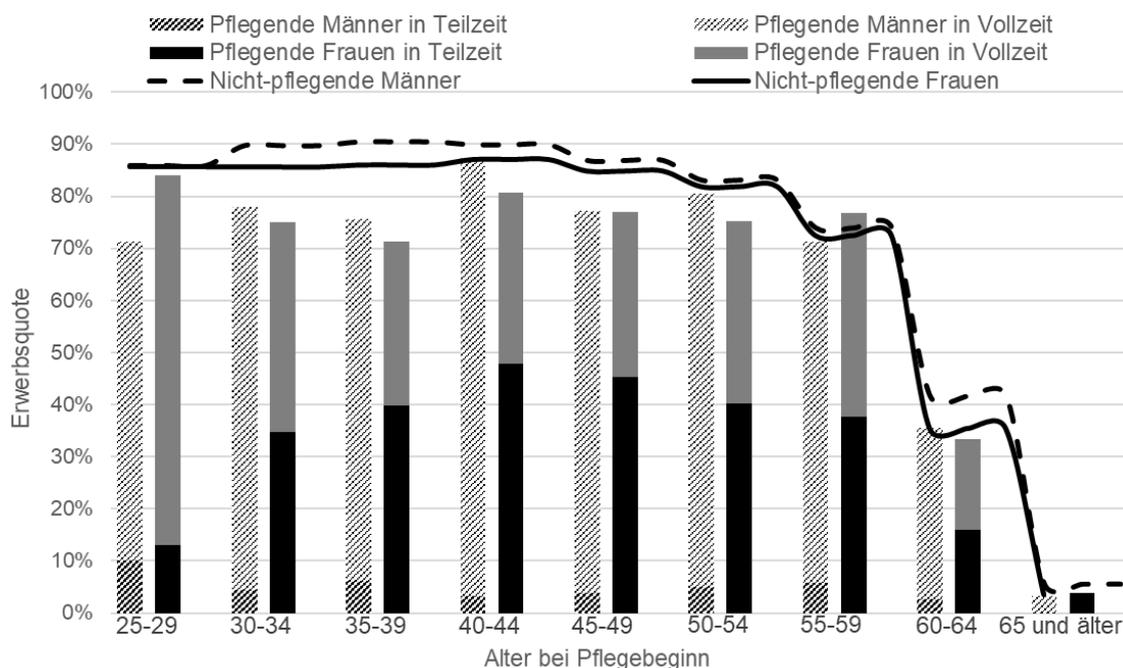
Abschließend lässt sich daher festhalten, dass neben der Geschlechterrolle auch das Alter bei Pflegebeginn erhebliche Auswirkungen auf die Dauer und Intensität der Pflegearbeit hat. Ergänzend dazu wird im folgenden Abschnitt das Verhältnis zwischen Pflegearbeit und Erwerbstätigkeit näher untersucht.

#### 4.4.3 Erwerbssituation vor und/oder zu Beginn einer Pflege Tätigkeit

Das Untersuchungssample umfasst wie bereits beschrieben Personen im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, die somit alle im erwerbsfähigen Alter sind.

Abbildung 6 zeigt die Erwerbsquoten von pflegenden Frauen (einfarbige Balken) und Männern (schraffierte Balken) nach Alter bei Pflegebeginn. Zur besseren Einordnung der Arbeitsmarktpartizipation von Pflegenden ist zusätzlich die Erwerbsquote von nicht-pflegenden Frauen (durchgängige Linie) und Männern (gestrichelte Linie) je Altersgruppe dargestellt. Um darüber hinaus Erkenntnisse über die Erwerbsform zu erlangen, das heißt, ob Pflegepersonen in Teil- oder Vollzeit beschäftigt sind, repräsentieren die schwarzen Balken Teilzeittätigkeit, während die grauen Balken auf Arbeit in Vollzeit verweisen.

Abbildung 6: Erwerbsquoten von Pflegenden im ersten Pflegejahr



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung (mit gewichteten Werten)

Es wird deutlich, dass die Erwerbsquote sowohl bei Männern als auch Frauen im ersten Pflegejahr niedriger ist als die Erwerbsquote von nicht-Pflegenden in der jeweiligen Altersgruppe. Eine Ausnahme stellen pflegende Frauen im Alter von 55 bis 59 Jahren dar, die etwas häufiger am Arbeitsmarkt aktiv sind als die Vergleichsgruppe. Während die Erwerbsquote von Männern bei Aufnahme einer Pflegetätigkeit durchschnittlich – und im Vergleich zu nicht-pflegenden Männern – 8 Prozentpunkte niedriger ausfällt, ist der Unterschied bei Frauen mit einer um 5 Prozentpunkten verringerten Erwerbsquote etwas geringer.

Es ist zunächst kontraintuitiv, dass der Unterschied der Erwerbsquoten zwischen pflegenden und nicht-pflegenden Frauen geringer ausfällt als bei Männern. Schließlich leisten Frauen nachweislich häufiger, länger und intensiver Pflege (siehe Kapitel 4.4.2). Folglich wäre es naheliegend, wenn bei Frauen der Zeitkonflikt zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit verstärkt zu Lasten der Erwerbsarbeit gelöst wird. Das heißt, der Unterschied der Erwerbsquoten zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden würde bei Frauen *größer* ausfallen als bei Männern.

Ein differenzierter Blick auf die Erwerbsform löst diesen scheinbaren Widerspruch jedoch auf. Hierbei zeigt sich, dass Frauen über alle Altersgruppen hinweg zu einem Drittel in Teilzeit beschäftigt sind. Der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Männern ist mit 5% wesentlich kleiner. Das bedeutet, Frauen sind nahezu genauso häufig am Arbeitsmarkt aktiv wie nicht-pflegende Frauen. Aufgrund der durchschnittlich geringeren

Erwerbsarbeitszeit (höhere Teilzeitquote) können sie im Vergleich zu pflegenden Männern häufiger, länger und zeitintensiver pflegen – ohne dass ein Zeitkonflikt mit der Erwerbstätigkeit entsteht.

Geschlechtsunabhängig deuten die bereits zu Beginn der Pfl egetätigkeit niedrigeren Erwerbsquoten von Pflegenden auf einen sogenannten Selektionseffekt hin (vgl. Unger & Rothgang, 2013). Das heißt, Personen, die eine Pfl egetätigkeit übernehmen, könnten gegenüber Personen ohne Pflegeverantwortung eine geringere Arbeitsmarktaffinität aufweisen – und zwar bereits vor Pflegebeginn. Demnach entstünde bei ihnen kein unmittelbarer Zeitkonflikt zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit, sondern die Pfl egetätigkeit würde vielmehr durch (bestehende) freie Zeitressourcen ermöglicht. Um dieser Vermutung nachzugehen, bedarf es zweier konzeptioneller Zwischenschritte, die nachfolgend kurz erläutert werden.

Zunächst muss neben dem bereits vorgestellten Individual- und Haushaltsfragebogen zusätzlich auf den Biografiefragebogen („pbiospe“) im SOEP zurückgegriffen werden. Der Fragebogen enthält Informationen über die seit dem 15. Lebensjahr erbrachten Tätigkeiten, die mit Eintritt ins Sample abgefragt werden. Für den Panelzeitraum liegen erwerbsbezogene Informationen monatsgenau („artkalen“) und allgemein, das heißt auf das jeweilige Befragungsjahr bezogen, vor.<sup>65</sup> Da im Biografiefragenbogen die Informationen nicht monatsgenau dokumentiert sind, sondern mitunter mehrere Tätigkeiten pro Jahr angegeben sind, wird angenommen, dass sich mehrere Tätigkeiten innerhalb eines Jahres gleich verteilen. Dadurch ist es möglich die Informationen zur Erwerbsbiografie vor Sampleeintritt mit denen im Panelzeitraum (gemäß „artkalen“) überein zu bringen (vgl. Geyer and Steiner, 2009). Die durch dieses Vorgehen berücksichtigten Tätigkeiten im Lebenszeitverlauf sind Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung und keine Beschäftigung.<sup>66</sup>

In einem zweiten Schritt wird die Arbeitsmarktaffinität des oder der Einzelnen über die effektive Arbeitserfahrung gemäß Beblo und Wolf (2002) approximiert, um so einen möglichen Selektionseffekt untersuchen zu können.

Die effektive Arbeitserfahrung  $eAE_T$  ergibt sich aus der gewichteten Summe aller Erwerbsjahre  $F_t$ . Das Vollzeitäquivalent der gesamten Erwerbsdauer ist dann durch  $\sum_{t=0}^{T-1} F_t$  gegeben, das bei einer Vollzeittätigkeit im Jahr  $t$  um den Wert 1 steigt und sich

---

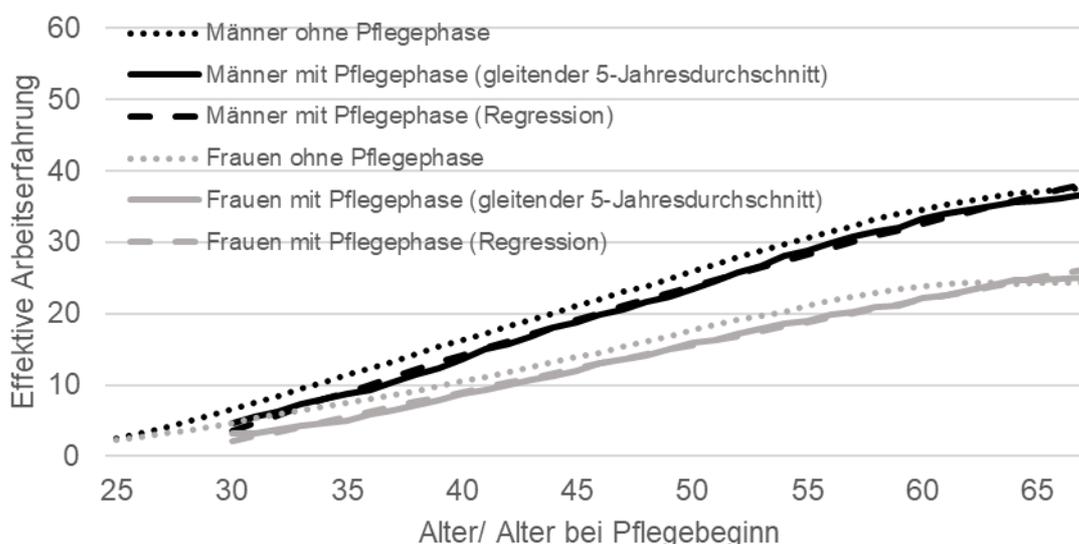
<sup>65</sup> Die Informationen je Befragungsjahr beziehen sich in der Regel auf den Monat vor dem Befragungszeitpunkt.

<sup>66</sup> Durch dieses Vorgehen werden geringfügig Beschäftigte oder Zivildienstleistende untererfasst.

im Falle einer Teilzeittätigkeit im entsprechenden Jahr annahmegemäß um den Wert 0,5 erhöht. Die jeweiligen Werte  $F_t$  gehen zunächst mit einer Gewichtung von 1 in die Bewertung ein. Wird jedoch eine Tätigkeit nicht volle 12 Monate ausgeübt, sondern beispielsweise 9 Monate in Vollzeit gearbeitet und 3 Monate in Teilzeit, werden die Werte für Voll- und Teilzeittätigkeit entsprechend ihrer Dauer in Monaten mit dem Faktor  $\frac{1}{12} = 0,08$  korrigiert. Im oben genannten Beispiel ergibt sich für das Jahr  $t$  eine effektive Arbeitserfahrung von  $eAE_T = (1 * 9 * 0,08) + (0,5 * 3 * 0,08) = 0,79$ .

Die durch dieses Vorgehen approximierte Arbeitsmarktaffinität für Pflegende (und nicht-Pflegende) ist in Abbildung 7 nach Pflegeeintrittsalter (bzw. Alter) und Geschlecht dargestellt.

Abbildung 7: Effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnungen

Wie die Abbildung zeigt, divergiert die effektive Arbeitserfahrung von Männern und Frauen ohne Pflegephase über den Lebensverlauf hinweg immer weiter auseinander (gepunktete schwarze vs. gepunktete graue Linie). Dieser gegenläufige Trend lässt sich – neben der etwas niedrigeren Erwerbsquote von Frauen – durch den vergleichsweise hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung bei Frauen erklären. Im Gegensatz dazu arbeiten Männer wie oben vorgestellt primär in Vollzeit und gewinnen daher über den gleichen Zeitraum schneller an Arbeitserfahrung als Frauen.

Sowohl pflegende Männer als auch Frauen (durchgängige schwarze bzw. graue Linie) weisen nahezu über den gesamten Erwerbsverlauf eine geringere effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn auf als die Vergleichsgruppe im gleichen Alter. Das heißt, die Vermutung eines vorliegenden Selektionseffektes scheint sich zu bestätigen. Pflege-

personen haben eine geringere Arbeitsmarktaffinität als nicht-Pflegende und zwar bereits vor Aufnahme einer Pfl egetätigkeit.

Über den Erwerb- bzw. Lebensverlauf ist keine Veränderung im Selektionseffekt zu beobachten – weder bei Männern noch bei Frauen. Erst mit Erreichen des Renteneintrittsalters gleicht sich die effektive Arbeitserfahrung von Pflegenden und nicht-Pflegenden an. Dies könnte entweder darauf zurückzuführen sein, dass bei diesem Personenkreis erst im Rentenalter die Bereitschaft bzw. Möglichkeit zur Pflegeübernahme vorliegt oder zuvor kein Pflegebedarf im Umfeld auftrat. In beiden Fällen gleicht der Erwerbsverlauf dem von nicht-Pflegenden.

Im Vergleich zu nicht-Pflegenden weisen pflegende Männer bei Pflegebeginn durchschnittlich eine um 2,0 Jahre niedrigere effektive Arbeitserfahrung auf. Pflegende Frauen haben bei Aufnahme einer Pfl egetätigkeit 1,6 Jahre weniger Arbeitserfahrung generiert als ihre Vergleichsgruppe.

Darüber hinaus zeigt eine OLS-Regressionsanalyse, dass die effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn – ähnlich der Pflegedauer und Pflegeintensität – maßgeblich mit dem Alter und dem Geschlecht variiert (Tabelle 8).

Tabelle 8: Einfluss des Alters auf die effektive Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn

	Effektive Arbeitserfahrung	
	<i>Pflegende</i>	<i>Nicht-Pflegende</i>
Konstante	- 18,1585***	- 20,0001***
Alter	1,0556***	1,3065***
Alter <sup>2</sup>	- 0,0035***	- 0,0068***
Geschlecht	- 8,9092***	- 7,1306***

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p< ,001

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Die Regressionskurven für Pflegende sind zusätzlich in Abbildung 7 als schwarze bzw. graue gestrichelte Linie dargestellt. Sie gleichen in ihren Verläufen der effektiven Arbeitserfahrung für pflegende Männer und Frauen im Lebenszeitverlauf. Auf die Darstellung der Regressionskurven für nicht-Pflegende wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Jedoch gleichen auch deren Verläufe der effektiven Arbeitserfahrung von nicht-Pflegenden im Lebenszeitverlauf.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die effektive Arbeitserfahrung maßgeblich durch die Variablen Alter und Geschlecht erklärt wird, sodass weitere Faktoren, wie beispielsweise Bildung, eine untergeordnete Rolle spielen dürften.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pflegende bereits vor Aufnahme ihrer Pfl egetätigkeit eine geringere Arbeitsmarktaffinität aufweisen als Personen, die nicht

pflegen. Das heißt, Unterschiede im Erwerbsverhalten zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden müssen nicht zwangsläufig auf die Pflege Tätigkeit als solche zurückzuführen sein.

Daher wird im nächsten Abschnitt untersucht, ob und inwiefern sich die Erwerbssituation während einer Pflege Tätigkeit verändert.

#### 4.4.4 Erwerbssituation während einer Pflege Tätigkeit

Die bisherigen Analysen konzentrierten sich auf die Arbeitsmarktpartizipation von Pflegenden vor bzw. zu Beginn einer Pflege Tätigkeit. Um darüber hinaus zu untersuchen, inwiefern sich die Erwerbssituation während der Pflegephase verändert, wird im Nachfolgenden die Erwerbsarbeitszeit von Pflegenden in der Pflegephase der Erwerbsarbeitszeit von nicht-Pflegenden innerhalb des gleichen Zeitraums gegenübergestellt.

Die Differenz der durchschnittlich erbrachten Wochenarbeitsstunden je Jahr von Pflegenden und nicht-Pflegenden werden alters- und geschlechtsspezifisch betrachtet. Die nachfolgende Tabelle enthält einige ausgewählte Ergebnisse (Tabelle 9).

Tabelle 9: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Pflegeeintrittsalter und Pflegedauer

Pflegeeintrittsalter	Pflegedauer/ Zeitraum (in Jahren)	Wochenarbeitsstunden		$\Delta$ Wochenarbeitsstunden
		Pflegende	Nicht-Pflegende	
<i>Männer</i>				
40	1	40	45	- 5
	3	39	44	- 5
50	1	33	44	- 11
	3	32	44	- 12
60	1	15	42	- 27
	3	12	43	- 29
<i>Frauen</i>				
40	1	16	31	- 15
	3	16	32	- 16
50	1	25	35	- 10
	3	23	33	- 10
60	1	18	33	- 15
	3	14	37	- 23

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, verrichten nicht-Pflegende über den Erwerbsverlauf hinweg nahezu konstant viele Arbeitsstunden. Das Arbeitsstundenniveau von nicht-pflegenden Männern liegt dabei im Durchschnitt circa 10 Stunden pro Woche höher als das von Frauen.

Bezugnehmend auf die Pflegenden zeigt sich ein differenzierteres Bild. Bei Männern nimmt die Arbeitszeit maßgeblich mit dem Alter ab, während der Unterschied aufgrund der Pflegedauer (1 vs. 3 Jahre) gering ausfällt. Bei Frauen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, wonach erst im späten Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren die Pflegedauer (1 vs. 3 Jahre) einen Unterschied bei den erbrachten Erwerbsarbeitsstunden hervorzurufen scheint. Dies dürfte daran liegen, dass neben dem Pflegeeintrittsalter und der Pflegedauer weitere Faktoren, wie beispielsweise die Intensität mit der Pflege (Anzahl an Pflegestunden pro Tag) erbracht wird, eine Rolle für die Erwerbsarbeitszeit während der Pflegephase spielen.

Um diesem Aspekt nachzugehen, wird im Folgenden eine OLS-Regressionsanalyse durchgeführt, die weitere Aspekte mit Einfluss auf die Erwerbsarbeitszeit von Pflegenden berücksichtigt. Als abhängige Variable ist die Differenz der Arbeitsstunden zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden über den Zeitraum, in dem Pflege erbracht wird, definiert. Da die Differenz der Arbeitsstunden negativ ist (siehe Tabelle 9), kann die Wirkungsrichtung der nachfolgend ausgewiesenen Regressionskoeffizienten je nach Vorzeichen als größer/kleiner interpretiert werden. Ein positives Vorzeichen bedeutet also, dass eine Erhöhung der betreffenden Variable dazu führt, dass sich die Differenz der Arbeitsstunden zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden verkleinert, während ein negatives Vorzeichen darauf hinweist, dass sich die Differenz vergrößert.

Im Nachfolgenden werden zwei verschiedene OLS-Modelle getestet (Tabelle 10). In Modell 1 wird der Einfluss des Alters und Geschlechts sowie der Pflegedauer und -intensität auf die Arbeitszeitreduktion von Pflegenden während der Pflegephase untersucht.

Tabelle 10: Einflussfaktoren der Arbeitszeitreduktion aufgrund informeller Pflege

	Modell 1	Modell 2
Konstante	- 4,9862	10,7133*
Alter	- 0,0347	- 0,9586***
Alter <sup>2</sup>	0,0015	0,0044*
Geschlecht	1,1959*	9,0211***
Pflegedauer/ Zeitraum (in Jahren)	1,9761***	1,8457***
Pflegeintensität (in Stunden pro Tag)	- 0,3465***	- 0,2541***
Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn		0,8913***
R <sup>2</sup>	0,024	0,171

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p< ,001

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Modell 1 zeigt, dass das Alter keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Differenz der geleisteten Arbeitsstunden hat. Dieser Befund steht zunächst im Widerspruch zu den ausgewerteten Ergebnissen in Tabelle 9. Ungeachtet dessen verringert sich mit

zunehmender Pflegedauer die Differenz der Arbeitsstunden zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden. Dies deutet daraufhin, dass *erwerbstätige* Personen mit Pflegeverantwortung einem ähnlichen Erwerbsverlauf folgen wie nicht-Pflegende. Die Erkenntnisse aus Tabelle 9 werden somit gestützt. Außerdem deutet sich an, dass bei Frauen der Unterschied im Arbeitszeitniveau zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden kleiner als bei Männern ausfallen könnte. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte die grundsätzlich geringere Wochenarbeitszeit von Frauen sein, die zu einem schwächeren Zeitkonflikt zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit führt. Darüber hinaus spielt aber auch die Pflegeintensität eine wichtige Rolle. Je mehr Pflegestunden pro Tag geleistet werden, desto größer wird die Differenz der erbrachten Erwerbsarbeitsstunden.

Um darüber hinaus für den in Kapitel 4.4.3 diskutierten Selektionseffekt zu kontrollieren, wird Modell 1 um die Arbeitserfahrung bei Pflegebeginn erweitert (siehe Modell 2). Erwartungsgemäß verkleinert sich bei einer vergleichsweise hohen Arbeitsmarktaffinität von Pflegenden die Differenz der Arbeitsstunden. Anders ausgedrückt verringern Pflegende mit hoher Arbeitsmarktaffinität ihre Erwerbsarbeitszeit im geringeren Maße als Pflegende mit niedrigerer Arbeitsmarktaffinität. Am Unterschied des ausgewiesenen  $R^2$  zwischen Modell 1 und 2 zeigt sich nicht zuletzt, dass das Erwerbsverhalten von Pflegenden während der Pflegephase zu großen Teilen durch die bereits vor Pflegeeintritt verfestigten Erwerbsmuster erklärt wird. Auffallend ist zudem, dass durch die Kontrolle des Selektionseffektes der Einfluss des Alters statistisch signifikant wird. Die zuvor gewonnenen Erkenntnisse werden damit durch die Regressionsanalyse bekräftigt.

Zusammenfassend scheint eine verringerte Erwerbsarbeitszeit aufgrund informeller Pflege Tätigkeiten hauptsächlich auf einen vorliegenden Selektionseffekt zurückführen zu sein und weniger auf den potenziellen Zeitkonflikt, der während der Pflegephase entstehen kann. Diese Erkenntnis reiht sich in die in Kapitel 3.6.2 vorgestellten empirischen Befunde ein, wonach nicht abschließend und zweifelsfrei beantwortet werden kann, ob und inwieweit informelle Pflege – isoliert betrachtet – zu einer Reduktion der Erwerbsarbeit führt. Nichtsdestotrotz deutet die Analyse darauf hin, dass es auch bei Kontrolle für die Arbeitsmarktaffinität vor Pflegebeginn zu einer leichten Erwerbsarbeitszeitreduktion während der Pflegephase kommen kann.

In Anlehnung daran soll an dieser Stelle noch kurz auf das Einkommensniveau von Pflegenden eingegangen werden. Die Datenanalyse hat ergeben, dass pflegende Frauen in Teilzeit ein durchschnittliches Einkommen von 1.527 Euro pro Monat erzielen. In Vollzeit liegt es bei durchschnittlich 2.618 Euro im Monat. Männer mit Pflegeverantwortung beziehen erwartungsgemäß ein höheres Einkommen, sowohl in Teilzeit

(1.744 Euro pro Monat) als auch in Vollzeit (3.209 Euro pro Monat). Im Querschnitt betrachtet treten keine nennenswerten Unterschiede zu den Erwerbseinkommen von Männern und Frauen ohne Pflegeaufgabe auf. Jedoch ist davon auszugehen, dass Pflegenden über den Erwerbsverlauf hinweg – also im Längsschnitt betrachtet – geringere Einkommen generieren, da sie unter Umständen ihre Erwerbsarbeitszeit im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit reduzieren.

Die Datenanalyse wird im nächsten Unterkapitel mit der Betrachtung des Renteneintrittsalters von Pflegenden abgeschlossen.

#### 4.4.5 Renteneintrittsalter von Pflegenden

Um zu untersuchen, ob Pflegenden womöglich früher in Rente gehen als nicht-Pflegenden, wird zunächst das Renteneintrittsalter von Pflegenden mit dem Renteneintrittsalter von Personen ohne Pflegeaufgaben verglichen.

Gemessen an der Anzahl von verrenteten Personen mit und ohne Pflegeaufgabe ist nur in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen (verrenteten) pflegenden Männern ein nennenswerter Unterschied von +6 Prozentpunkten im Vergleich zu nicht-pflegenden Männern feststellbar. Das deutet daraufhin, dass in dieser Altersspanne pflegende Männer vermehrt die Möglichkeit der Frühverrentung nutzen.

Um den Einfluss einer Pflegetätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit hin zu untersuchen verfrüht in Rente zu gehen, wird im Folgenden eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Der Renteneintritt ist dabei als abhängige, binäre Variable definiert, während das Alter und die Pflegedauer in Jahren als unabhängige, metrische Variablen in die Analyse aufgenommen werden.<sup>67</sup> Es wird zusätzlich für einen Geschlechtsunterschied kontrolliert (Tabelle 11).

Tabelle 11: Einfluss von Pflegetätigkeiten auf die Renteneintrittswahrscheinlichkeit

	Renteneintrittswahrscheinlichkeit
Konstante	- 15,6135***
Alter	0,2508***
Geschlecht	- 0,1524***
Pflegedauer in Jahren	0,0204***

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p< ,001  
Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

<sup>67</sup> Personen ohne Pflegeaufgabe weisen eine Pflegedauer von 0 Jahren auf.

Die empirische Evaluation zeigt, dass sich der Logit eines Renteneintritts nicht nur mit dem Alter, sondern auch mit einer anhaltenden Pfl egetätigkeit erhöht.<sup>68</sup>

Bei Frauen wird ein statistisch signifikanter, wenn auch kleiner, negativer Einfluss einer Pfl egetätigkeit auf den Logit einer Verrentung gemessen. Dies dürfte daran liegen, dass, wie oben bereits ausführlich diskutiert, Frauen andere Erwerbsverläufe aufweisen als Männer (siehe Kapitel 4.4.3 und 4.4.4). Das heißt, sie haben aufgrund ihrer Erwerbshistorie ein niedrigeres Alterssicherungsniveau als Männer, was mutmaßlich dazu führt, dass Frauen länger am Arbeitsmarkt teilhaben (müssen). Darüber hinaus sind sie häufiger in Teilzeit beschäftigt, weshalb es bei ihnen Nahe liegt, dass sie nach §44 SGB VI zusätzliche Entgeltpunkte aufgrund einer Pfl egetätigkeit sammeln und nicht die Möglichkeit einer Frühverrentung nutzen.

Im Umkehrschluss deckt sich diese Erkenntnis mit den empirischen Befunden von Geyer und Korfhage (2018), wonach die Pflegegeldzahlungen der SPV insbesondere älteren Männern Anreize bietet Pfl egetätigkeiten zu übernehmen – und dafür den Arbeitsmarkt frühzeitig zu verlassen.

Abschließend werden die empirisch gewonnenen Erkenntnisse über die Aufnahme einer Pfl egetätigkeit und deren Spannungsverhältnis zur Erwerbstätigkeit resümiert und kritisch reflektiert.

#### 4.5 Zwischenfazit: Spannungsfeld Pflege- und Erwerbsarbeit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Aufnahme einer informellen Pfl egetätigkeit mit einer verkürzten Erwerbsarbeitszeit über den Lebensverlauf hinweg einher geht. Warum genau bzw. aufgrund welcher Faktoren Personen Pflegeaufgaben übernehmen und davor bzw. währenddessen weniger Erwerbsarbeitszeit leisten als nicht-Pflegende lässt sich mit den vorhandenen Daten jedoch nur in Ansätzen erklären.<sup>69</sup>

Das Konzept Übereinkommen zur Pflege ist also nur bedingt empirisch abbildbar, was zum einen verdeutlicht, wie komplex sich der Entscheidungsprozess zur Pflegeübernahme ausgestaltet. Zum anderen offenbart es die noch immer fragmentierte Datenlage zum Thema Pflege im familiären Umfeld.

Bezugnehmend auf das Spannungsfeld von Erwerbstätigkeit und Pflege scheint vornehmlich die geringere Arbeitsmarktaffinität vor Pflegebeginn ausschlaggebend für

---

<sup>68</sup> Siehe hierzu die Erläuterungen zur Interpretation der Regressionskoeffizienten in Kapitel 4.4.1.

<sup>69</sup> Um diesem Aspekt weiter nachzugehen, könnten zum Beispiel Befragungen jenseits des SOEP zur Analyse herangezogen werden.

eine verringerte Erwerbsarbeitszeit *während* der Pflegephase zu sein. Nichtsdestotrotz hat auch die Pflegeintensität, also die Anzahl der erbrachten Pflegestunden pro Tag, einen negativen Einfluss auf die Erwerbsarbeitszeit während der Pflege – wenn auch in geringerem Maße.

Die in Kapitel 3.2 vorgestellte Theorie zu Produktion und Kosten der informellen Pflege, der zufolge ein interdependentes Verhältnis zwischen Pflege- und Erwerbsarbeitszeit vorliegt, lässt sich mit den zur Verfügung stehenden Daten also nur bedingt empirisch bestätigen. Die Ergebnisse deuten vielmehr daraufhin, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei geringer Pflegeintensität weniger problematisch ist. Erst eine steigende zeitliche Pflegeanforderung scheint sich negativ auf die Erwerbsarbeitszeit auszuwirken.

Eine abschließende und allgemeingültige Aussage zu den Auswirkungen einer informellen Pflege Tätigkeit auf das Erwerbsverhalten ist also nur begrenzt möglich. In diesem Zusammenhang plädiert Czaplicki (2019) für eine Erweiterung der zur Verfügung stehenden Längsschnittdaten, die es erlauben würde, die bisher gewonnenen Erkenntnisse über Pflege- und Erwerbsverläufe zu differenzieren und zu vertiefen.

Außerdem wäre von großem Forschungsinteresse, ob sich eine während der Pflegephase reduzierte Erwerbsarbeitszeit nach Beendigung der Pflege Tätigkeit fortsetzt – oder, ob die Pflegeperson zum Arbeitszeitniveau vor Pflegebeginn zurückkehrt. Dieser Möglichkeit kann empirisch jedoch nicht nachgegangen werden, da das zeitliche Beobachtungsfenster für eine Erwerbsverlaufsbetrachtung nach Pflegeende im Untersuchungssample zu klein ist.

Im Nachfolgenden dienen die, aus der Datenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zur Konzeption eines Modells, das geeignet ist, die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege zu quantifizieren. Dazu werden im nächsten Abschnitt zunächst die einzelnen Modellzustände festgelegt, bevor im Anschluss die Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verweildauern im jeweiligen Zustand definiert werden. Zur Berechnung der fiskalischen Kosten ist es außerdem erforderlich, das Steuer- und Sozialversicherungssystem zu modellieren. Das Vorgehen und die Annahmen hierzu werden ebenfalls erläutert. Abschließend werden die Kernpunkte des Modells zusammengefasst und die Limitationen des methodischen Vorgehens kritisch gewürdigt.

#### 4.6 Festlegung der Modellzustände und Eintrittswahrscheinlichkeiten

In den nächsten Abschnitten erfolgt die Spezifikation eines Modells, mit dem die Wirkungen zwischen Pflegeübernahme und Erwerbstätigkeit im Kontext des Steuer- und Sozialversicherungssystems analysiert werden.

Das Modell basiert auf verschiedenen Zuständen. Das heißt, Individuen, die das Modell durchlaufen, sind in jeder Zeitperiode  $t$  (=1 Jahr) einem der folgenden Zustände nach Alter  $A$  und Geschlecht  $G$  zugeordnet.

Zum einen wird zwischen dem Zustand *Pflege* und *keine Pflege* unterschieden;  $P_{A,G} \in \{kp, p\}$ . Zum anderen und unabhängig vom Pflegezustand können Individuen im Zustand *Beschäftigung*, *keine Beschäftigung* oder *Rente* sein;  $B_{A,G} \in \{kb, b, re\}$ .

In Summe sind sechs verschiedene Zustandskombinationen möglich. Das bedeutet, manche Zustandskombinationen sind nicht möglich, wie zum Beispiel eine Beschäftigung bei gleichzeitiger Verrentung. Die nachfolgenden Abschnitte erläutern den strukturellen Aufbau zur Bestimmung von Eintritts- und/oder Übergangswahrscheinlichkeiten zu bzw. zwischen den einzelnen Zuständen.

##### 4.6.1 Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit, Pflegedauer und Pflegeintensität

Zur Bestimmung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit wird auf das Vorgehen bei der Datenauswertung in Kapitel 4.4.1 zurückgegriffen. Die dort ermittelten relativen Häufigkeiten einer auftretenden Pflegeetätigkeit lassen sich, wie bereits beschrieben, prospektiv wenden und als Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit interpretieren. Demnach ist im Modell die Wahrscheinlichkeit eine Pflegeetätigkeit  $W(p)$  einzugehen wie folgt spezifiziert:

$$W(p)_{A,G} = \frac{H_n(p)_{A,G}}{n} \quad (1)$$

, wobei  $H_n(p)_A$  als absolute Häufigkeit einer auftretenden Pflegeetätigkeit nach Alter und Geschlecht definiert ist und  $n$  die Gesamtzahl der Beobachtungen ausdrückt. Mit Hilfe dieser alters- und geschlechtsspezifischen Informationen werden die Individuen dem Zustand *Pflege* zugeordnet. Die genauen Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten sind im Anhang A 2 dokumentiert. Die Wahrscheinlichkeit, keine Pflegeaufgaben zu übernehmen, ist demnach:

$$W(kp)_{A,G} = 1 - W(p)_{A,G} \quad (2)$$

Befindet sich ein Individuum im Zustand *Pflege*, wird außerdem die Dauer der anhaltenden Pflegeetätigkeit und die Anzahl der geleisteten Pflegestunden pro Tag (Pflegeein-

tensität) bestimmt. Dies erfolgt auf Basis der in Kapitel 4.4.2 geschätzten Regressionskoeffizienten (siehe Tabelle 7), sodass für die Pflegedauer  $PD$  folgende Gleichung gegeben ist:

$$\partial PD_{A,G} = \partial_0 + \partial_1 \text{Alter} + \partial_2 \text{Alter}^2 + \partial_3 \text{Geschlecht} \quad (3)$$

Die Pflegeintensität  $PI$ , ausgedrückt durch die erbrachten Pflegestunden pro Tag, wird mittels folgender Gleichung bestimmt:

$$\eta PI_{A,G} = \eta_0 + \eta_1 \text{Alter} + \eta_2 \text{Alter}^2 + \eta_3 \text{Geschlecht} \quad (4)$$

Die Bestimmung der Pflegedauer und -intensität dient vor allem der Ermittlung von Pflegegeldzahlungen und Rentenansprüchen, die in Kapitel 4.7.1 und 4.7.2 näher betrachtet werden. Darüber hinaus haben Pflegedauer und -intensität bei Erwerbstätigen Einfluss auf die Anzahl der geleisteten Erwerbsarbeitsstunden, wie der nächste Abschnitt zeigt.

#### 4.6.2 Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit, effektive Arbeitserfahrung, Arbeitsstunden und Lohn

In Anlehnung an die Bestimmung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit wird auch die Wahrscheinlichkeit am Arbeitsmarkt aktiv zu sein über relative Häufigkeiten ermittelt, die prospektiv gerichtet die Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit nach Alter und Geschlecht ausdrücken.

Wie in Kapitel 4.4.3 ausführlich diskutiert unterscheidet sich die Arbeitsmarktpartizipation zwischen Individuen im Zustand *Pflege*  $p$  und *keine Pflege*  $kp$ . Folglich werden die Wahrscheinlichkeiten erwerbstätig zu sein sowohl für pflegende  $W(b)_{A,G}^p$  also auch nicht-pflegende  $W(b)_{A,G}^{kp}$  Individuen im Modell bestimmt, sodass folgende Gleichung gegeben ist:

$$W(b)_{A,G}^{kp,p} = \frac{H_n(b)_A}{n} \quad (5)$$

, wobei  $H_n(b)_A$  als absolute Häufigkeit der erwerbstätigen Individuen nach Alter definiert ist und  $n$  die Gesamtzahl der Beobachtungen ausdrückt. Die so ermittelten Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeiten für Pflegende und nicht-Pflegende werden in 5-jahres Altersgruppen zusammengefasst und je Geschlecht ausgewiesen. Die konkreten Wahrscheinlichkeiten können Anhang A 3 entnommen werden. Die Wahrscheinlichkeit keiner Beschäftigung nachzugehen  $W(kb)_{A,G}^p$  ergibt sich folglich aus:

$$W(kb)_{A,G}^{kp,p} = 1 - W(b)_{A,G}^{kp,p} \quad (6)$$

Ergänzend zu den Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeiten wird im Modell für eine unterschiedliche Arbeitsmarktaffinität zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden kontrolliert, die über die effektive Arbeitserfahrung approximiert ist. Dies erfolgt auf Grundlage der in Kapitel 4.4.3 geschätzten Regressionskoeffizienten (siehe Tabelle 8), sodass für die effektive Arbeitserfahrung  $eAE$  folgende Gleichung gilt:

$$\theta eAE_{A,G}^{kp,p} = \theta_0 + \theta_1 \text{Alter} + \theta_2 \text{Alter}^2 + \theta_3 \text{Geschlecht} \quad (7)$$

Im weiteren Verlauf ist die effektive Arbeitserfahrung insbesondere für die Ermittlung der geleisteten Erwerbsarbeitsstunden und für die Schätzung des Lohneinkommens von Bedeutung.

Individuen, die im Modell dem Zustand *Beschäftigung* zugeordnet sind, erbringen je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich viele Erwerbsarbeitsstunden. Diese lassen sich anhand folgender Regressionsgleichung bestimmen;

$$\lambda AS_{A,G}^{kp,p} = \lambda_0 + \lambda_1 \text{Alter} + \lambda_2 \text{Alter}^2 + \lambda_3 \text{Geschlecht} + \lambda_4 \sum_T eAE_{A,G}^{kp,p} \quad (8)$$

Neben den Variablen Alter und Geschlecht wird zusätzlich die – über den Modellzeitraum  $T$  – akkumulierte effektive Arbeitserfahrung in die Gleichung aufgenommen. Im Ergebnis ist so feststellbar, wie viele Erwerbsarbeitsstunden Pflegende und nicht-Pflegende pro Woche leisten. Die auf Basis dieser Gleichung geschätzten Regressionskoeffizienten sind Anhang A 4 zu entnehmen.

Darüber hinaus ist es denkbar, dass (erwerbstätige) Pflegende ihre Erwerbsarbeitszeit aufgrund der parallelen Pflegeverantwortung reduzieren (siehe Kapitel 4.4.4). Diese Möglichkeit wird im Modell ebenfalls abgebildet und eine Gleichung mit Hilfe der Regressionskoeffizienten aus Tabelle 10 aufgestellt;

$$\begin{aligned} \Delta AS_{A,G} = & \Delta_0 + \Delta_1 \text{Geschlecht} + \Delta_2 \text{Alter} + \Delta_3 \text{Alter}^2 + \Delta_4 PD_{A,G} \\ & + \Delta_5 \sum_{PD_{A,G}} PI_{A,G} + \Delta_6 \sum_T eAE_{A,G}^P \end{aligned} \quad (9)$$

Neben Geschlecht und Alter wird die Pflegedauer, sowie die über die Pflegedauer akkumulierten Pflegestunden (Pflegeintensität) berücksichtigt. Um darüber hinaus für den in Kapitel 4.4.3 erörterten Selektionseffekt zu kontrollieren, wird zusätzlich die über den Modellzeitraum  $T$  akkumulierte effektive Arbeitserfahrung in die Gleichung aufgenom-

men. Im Ergebnis lässt sich so abschätzen, ob und inwieweit sich die Erwerbsarbeitszeit aufgrund von Pflege verändert.

Das Lohneinkommen wird im Wesentlichen durch die effektive Arbeitserfahrung bestimmt. Daneben werden Alter und Geschlecht als erklärende Variablen in die Regressionsgleichung aufgenommen. Zusätzlich wird für eine vorliegende Pflagetätigkeit (*Pflege*  $p = 1$ ) kontrolliert, da Pflegepersonen mutmaßlich geringere Einkommen als nicht-Pflegende beziehen (vgl. Kapitel 2.5). Die logarithmierte Gleichung zur Schätzung des Lohneinkommens lautet demnach;

$$\ln(l_{A,G}^{kp,p}) = \ell_0 + \ell_1 \sum_T eAE_{A,G}^{kp,p} + \ell_2 \left( \sum_T eAE_{A,G}^{kp,p} \right)^2 + \ell_3 \text{Alter} + \ell_4 \text{Alter}^2 + \ell_5 \text{Geschlecht} + \ell_6 \text{Pflege} \quad (10)$$

Die mit Hilfe dieser Gleichung geschätzten Regressionskoeffizienten sind Anhang

A 5 zu entnehmen.

Die Schätzung der geleisteten Arbeitsstunden und des Lohneinkommens sind im weiteren Verlauf insbesondere für die Berechnung der Rentenansprüche (Kapitel 4.7.2), der Sozialversicherungsbeiträge (Kapitel 4.7.4) und der Einkommensteuern (Kapitel 4.7.5) von Bedeutung.

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Definition der Renteneintrittswahrscheinlichkeit.

#### 4.6.3 Renteneintrittswahrscheinlichkeit

Bezugnehmend auf die Diskussion in Kapitel 4.4.5 kann es aufgrund von Pflagetätigkeiten zu einem verfrühten Renteneintritt kommen. Um diese Möglichkeit im Modell abzubilden, wird die Renteneintrittswahrscheinlichkeit auf Basis der in Tabelle 11 geschätzten Regressionskoeffizienten bestimmt, sodass folgende Gleichung gilt:

$$\psi W(re_{A,G}^{kp,p}) = \frac{\exp(\psi_0 + \psi_1 \text{Alter} + \psi_2 \text{Geschlecht} + \psi_3 PD_{A,G})}{1 + \exp(\psi_0 + \psi_1 \text{Alter} + \psi_2 \text{Geschlecht} + \psi_3 PD_{A,G})} \quad (11)$$

Anhand dieser Formel lassen sich die Individuen dem Zustand *Rente*  $re$  nach Alter und Geschlecht zuordnen. Das dadurch implizit bestimmte Alter bei Renteneintritt ist darüber hinaus für die Bestimmung von Rentenansprüchen relevant (siehe Kapitel 4.7.2).

Zusammengefasst erlauben die definierten Modellzustände, die Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verweildauern der Individuen im jeweiligen Zustand, die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege zu bestimmen. Wie genau diese erhoben werden, beschreibt das nachfolgende Teilkapitel.

#### 4.7 Berücksichtigung des Steuer- und Sozialversicherungssystems

Die Höhe der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege hängen im Modell von der Arbeitsmarktpartizipation, der Erwerbsarbeitszeit, dem Arbeitseinkommen und nicht zuletzt vom deutschen Steuer- und Sozialversicherungssystem ab.

Das Arbeitseinkommen wird von der Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden  $AS$  und dem erhaltenen Lohn  $l$  bestimmt. Weitere Einkommensquellen aus Sicht der Individuen sind Zahlungen aus der RV *rente*, wenn ein Individuum verrentet, die Gewährleistung von Arbeitslosengeld  $ALG$  bei Arbeitslosigkeit, sowie der Erhalt von Pflegegeld  $PG$  bei Übernahme von Pflege Tätigkeiten. Zudem können Individuen bei Bedarf Sozialhilfe  $SH$  beziehen. Außerdem müssen sie Abgaben in Form von Einkommensteuern  $ES$  und Sozialversicherungsbeiträgen  $SVB$  tätigen, die Zahlungen an die gesetzliche Krankversicherung (GKV), SPV, ALV und RV beinhalten.

Zusammengefasst wird im Modell das gesamte Einkommensteuer- und Sozialversicherungssystem abgebildet. Die staatlichen Leistungen, die wie oben beschrieben aus Sicht der Individuen Einkommensquellen darstellen, sind aus Sicht des Fiskus Ausgabenpositionen.

Das Vorgehen zur Modellierung des Steuer- und Sozialversicherungssystems ist angelehnt an Korfhage (2019) und wird in den nachfolgenden Abschnitten näher erörtert.

##### 4.7.1 Pflegeversicherung

Bis 2016 wurden Pflegebedürftige auf Grundlage der *Pflegezeitbemessung* vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDS) in verschiedene Pflegestufen eingeteilt. Mit Inkrafttreten des PSG II im Jahr 2017 wurde diese Praxis durch die Bewertung der *Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit* abgelöst (MDS, 2017). Im Zuge dessen wurden auch die bisherigen Pflegestufen (1, 2 und 3) in Pflegegrade (1, 2, 3, 4 und 5) überführt (§140 SGB XI).

Die Höhe der gewährten Leistungen richtet sich, wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben, nach dem jeweiligen Pflegegrad. Die SPV unterscheidet dabei drei individuell wählbare Leistungsarten, nämlich Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem. Pflegesachleistungen werden bei formeller, professioneller Pflege erbracht. Pflegegeld wird bei informeller Pflege ausgezahlt und eine Kombination der beiden Leistungsarten erfolgt beispielsweise, wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause von Angehörigen betreut wird, aber zusätzlich ein ambulanter Pflegedienst unterstützt.

Gemäß der Amtlichen Pflegestatistik erhalten ca. 51% der Leistungsberechtigten Pflegegeld und weitere 24% Kombinationsleistungen (Destatis, 2020a). Somit beziehen dreiviertel aller Pflegebedürftigen Pflegegeld. Geyer und Korfhage (2015) schätzen diesen Anteil sogar höher ein, wenn Pflegebedürftige auf Hilfe aus dem familiären Umfeld zurückgreifen können.

Im Modell wählen Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden, ausnahmslos Pflegegeld als Leistungsart. Zwar können sie grundsätzlich frei über das Pflegegeld verfügen, jedoch wird vom Gesetzgeber darauf verwiesen, dass es „regelmäßig an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter [gegeben wird]“ (BMG, 2020). Daher wird angenommen, dass alle Pflegebedürftige das erhaltene Pflegegeld an die sie pflegenden Individuen weiterleiten.

Die Höhe des zur Pflegeperson transferierten Pflegegeldes ist prozentual abhängig von der Anzahl der geleisteten Pflegestunden und bezieht sich auf die von der SPV gewährten Pflegegeldsätze. Das heißt, dass aufgrund der Pflegeintensität unterschiedlich hohe Pflegegeld wird eins zu eins an die Pflegeperson weitergegeben. Dem liegt wiederum die Annahme zugrunde, dass die pflegebedürftige Person, die von dem oder der Pflegenden versorgt wird, mindestens Pflegegrad 2 bzw. Pflegestufe 1 zuzuordnen ist. Im Folgenden wird das Vorgehen nochmals verdeutlicht und anhand eines Beispiels beschrieben.

Wie bereits erwähnt richtete sich bis Ende 2016 die Bewilligung einer Pflegestufe nach der Pflegezeitbemessung, die für die Stufen 1, 2 und 3 einen durchschnittlichen Pflegezeitaufwand von mindestens 90, 180 oder 300 Minuten pro Tag vorsah (§15 SGB XI). Die seit 2017 vorgesehene Pflegegradbestimmung erfolgt nicht mehr auf Grundlage dieser Zeitbemessung, sondern berücksichtigt zudem die Einschränkung von Alltagskompetenzen als Bewertungskriterium (§§ 14, 15 SGB XI). Die Zuordnung von Pflegestufen und Pflegegraden ist in §140 SGB XI geregelt. Diese Gesetzänderung führt zu Implikationen bei der Modellierung.

Um den Zustand *Pflege* unter Berücksichtigung des transferierten Pflegegeldes adäquat abzubilden, werden lediglich die Pflegegrade 2,3 und 4 berücksichtigt und angenommen, dass sie der Pflegezeitbemessung der Stufen 1, 2 und 3 entsprechen.<sup>70</sup> Durch dieses Vorgehen ist es möglich die geleistete Pflegezeit (=Pflegeintensität) den Schwellwerten der einzelnen Pflegestufen (90, 180 und 300 Minuten) zuzuordnen.

---

<sup>70</sup> Gegenwärtig haben lediglich 1% aller zu Hause Versorgten Pflegegrad 1 und 4% Pflegegrad 5. Somit sind 95% der zu Hause betreuten Pflegebedürftigen den Graden 2, 3 oder 4 zuzuordnen (Destatis, 2018). Darüber hinaus zeigen Rothgang und Müller (2019), dass es hauptsächlich in Pflegegrad 2 zu einer Zunahme an Pflegebedürftigen kommt.

Wenn also beispielsweise ein Individuum eine Stunde Pflege pro Tag erbringt, so erhält es 67% des Pflegegeldes für Pflegestufe 1 bzw. Pflegegrad 2. Die Höhe der Pflegegeldzahlung pro Pflegestufe bzw. Pflegegrad ist in Anhang A 6 aufgelistet.

#### 4.7.2 Rentenversicherung

Die Rentenansprüche werden im Modell auf Basis der Rentenformel ermittelt und wie folgt berechnet (§64 SGB VI).

$$Rente_t = \left( \sum RP_t \right) \times RAF \times RW_t \quad (12)$$

Der individuelle Rentenentgeltpunkt wird durch  $RP_t$  angegeben,  $RAF$  drückt den Rentenaltersfaktor aus und  $RW_t$  bezeichnet den aktuellen Rentenwert. Individuen sammeln Rentenpunkte für jedes Erwerbsjahr bis zum Renteneintritt. Die individuellen Rentenentgeltpunkte  $RP_t$  lassen sich als  $\min \{ AS_t l_t / \overline{AS_t l_t}, max_t \}$  bis zum Renteneintritt im Jahr  $t$  errechnen. Das Durchschnittsentgelt wird durch  $\overline{AS_t l_t}$  angegeben und  $max_t$  drückt die Obergrenze der zu erhaltenden Entgeltpunkte aus.

Wenn ein Individuum im Jahr  $t$  exakt genauso viel verdient wie der Bevölkerungsdurchschnitt, erhält es *einen* Rentenentgeltpunkt. Die Durchschnittseinkommen werden zudem für die Verdienstunterschiede zwischen Ost und West durch den sogenannten Hochwertungsfaktor angepasst.

Das Renteneintrittsalter bestimmt den Rentenaltersfaktor ( $RAF$ ). Er ist gleich *eins*, wenn Renteneintrittsalter und gesetzliches Rentenalter übereinstimmen und verhält sich proportional zu  $\sum RP_t$ . Individuen können bis zu 5 Jahre vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters verrenten. Für jeden Monat Frühverrentung verringert sich  $RAF$  um 0,003 Punkte. Umgekehrt steigt  $RAF$  um den gleichen Punktwert pro Monat an, wenn das gesetzliche Renteneintrittsalter überschritten wird. Damit liegt der niedrigste bzw. höchste  $RAF$  bei 0,82 oder 1,3, was einem Zeitraum von 5 Jahren entspricht. Im Modell wird auf eine monatliche Differenzierung des Renteneintrittsalters verzichtet und lediglich das Jahr des Renteneintritts berücksichtigt (siehe Anhang A 7). Der Rentenaltersfaktor wird mit Renteneintritt festgelegt und ändert sich im nachfolgenden nicht mehr. Das heißt, die so ermittelten Rentenansprüche bleiben bis zum Lebensende konstant.

Der aktuelle Rentenwert  $RW_t$ , der den Rentenentgeltpunkt in Euro ausdrückt, wird auf Basis der Lohnentwicklung jährlich neu bestimmt (§68 SGB VI). Das Rentensystem sieht keinen gesetzlich festgeschriebenen Mindestanspruch an Rentenzahlungen vor, jedoch kann im Bedarfsfall Sozialhilfe (SGB XII) in Form der sogenannten *Grundsiche-*

runge im Alter (§§41 ff. SGB XII, 2003) beantragt werden. Im Modell werden, wie bei der Pflegeversicherung, keine zukünftigen Veränderungen des Leistungsrechts angenommen.<sup>71</sup>

Die Höhe der Rentenzahlung ( $Rente_t$ ) hängt zusammengefasst maßgeblich vom Renteneintrittsalter, der Erwerbshistorie, dem individuellen Einkommen sowie dem durchschnittlichen Einkommen der Bevölkerung ab. Daneben gibt es jedoch weitere Faktoren, die die Summe der Rentenpunkte beeinflussen. Dazu zählen beispielsweise Zeiten, in denen ein Individuum nicht am Arbeitsmarkt tätig ist, jedoch Freiwilligen- oder Wehrdienst ableistet, Kinder erzieht oder informelle Pflege leistet.

Letzteres ist für den Untersuchungsgegenstand besonders relevant und wird daher im Modell abgebildet. Weitere Arbeitsmarktauszeiten, die auf die Rente anrechenbar sind, bleiben unberücksichtigt. Individuen können im Modell Rentenpunkte aufgrund informeller Pflegetätigkeiten sammeln, wenn alle der vier folgenden Bedingungen erfüllt sind (§44 SGB XI).

- (1) Individuen leisten informelle Pflege für eine gemäß SPV pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2
- (2) Es werden mindestens 10 Stunden pro Woche informelle Pflege geleistet
- (3) Die pflegebedürftige Person wird zu Hause versorgt
- (4) Die informell Pflegeleistenden sind nicht mehr als 30 Stunden pro Woche am Arbeitsmarkt beschäftigt

Bei Erfüllung der genannten Bedingungen können Pflegeleistende je nach Pflegegrad 2,3 oder 4 zwischen 0,27; 0,43 und 0,80 Rentenpunkten pro Pflegejahr ansammeln (DRV, 2019).<sup>72</sup>

Aufgrund der in Unterkapitel 4.7.1 erteilten Zuordnung von Pflegestufen und -graden, den getroffenen Annahmen zum Pflegezeitaufwand, sowie dem daraus resultierenden prozentualen Erhalt von Pflegegeld können an dieser Stelle die Berechnungen der Rentenansprüche lediglich approximiert werden. Es wird angenommen, dass Individuen, sobald sie alle oben genannten Bedingungen erfüllen, 0,5 Rentenentgeltpunkte pro Jahr generieren. Diese Annahme stellt eine Vereinfachung der Berechnung von Rentenansprüchen aufgrund informeller Pflegetätigkeiten dar und kann diskutiert werden.

---

<sup>71</sup> Das heißt, die für 2021 geplante Einführung der „Respektrente“ bleibt unberücksichtigt. Ungeachtet dessen würden bei Einführung lediglich 4% aller westdeutschen bzw. 7% aller ostdeutschen Rentner und Rentnerinnen Anspruch auf eine „Respektrente“ haben (Fechter et al., 2019).

<sup>72</sup> Bis 2016 war der Rentenentgeltpunkt zusätzlich von der Anzahl der geleisteten Pflegestunden in der jeweiligen Pflegestufe abhängig.

Eine detaillierte Übersicht zu den Annahmen hinsichtlich der Rentenentgeltpunkte, dem Rentenaltersfaktor sowie dem Rentenwert findet sich in den Anhängen A 7, A 8 und A 9.

#### 4.7.3 Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe

Bei Arbeitslosigkeit sieht das deutsche Wohlfahrtssystem zwei Arten staatlicher Unterstützung vor, nämlich Arbeitslosengeld I (ALG I) und Arbeitslosengeld II (ALG II). ALG I wird nach einem Jobverlust für 12 Monate und in besonderen Fällen für 24 Monate gezahlt (§150 SGB III). Die Höhe der finanziellen Unterstützung ist auf 60% des zuvor verdienten Nettolohns und maximal bis auf 1.880 Euro pro Monat festgeschrieben (§§151, 152 SGB III). Bei anhaltender Arbeitslosigkeit, die länger als 12 Monate andauert, erhalten Personen ALG II (SGB II).

Im Modell wird angenommen, dass bei auftretender Arbeitslosigkeit erwerbsfähige Personen ALG II beziehen (§7 SGB II), wobei ALG I unberücksichtigt bleibt.<sup>73</sup> Sind Personen beispielsweise aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbsfähig, erhalten sie vom Staat *Hilfe zum Lebensunterhalt* (§27 SGB XII), die den Leistungen von ALG II sehr ähnlich ist. Deshalb werden im Modell Sozialhilfe und ALG II als ein und dieselbe Sozialhilfeleistung definiert. Der durchschnittliche Zahlungsanspruch beim Bezug von ALG II beträgt laut Bundesagentur für Arbeit (BA) monatlich 948 Euro pro Bedarfsgemeinschaft (BA, 2019). Dieser Betrag entspricht der Höhe der im Modell festgelegten Sozialhilfe.

#### 4.7.4 Sozialversicherungsbeiträge

Das Sozialversicherungssystem in Deutschland wird paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Die Sozialversicherungsbeiträge belaufen sich im Jahr 2020 auf 14,6% für die GKV (§241 SGB V), 3,05% für die SPV (§55 SGB XI), 2,5 % für die Arbeitslosenversicherung (ALV) (§2,5 SGB III) und 18,6 für die RV (§158 SGB VI). In Summe werden circa 20% des Bruttoerwerbseinkommens der Individuen abgeführt. Auf Renten werden ebenfalls Sozialversicherungsbeiträge veranschlagt, allerdings nur für die GKV und SPV. Die Höhe der Beiträge ist durch die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze gedeckelt. Die Variablen zur Modellierung der Sozialversicherungsbeiträge werden im Anhang

---

<sup>73</sup> Diese Annahme kann diskutiert werden, resultiert jedoch aus Praktikabilitätsgründen zur Reduzierung der Modellkomplexität.

A 10 aufgelistet.

#### 4.7.5 Einkommensteuer

Vom Bruttoerwerbseinkommen werden neben Sozialversicherungsbeiträgen auch Einkommensteuern  $S$  gezahlt (§2 EstG). Einkommen  $E$  bis zu einem Grundfreibetrag von 9.408 Euro sind steuerfrei. Den Grundfreibetrag übersteigende Einkommen werden gemäß der in §32a EstG festgelegten Steuerformel je nach Einkommensgruppe berechnet:

$$S = \begin{cases} 0 & \text{1.Zone} \\ 14\% * (E - 9408) + (E - 9408)^2 * 972,87 * 10^{-8} & \text{2.Zone} \\ 23,97\% * (E - 14532) + (E - 14532)^2 * 212,02 * 10^{-8} + 972,79 & \text{3.Zone} \\ 42\% * (E - 57051) + 14997,68 & \text{4.Zone} \\ 45\% * (E - 270500) + 104646,26 & \text{5.Zone} \end{cases} \quad (13)$$

Außerdem wird eine Ergänzungsabgabe zur Einkommensteuer, der sogenannte Solidaritätszuschlag, in Höhe von 5,5% fällig (SolZG).<sup>74</sup>

Abschließend lässt sich festhalten, dass die fiskalischen Kosten, die durch das beim Individuum entstehende Spannungsfeld von Pflege- und Erwerbsarbeit hervorgerufen werden, mit den Beitrags- und Steuersätzen des Wohlfahrtssystems variieren. Im nächsten Abschnitt wird das Vorgehen zur Prognostizierung der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege beschrieben.

#### 4.8 Vorgehen zur Prognose

Mit Hilfe des in den Kapiteln 4.6 und 4.7 spezifizierten Modells lassen sich die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege für eine durchschnittliche Pflegeperson nach Alter und Geschlecht im Status-quo quantifizieren.

Darüber hinaus sollen die Kosten ab dem Jahr 2021 bis zum Jahr 2040 prognostiziert werden. Die Festlegung des Modellzeitraums auf 20 Jahre begründet sich zum einen damit, dass innerhalb dieser Zeitspanne die Folgen der demografischen Entwicklung in Deutschland ausreichend sicher und somit erkenntnisbringend dargestellt werden können. Zum anderen ist zu bedenken, dass die Vorhersagekraft der Prognose und damit die Belastbarkeit der Ergebnisse bei prospektiven Analysen im Zeitverlauf schwindet. Deshalb wird bewusst darauf verzichtet, einen längeren Modellzeitraum abzubilden.

<sup>74</sup> Auch hier ist keine Dynamisierung im Steuerrecht vorgesehen. Die Bundesregierung plant zwar den Solidaritätszuschlag ab Januar 2021 größtenteils abzuschaffen, um damit geringe und mittlere Einkommen zu entlasten. Die genaue Umsetzung ist zum Zeitpunkt dieser Arbeit jedoch noch immer Bestand politischer Debatten.

Um die Kostenentwicklung bis 2040 in ihrer Gesamtheit prognostizieren zu können, muss zunächst die zukünftige Anzahl der Pflegepersonen geschätzt werden.

Dazu wird auf Variante 3 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern von Destatis zurückgegriffen. Sie zeigt, wie sich die Bevölkerungszahl bei moderaten Veränderungen hinsichtlich Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Nettozuwanderung entwickeln würde. Konkret wird angenommen, dass der jährliche Wanderungssaldo zwischen 2018 und 2030 abnimmt und anschließend konstant bei 300.000 liegt. Das heißt, seit 2019 würden jährlich 311.000 Personen mehr nach Deutschland zu- als aus Deutschland abwandern. Dieses Szenario entspricht dem durchschnittlichen Wanderungssaldo zwischen 1990 und 2018. Die länderspezifischen Annahmen leiten sich aus dem Entwicklungstrend der Geburtenhäufigkeit und der Lebenserwartung für Deutschland ab. Hierbei wird angenommen, dass die Geburtenrate je Frau bei 1,55 Kindern liegt. Die Lebenserwartung ist für Jungen und Mädchen bei Geburt mit 84,1 Jahren bzw. 88,1 Jahren angegeben. Im Ergebnis wird so die prognostizierte Bevölkerungsanzahl pro Jahr nach Alter, Geschlecht und Bundesland ausgewiesen (Destatis, 2019).<sup>75</sup>

Mithilfe der Bevölkerungsvorausberechnung lässt sich bestimmen, wie viele Personen eine Pflegetätigkeit pro Jahr *beginnen*. Dazu werden die aus dem SOEP identifizierten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht auf die von Destatis berechnete Bevölkerungsanzahl im Jahr  $t$  angewandt. Die so errechnete Anzahl an Pflegepersonen stellt die Pflegeinzidenz pro Jahr dar. Wie in Kapitel 4.4.2 ausführlich erläutert und in Kapitel 4.6.1 definiert, variiert die Dauer einer Pflegetätigkeit zwischen den Geschlechtern und mit dem Alter. Das bedeutet, Personen, die im Jahr  $t$  eine Pflegetätigkeit beginnen verweilen über einen unterschiedlich langen Zeitraum  $t + n$  im Zustand Pflege. Demzufolge zählen Personen, die im Jahr  $t$  eine Pflegetätigkeit begonnen haben und im Jahr  $t + n$  dieser noch immer nachgehen, nicht mehr zur inzidenten Kohorte, sondern zur prävalenten Pflegekohorte. Die Prävalenz gibt die Anzahl derer an, die im Jahr  $t$  *bereits pflegen*.

Um für einen dynamischen Übergang der inzidenten zur prävalenten Pflegekohorte im Modell zu kontrollieren, startet die Simulation der Pflegepopulation bereits im Jahr 2018 – die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege werden jedoch erst ab 2021 quantifiziert. Vor dem Hintergrund, dass die Dauer einer Pflegetätigkeit im Durchschnitt

---

<sup>75</sup> Die Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern wird lediglich deshalb zur Hilfe genommen, damit die Unterschiede zwischen Personen, die in den alten und neuen Bundesländern leben, korrekt im Steuer- und Sozialversicherungssystem abgebildet werden können.

4 Jahre beträgt (siehe Kapitel 4.4.2) ist es durch dieses Vorgehen möglich, die inzidenten Kohorten der Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021 zu akkumulieren, sodass die (noch immer) Pflegenden im Jahr 2021 die prävalente Pflegekohorte darstellen.

Durch Addition der inzidenten Kohorte zur Grundgesamtheit (Prävalenz) im Basisjahr  $t$  ist es fortan im Jahr  $t + n$  möglich, die Anzahl der Pflegenden im Zeitverlauf adäquat abzubilden. Modelle, die die prävalente und die inzidenten Kohorten im Zeitverlauf berücksichtigen, werden in der Literatur unter dem Begriff des *Dynamischen Populationsmodells* zusammengefasst (vgl. Schoen, 2006).

Im Gegensatz zur dynamischen Modellierung der Pflegepopulation ist die Quantifizierung der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege statisch. Das heißt, es wird implizit angenommen, dass die Wirkungen zwischen Pflege- und Erwerbstätigkeit, wie sie für die Jahre 2001 bis 2018 im SOEP beobachtet werden, auch in Zukunft vorliegen. Diese Annahme bezieht sich auf die Dauer und Intensität einer möglichen Pflegetätigkeit, die Erwerbstätigkeitsquoten, die Anzahl der geleisteten Erwerbsarbeitsstunden und das Lohneinkommen. In anderen Worten erfolgt eine Status-quo Extrapolation, bei der die informelle Pflegeübernahme und deren Auswirkungen für die Erwerbstätigkeit auf Basis einer retrospektiven Datenauswertung fortgeschrieben werden.

Abschließend werden im Zwischenfazit die Kernpunkte des Modells zusammengefasst und die oben dargelegte Methodik kritisch reflektiert.

#### 4.9 Zwischenfazit: Kernpunkte und Limitationen des Modells

Zusammengefasst führt im Modell die Übernahme einer Pflegetätigkeit zu einer Reallokation der zeitlichen und finanziellen Ressourcen beim Individuum (=individuelle Kosten), die sich in der Staatskasse widerspiegeln (=fiskalische Kosten).

Kommt es zur Übernahme einer Pflegetätigkeit, geht diese je nach Pflegeintensität und -dauer mit einer Veränderung der Arbeitsmarktpartizipation und/ oder der geleisteten Erwerbsarbeitszeit einher. Diese wirkt sich nicht nur auf das Lohneinkommen, sondern darüber hinaus auch auf den Erwerb von Rentenansprüchen aus. Mit zunehmender Pflegedauer erhöht sich außerdem die Wahrscheinlichkeit zur Frühverrentung. Hinzu kommt, dass bei Übernahme einer Pflegetätigkeit – von staatlicher Seite – Pflegegeldzahlungen und mitunter lohnunabhängige Rentenpunkte gewährt werden. Darüber hinaus können Individuen bei Bedarf Sozialhilfe in Anspruch nehmen, etwa im Falle einer auftretenden Arbeitslosigkeit.

Die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege kommen im Modell demnach durch staatliche Transferzahlungen, wie Pflegegeld-, Arbeitslosengeld- oder Rentenzahlun-

gen sowie reduzierte Einkommensteuereinnahmen und niedrigere Sozialversicherungsbeiträge zustande. Die Höhe der jeweiligen fiskalischen Kosten variiert mit den Beitrags- und Steuersätzen des Sozialversicherungssystems.

Die vorgestellte Methodik zur empirischen Prognose der fiskalischen Kosten bei informeller Pflege hat einige Limitationen, auf die in der Folge eingegangen wird.

Erstens bleiben die im Modell geschätzten Parameter im Zeitverlauf konstant. In der Realität dürften sie sich jedoch aus unterschiedlichen Gründen verändern. Dies trifft vor allem auf die Wahrscheinlichkeit erwerbstätig zu sein zu, die bei Frauen in den kommenden Jahren weiter ansteigen dürfte. Daher lässt sich mutmaßen, dass sich die Parameter zur Bestimmung der Dauer und Intensität einer Pfl egetätigkeit zukünftig ebenfalls verändern könnten. Eine solche dynamisch-strukturelle Anpassung der Parameter ist im Modell jedoch nicht möglich.

Zwar gibt es methodische Ansätze, die für diesen Umstand kontrollieren (vgl. Skira, 2015), jedoch haben solche (dynamischen Strukturgleichungs-)modelle – neben der methodischen Komplexität – einen hohen computerbasierten Rechenaufwand zum Nachteil (Aguirregabiria & Mira, 2010). Infolgedessen müssten an anderer Stelle Einschränkungen in Kauf genommen werden, sodass beispielsweise nur eine Subpopulation von Pflegenden, wie zum Beispiel Frauen im Alter zwischen 55 und 67 Jahren, simuliert werden könnte (vgl. Korfhage, 2019). Eine solche Begrenzung steht jedoch im Widerspruch zum erklärten Ziel der Analyse, die Kosten für den Fiskus in ihrer Gesamtheit, das heißt für alle (erwerbsfähigen) Pflegepersonen, zu quantifizieren.

Zweitens erklärt eine statische Modellierung immer nur den finalen Zustand eines Individuums, wie beispielsweise den Zustand *Pflege* oder *keine Pflege* – jedoch nicht den Pfadverlauf. Das bedeutet, die Gründe für die Übernahme einer Pfl egetätigkeit bleiben im Modell ungeklärt.<sup>76</sup>

Drittens ist bei der Modellierung keine Dynamisierung des Leistungs- und Steuerrechts vorgesehen. Die in Kapitel 5 ausgewiesenen fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege unterliegen damit den gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen.<sup>77</sup> In Anbetracht der Leistungsausweitung der SPV in den letzten Jahren und den geplanten Reformen im Steuer- und Sozialsystem kann dies durchaus kritisch hinterfragt werden.

---

<sup>76</sup> Siehe hierzu auch die Erläuterungen in Kapitel 4.5, wonach sich das aufgestellte Konzept Übereinkommen zur Pflege (Abbildung 3) aufgrund seiner Komplexität und mangels zur Verfügung stehender Daten nur bedingt empirisch abbilden lässt.

<sup>77</sup> Stand Januar 2021

Allerdings ist anzumerken, dass eine solche Dynamisierung weitere Annahmen bei der Modellierung benötigt, was sich negativ auf die Prognosegüte auswirken würde.

Viertens wird die Anzahl der Pflegenden in einem dynamischen Populationsmodell angebotsseitig geschätzt und durchläuft im Anschluss das statisch konzipierte fiskalische Kostenmodell. Dadurch findet die Nachfrageseite – also die Zahl an Pflegebedürftigen, die informelle Pflegeleistungen bei ihren Angehörigen nachfragen – keine Berücksichtigung. Zwar lässt sich die Auswirkung einer sich verändernden Pflegenachfrage auf das Pflegeangebot modellanalytisch unterstellen, das Verhalten der Pflegeperson in Bezug auf die Dauer und Intensität der Pflegetätigkeit sowie weitere Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit bleiben dabei jedoch unverändert. Diese Einschränkung führt in der Konsequenz zu den oben erläuterten Limitationen hinsichtlich der konstanten Parameterwerte im Zeitverlauf.

Fünftens ist zu benennen, dass die durch informelle Pflege entstehenden Kosten aus staatlicher Perspektive erhoben werden. Dadurch bleiben weitere Kosten, die beim Individuum oder der Gesellschaft entstehen können, wie zum Beispiel Kosten des Wohlbefindens, unberücksichtigt.

In Anbetracht der Datenrestriktionen und den methodischen Anforderungen zur Beantwortung der Frage nach den fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege soll abschließend hervorgehoben werden, dass grundsätzlich jedes Modell eine Vereinfachung der realen Umgebung und Vorgänge ist und an der ein oder anderen Stelle immer zu kurz greifen wird. Nichtsdestotrotz ist in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften gerade diese Vereinfachung nützliche Eigenschaft von Modellierungen. Mithilfe eines modellbasierten Ansatzes lassen sich präzise Fragestellungen beantworten, die einen Teil des gesamten – in diesem Fall Pflegekontextes – umreißen.

Daher wird das spezifizierte Modell trotz der genannten Limitationen im Nachfolgenden für die Simulation einer Pflegeübernahme und Erwerbstätigkeit im Steuer- und Sozialversicherungskontext verwendet. Das Ziel ist Hinweise auf die fiskalischen Kosten bei informeller Pflege zu finden. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 betrachtet.

## 5 Modellsimulation: individuelle und fiskalische Kosten bei informeller Pflege

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des zuvor aufgebauten Modells zur Quantifizierung der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege vorgestellt. Die Betrachtung der Ergebnisse erfolgt schrittweise und anhand verschiedener Szenarien, die es erlauben, die einzelnen Auswirkungen zunächst isoliert zu bewerten und im Anschluss in ihrer Gesamtwirkung im Zeitverlauf zu evaluieren.

Dazu wird in einem ersten Szenario ein Individuum mit Pflegeverantwortung einer Person ohne Pflegeaufgabe, differenziert nach Alter und Geschlecht, gegenübergestellt (Szenario A). Diese Simulation dient der Bewertung der durchschnittlichen (ökonomischen) Auswirkungen einer Pflegeübernahme, die durch das ausführlich diskutierte Spannungsfeld zwischen Erwerbstätigkeit und informeller Pflegearbeit entstehen können. Neben den individuellen Kosten der Pflegeperson, wie beispielsweise dem Lohn-einkommen, werden bei dieser Simulation auch die durchschnittlichen fiskalischen Kosten nach Alter und Geschlecht quantifiziert und ausgewiesen. Die Ergebnisse sind Kapitel 5.1 zu entnehmen.

In einem zweiten Szenario werden diese Kosten nicht nur durchschnittlich per Individuum und Jahr berechnet, sondern für alle in Deutschland potenziell Pflegenden im Zeitverlauf, das heißt bis 2040, prognostiziert (Szenario B). Durch die Simulation ist zum einen ersichtlich, wie sich die Anzahl an Pflegepersonen – bei konstanten Pflegeübernahmewahrscheinlichkeiten – bis zum Jahr 2040 nur aufgrund der demografischen Entwicklung verändern könnte. Zum anderen lässt sich so ein möglicher Trend bei der Entstehung der fiskalischen Kosten, hervorgerufen durch informelle Pflegearbeit, erkennen. Die Ergebnisse sind in Kapitel 5.2 dokumentiert.

Daran anschließend zielt die Simulation eines dritten Szenarios darauf ab, eine mögliche Veränderung der Pflegeübernahmewahrscheinlichkeit im Zeitverlauf – und deren fiskalische Auswirkungen – abzubilden (Szenario C). Dazu werden normative Annahmen hinsichtlich der zukünftigen Pflegenachfrage und des daraus resultierenden Pflegeangebots getroffen. Zudem wird eine Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern simuliert, die eine Annäherung an eine gleichverteilte Pflegeverantwortung zwischen den Geschlechtern aufzeigen soll. Die genaue Vorgehensweise und die Ergebnisse sind Kapitel 5.3 zu entnehmen.

Die Ergebnisse der Szenarien A, B und C werden in einem Zwischenfazit (Kapitel 5.4) zusammengefasst und in den gesellschaftlichen sowie institutionellen Kontext einge-

ordnet, bevor auf dieser Grundlage in Kapitel 5.5 sozialpolitische Handlungsoptionen erörtert werden.

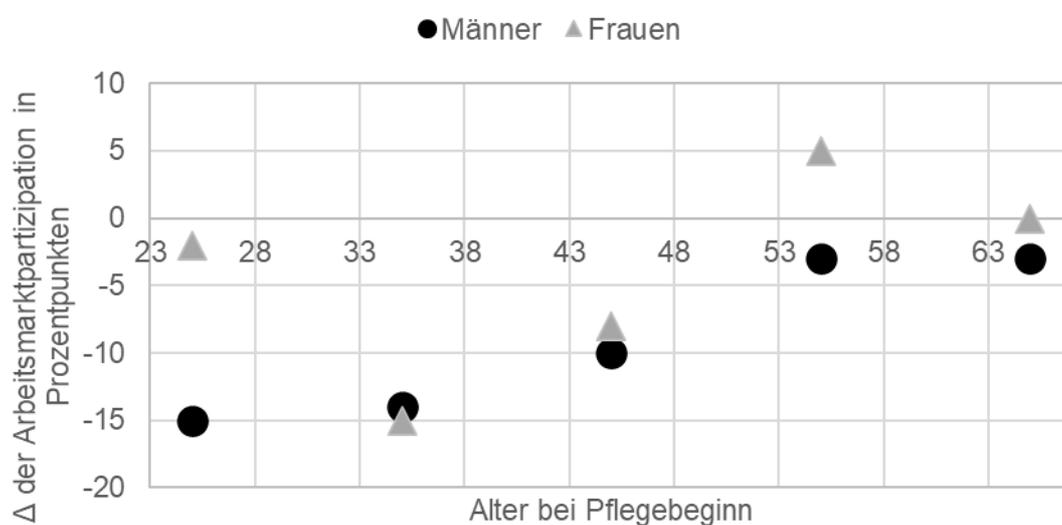
### 5.1 Szenario A

Wie bereits angedeutet wird in Szenario A eine Person mit Pflegeaufgabe mit einem Individuum ohne Pflegeverantwortung verglichen. Es dient dazu, ein erstes Verständnis über die Modelldynamik zu erlangen.

Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigen, dass Individuen, die Pflege leisten, eine verringerte Partizipation am Arbeitsmarkt und eine geringere Erwerbsarbeitszeit – sofern sie erwerbstätig sind – aufweisen. Die Reduktion könnte einerseits auf die Übernahme der Pflegetätigkeit zurückzuführen sein. Andererseits könnte aber auch die geringere Erwerbsquote und/oder Erwerbsarbeitszeit bei Pflegebeginn für die Pflegeaufnahme verantwortlich sein. Für eine ausführliche Diskussion siehe die Kapitel 4.4.3 und 4.4.4.

Konkret stellt Abbildung 8 die reduzierte Arbeitsmarktpartizipation von Pflegenden im Vergleich zu nicht-Pflegenden in Prozentpunkten nach Alter und Geschlecht dar.

Abbildung 8: Veränderung der Erwerbstätigkeitsrate bei Pflegebeginn



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Bezugnehmend auf eine Veränderung der Arbeitsmarktpartizipation ist festzuhalten, dass pflegende Frauen (als Dreiecke dargestellt) mit 25 Jahren nur geringfügig seltener am Arbeitsmarkt aktiv sind als nicht-pflegende Frauen. Dies ändert sich im Lebensverlauf, wonach mit 35 Jahren die Arbeitsmarktpartizipation um 15 Prozentpunkte niedriger ausfällt als bei der Vergleichsgruppe. Mit fortschreitendem Alter werden die Unterschiede allerdings wieder geringer bzw. sind Frauen bei einem Pflegebeginn mit

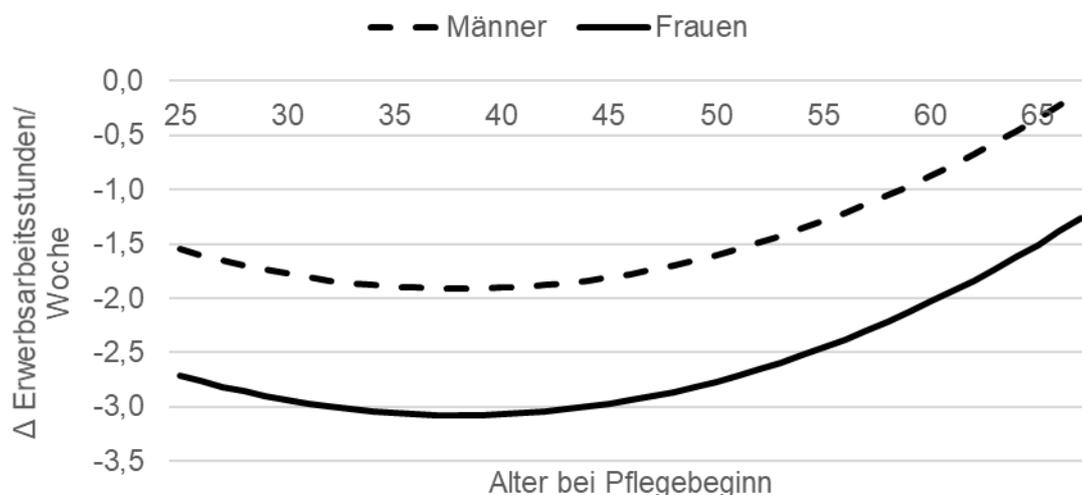
55 Jahren sogar häufiger erwerbstätig (+5 Prozentpunkte) als Frauen, die keine Pflegeverantwortung tragen.

Im Gegensatz dazu scheint eine Pflegeübernahme bei Männern (Punkte) stärker mit einer verminderten Erwerbstätigkeitsrate zu korrespondieren. Übernehmen sie im Alter von 25 Jahren eine Pflegeaufgabe, so fällt die Teilhabe am Arbeitsmarkt um 15 Prozentpunkte niedriger aus als bei nicht-pflegenden Männern. Auch hier ist eine Veränderung im Lebenszeitverlauf zu beobachten. Bei einem Pflegebeginn mit 45 Jahren liegt die Erwerbsrate bei pflegenden Männern 10 Prozentpunkte unter der der Vergleichsgruppe. Mit 55 oder 65 Jahren ist sie jedoch nur noch geringfügig niedriger (-3 Prozentpunkte).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Pflegeübernahme bei Männern stärker mit einer verminderten Erwerbstätigkeitsrate einher geht als bei Frauen. Dieser Geschlechtsunterschied dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass die überwiegende Mehrheit der Männer einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, während Frauen zu großen Teilen in Teilzeit beschäftigt sind (siehe Kapitel 4.4.3). Es ist daher anzunehmen, dass erwerbstätige Frauen aufgrund der höheren Teilzeitquote eher dazu bereit und/oder in Lage sind Pflegetätigkeiten und Erwerbsaufgaben parallel auszuüben.

Sofern Pflegende erwerbstätig sind, leisten sie weniger Erwerbsarbeitsstunden pro Woche als nicht-Pflegende. Abbildung 9 veranschaulicht daher, wie viele Erwerbsarbeitsstunden in der Woche von Pflegenden – gemessen an den Erwerbsarbeitsstunden von Personen ohne Pflegeaufgabe – reduziert werden.

Abbildung 9: Arbeitszeit bei Pflegebeginn



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Eine Pflegeübernahme ist bei Männern (gestrichelte Linie) demnach mit einer moderaten Reduktion der Erwerbsarbeitszeit von maximal knapp zwei Wochenstunden – im Vergleich zu nicht-pflegenden Männern – bei einem Pflegebeginn im Alter zwischen 35 und 45 Jahren verbunden. Bei Frauen (durchgängige Linie) fällt die Reduktion der Erwerbsarbeitszeit im Vergleich zu Männern über alle Altersgruppen hinweg höher aus. Zum Beispiel leisten pflegende Frauen im Verhältnis zu nicht-pflegenden Frauen etwas mehr als drei Erwerbsarbeitsstunden weniger, wenn sie im Alter zwischen 35 und 40 mit einer Pflegeaufgabe konfrontiert sind.

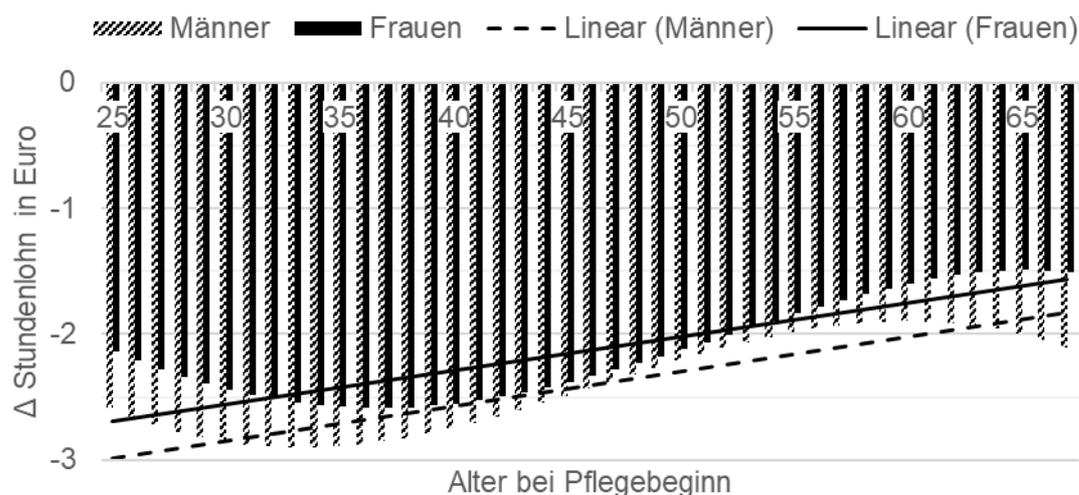
Auffällig ist, dass sich bei beiden Geschlechtern die Erwerbsarbeitszeit von Pflegenden und nicht-Pflegenden zum Ende des Erwerbslebens angleichen. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass mit Erreichen der Regelaltersgrenze grundsätzlich weniger Personen erwerbstätig sind und diejenigen, die noch am Arbeitsmarkt teilhaben, vergleichsweise weniger Erwerbsarbeitsstunden leisten als Personen der jüngeren Altersgruppen. Das heißt, die Heterogenität bezüglich der Arbeitsmarktaffinität innerhalb der Gruppe der Pflegenden und zwischen den Gruppen der Pflegenden und Nicht-Pflegenden ist nicht mehr so stark ausgeprägt wie noch zu Beginn des Erwerbslebens. Es ist daher anzunehmen, dass nur Personen mit hoher Arbeitsmarktaffinität im späten Lebensverlauf noch erwerbstätig sind – wenn auch in geringerem Zeitumfang. Deshalb sind sie vermehrt dazu in der Lage, Erwerbs- und Pflegearbeit ohne Arbeitszeitreduktion parallel auszuüben.

Diese Annahme fußt auf den in Kapitel 2.5.2 und 4.4.3 diskutierten Theorien, wonach Personen mit hohem Bildungsniveau eine höhere Affinität zum Arbeitsmarkt aufweisen und zudem eher dazu bereit und/oder in Lage sind, Pflegearbeit zusätzlich zur Erwerbsarbeit zu leisten.

Zusammengefasst fällt die Arbeitszeitreduktion aufgrund informeller Pflege über den Erwerbsverlauf unterschiedlich groß aus. Darüber hinaus bestehen Unterschiede zwischen pflegenden Männern und Frauen. Diese gleichen sich jedoch mit Erreichen der Regelaltersgrenze zunehmend an.

Die in den vorherigen Abschnitten diskutierte Arbeitsmarktpartizipation und Erwerbsarbeitszeit von Pflegenden wirkt sich auch auf das Lohneinkommen und die Rentenanwartschaft aus. Vor diesem Hintergrund verdeutlicht Abbildung 10, dass eine Pflege Tätigkeit mit einem verringerten Stundenlohn einher geht.

Abbildung 10: Stundenlohn bei Pflegebeginn



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

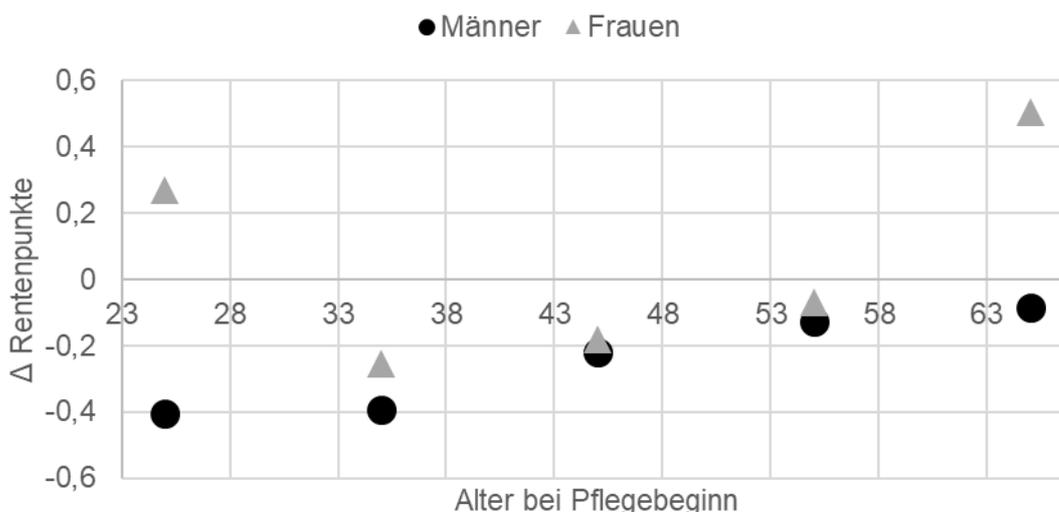
Pflegende Männer verdienen im Vergleich zu nicht-pflegenden Männern (schraffierte Balken) bei einem Pflegebeginn im Alter zwischen 30 und 40 Jahren knapp 3 Euro pro Stunde weniger. Dieses Lohngefälle nimmt im weiteren Erwerbsverlauf bis auf knapp 1,90 Euro pro Stunde bei einem Pflegeeintritt mit 60 Jahren ab, bevor es in den darauffolgenden Jahren nochmals um etwa 0,20 Euro auf 2,11 Euro ansteigt. Bei Frauen (schwarze Balken) ist das Lohngefälle ebenfalls bei einem Pflegeeintritt zwischen 30 und 40 Jahren mit einem Lohnunterschied zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden von ungefähr 2,50 Euro pro Stunde am höchsten. Es nimmt im weiteren Erwerbsverlauf ab und pendelt sich bei einem Pflegeeintritt mit Erreichen der Regelaltersgrenze bei 1,50 Euro pro Stunde ein.

Die gestrichelte Trendlinie für Männer und die durchgängige Trendlinie für Frauen zeigen darüber hinaus, dass zum einen das Lohngefälle zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden bei Männern über alle Altersgruppen hinweg größer ausfällt als bei Frauen. Dies dürfte vor allem daran liegen, dass Männer fast ausschließlich in Vollzeit beschäftigt sind und somit durchschnittlich höhere Löhne pro Stunde erzielen als Frauen, die vornehmlich einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen.<sup>78</sup> Daher fällt die Verringerung des Stundenlohns – absolut betrachtet – bei Männern größer aus als bei Frauen. Zum anderen wird deutlich, dass der Lohnunterschied zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden mit Erreichen des Rentenalters geringer wird.

<sup>78</sup> Dieser Umstand wird in der Literatur häufig als Lohndifferenzial zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten bezeichnet (vgl. u.a. Wolf, 2010). Ein weiterer Grund dürfte die Gender Pay Gap sein (Destatis, 2021).

Die oben aufgezeigten Lohnunterschiede spiegeln sich auch in der Rentenanwartschaft wider, wie Abbildung 11 veranschaulicht. Um die Auswirkungen des Lohnunterschieds im Zusammenhang mit den zum Teil gewährten Rentenpunkten bei Übernahme einer Pfl egetätigkeit (siehe Kapitel 4.7.2) auf die Rentenanwartschaft zu isolieren, wird an dieser Stelle bewusst auf eine Darstellung der Rentenanwartschaft bei Renteneintritt verzichtet. Stattdessen werden nur die Rentenpunkte im Jahr des Pflegeeintritts zwischen Pflegenden und nicht-Pflegenden nach Geschlecht verglichen.

Abbildung 11: Rentenpunkte bei Pflegebeginn



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Hierbei zeigt sich, dass pflegende Frauen (Dreiecke) bei einem Pflegeeintritt im Alter von 25 Jahren trotz des geringeren Erwerbseinkommens mehr Rentenpunkte generieren als nicht-pflegende Frauen. Dieser Umstand ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass Frauen in dem Fall von der Regelung des §44 SGB XI profitieren und zusätzliche Rentenpunkte aufgrund der Übernahme von Pfl egetätigkeiten erwerben.<sup>79</sup> Bei einem Pflegeeintritt in späteren Altersjahren liegt das Rentenniveau von pflegenden Frauen dennoch unter dem der Vergleichsgruppe. Erst bei einem Pflegeeintritt mit 65 Jahren übersteigt es wieder das Niveau von nicht-pflegenden Frauen, was durch die oben genannte gesetzliche Regelung zu erklären ist. Bei pflegenden Männern (Punkte) liegt das Rentenniveau hingegen über alle Altersgruppen hinweg unter dem von nicht-pflegenden Männern.

Zusammengefasst profitieren im Modell also ausschließlich Frauen von der gesetzlichen Rentenregelung bei informeller Pflege, da Männer zum einen vornehmlich in Vollzeit arbeiten und daher keinen Anspruch auf §44 SGB XI haben. Zum anderen ist

<sup>79</sup> Im Modell ist die Höhe, der durch Pfl egetätigkeiten zu erwerbenden Rentenpunkte, auf 0,5 pro Jahr begrenzt (siehe Kapitel 4.7.2).

der Lohnunterschied zu nicht-Pflegenden bei Männern größer als bei Frauen, weshalb – sofern Männer Anspruch auf §44 SGB XI haben – mutmaßlich kein Mehrwert bei der Rentenanwartschaft entsteht.

Die oben beschriebenen (ökonomischen) Wirkungen zwischen Pflege- und Erwerbstätigkeit können als individuelle Opportunitätskosten, die bei der Pflegeperson entstehen, interpretiert werden. Diese individuellen Kosten haben darüber hinaus eine indirekte, monetäre Auswirkung auf den Fiskus. Das heißt, das Spannungsfeld zwischen informeller Pflegearbeit und Erwerbstätigkeit ruft beim pflegenden Individuum Kosten hervor, die ihrerseits wiederum Kosten für den Fiskus verursachen. Diese staatsseitigen Kosten werden in den nachfolgenden Abschnitten näher betrachtet.

Die fiskalischen Kosten, die im jeweiligen Altersjahr bei Pflegebeginn entstehen, werden für Männer in Tabelle 12 und für Frauen in Tabelle 13 ausgewiesen. Sie resultieren zum einen aus den Pflegegeldleistungen und zum anderen aus den zuvor beschriebenen Wirkungsmechanismen zwischen Pflegetätigkeit und Erwerbsarbeit, sprich den individuellen Kosten. In den Wirtschaftswissenschaften wird üblicherweise von *direkten Kosten* (=Pflegegeldleistungen) und *indirekten Kosten*, die, wie bereits erwähnt, durch die individuellen Kosten induziert werden, gesprochen. Zusammengekommen und ins Verhältnis zu nicht-Pflegenden gesetzt sind sie daher als durchschnittliche fiskalische Kosten pro Pflegeperson zu verstehen.

In Tabelle 12 auf Seite 116 und Tabelle 13 auf Seite 119 beinhaltet Spalte drei die Rentenansprüche, Spalte vier die Sozialhilfeleistungen, die bei einer auftretenden Arbeitslosigkeit bezogen werden, Spalte fünf die Pflegegeldleistungen, Spalte sechs die gezahlten Sozialversicherungsbeiträge, Spalte sieben die entrichteten Einkommensteuern und Spalte acht gibt die fiskalischen Nettokosten an, die sich aus der Summe der Spalten drei bis sieben ergeben.

Alle Kostenpositionen sind aus staatlicher Perspektive dargestellt. Das heißt, negative Werte sind als fiskalischer Verlust zu interpretieren und positive Werte als fiskalischer Zugewinn. Darüber hinaus drückt die erste Zeile je Pflegeeintrittsalter die fiskalischen Kosten pro Jahr in Euro aus, während die zweite Zeile die prozentuale Abweichung von den durchschnittlichen fiskalischen Kosten einer nicht-pflegenden Person angibt.

Diese prozentuale Abweichung liefert Hinweise auf das Ausmaß des Vereinbarkeitsproblems, das aus dem Spannungsfeld von Pflege- und Erwerbsarbeit zum jeweiligen Lebenszeitpunkt resultiert. Konkret offenbart sich das Vereinbarkeitsproblem – wie oben ausführlich dargelegt – in einem verringerten Arbeitsangebot und damit Erwerbseinkommen der Pflegeperson. Das bedeutet, je positiver bzw. negativer die prozentua-

le Abweichung, desto stärker schlägt sich das Vereinbarkeitsproblem zwischen Erwerbsarbeit und Pflegetätigkeit in der jeweiligen fiskalischen Kostenposition nieder.

Tabelle 12: Fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege bei Männern

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
Alter		RA*	SHL**	PG***	SVB****	Est*****	FNK*****
25	Euro (%)	207 (67,55)	- 1.706 (- 51,72)	- 7.537	- 2.046 (- 40,32)	- 3.125 (- 51,68)	- 14.207
35	Euro (%)	233 (49,13)	- 1.593 (- 58,33)	- 6.197	- 2.300 (- 32,95)	- 3.924 (- 40,70)	- 13.781
45	Euro (%)	167 (29,08)	- 1.138 (- 43,48)	- 4.298	- 1.653 (- 22,53)	- 2.917 (- 27,61)	- 9.838
55	Euro (%)	61 (11,38)	- 341 (- 10,34)	- 3.708	- 606 (- 10,22)	- 1.501 (- 13,63)	- 6.094
65	Euro (%)	22 (110,16)	31 (0,87)	- 4.425	- 219 (- 52,42)	- 293 (- 53,66)	- 4.884

\*RA= Rentenanspruch, \*\*SHL=Sozialhilfeleistung, \*\*\*PG=Pflegegeld, \*\*\*\*SVB=Sozialversicherungsbeiträge, \*\*\*\*\*Est=Einkommensteuer, \*\*\*\*\*FNK= Fiskalische Nettokosten

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Übernehmen Männer beispielsweise im Alter von 25 Jahren eine Pflegetätigkeit, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf den Fiskus. Neben den Pflegegeldleistungen in Höhe von 7.537 Euro entstehen zusätzliche Kosten, die auf das geringere Arbeitsangebot von Pflegenden zurückzuführen sind. So steigen im Vergleich zu einer nicht-pflegenden Person die gezahlten Sozialhilfeleistungen um 1.706 Euro (51,27%) pro Pflegeperson an, während die eingenommenen Sozialversicherungsbeiträge und Einkommensteuern um 2.046 Euro (40,32%) bzw. 3.125 Euro (51,68%) zurückgehen. Der Rentenanspruch einer Pflegeperson reduziert sich im Jahr des Pflegebeginns um einen Betrag in Höhe von 207 Euro (67,55%), der für den Fiskus einen Gewinn darstellt. In Summe belaufen sich die fiskalischen Kosten für Männer bei einem Pflegebeginn mit 25 Jahren auf 14.207 Euro im Jahr.

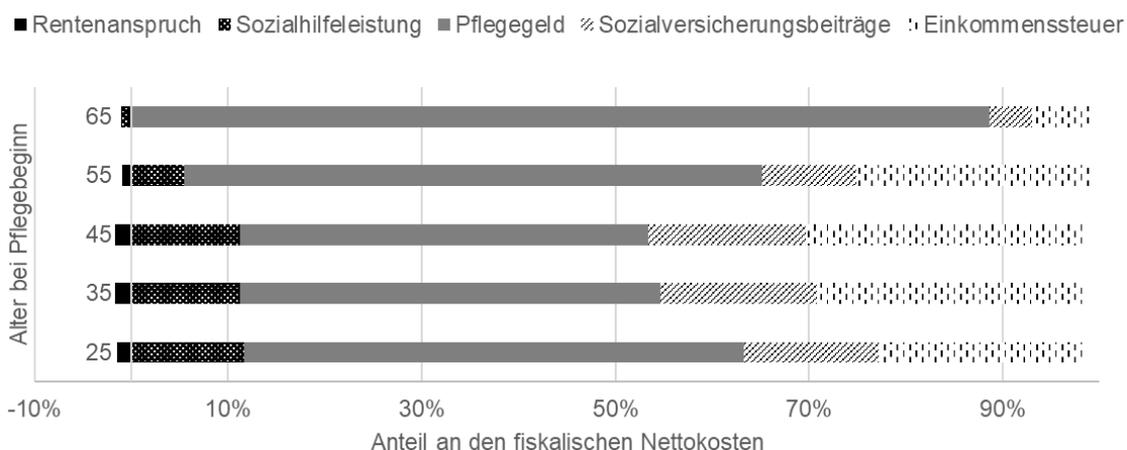
Wie aus Tabelle 12 hervor geht, nimmt die Höhe der fiskalischen Nettokosten mit steigendem Alter bei Pflegebeginn ab. Erfolgt die Übernahme einer Pflegetätigkeit beispielsweise im Alter von 45 Jahren, belaufen sich die fiskalischen Nettokosten auf 9.838 Euro, während sie 10 Jahre später, also mit 55 Jahren, bei 6.904 Euro liegen. Auffallend ist außerdem die mit dem Alter variierende prozentuale Abweichung der einzelnen Kostenpositionen von den jeweiligen durchschnittlichen fiskalischen Kostenpositionen einer nicht-pflegenden Person. Das heißt, je nach Pflegeeintrittsalter treten neben den gezahlten Pflegegeldleistungen (siehe Spalte fünf) unterschiedlich große

Vereinbarkeitsprobleme zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit auf, die im Ergebnis zu abweichenden fiskalischen Nettokosten im Erwerbsverlauf führen.<sup>80</sup>

Um ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, wie stark sich das (individuelle) Vereinbarkeitsproblem in den (fiskalischen) Gesamtnettokosten niederschlägt, das heißt in der Staatskasse bemerkbar macht, richtet sich der Blick im Folgenden auf die anteilige Zusammensetzung der fiskalischen Gesamtnettokosten.

Abbildung 12 zeigt, dass die Anteile der einzelnen fiskalischen Kostenpositionen an den Gesamtnettokosten mit dem Pflegeeintrittsalter variieren. Da auch hier die Kosten aus staatlicher Perspektive dargestellt sind, tragen die in Tabelle 12 ausgewiesenen negativen Werte (aus Sicht des Fiskus) zur Kostensteigerung bei. Sie werden daher in Abbildung 12 als positive Anteile ausgedrückt. Umgekehrt reduzieren die positiven Werte in Tabelle 12 die Ausgaben des Fiskus und sind daher in Abbildung 12 als negative Werte dargestellt.

Abbildung 12: Anteilige Zusammensetzung der fiskalischen Nettokosten bei Männern



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Es ist interessant, dass die fiskalischen Nettokosten beispielsweise bei einem Pflegeeintrittsalter von 25 bzw. 35 Jahren mit 14.207 Euro und 13.781 Euro ähnlich hoch sind, obwohl sich die Summen jeweils unterschiedlich zusammensetzen. Pflegt eine männliche Person im Alter von 25 Jahren, kommen ihre fiskalischen Kosten zu 53% durch Pflegegeldzahlungen zustande. Weitere 12% sind auf Sozialhilfeleistungen zurückzuführen, 14% durch niedrigere Sozialversicherungsbeiträge bedingt und 22% der Kosten entstehen aufgrund geringerer Einkommensteuereinnahmen. Die niedrigeren

<sup>80</sup> Die Höhe der Pflegegeldzahlungen ist von der Anzahl der geleisteten Pflegestunden pro Tag, sprich der Pflegeintensität, abhängig. Für eine ausführliche Diskussion siehe die Kapitel 4.4.2 und 4.7.1.

Rentenansprüche der Pflegeperson führen zu einer Reduktion der fiskalischen Nettokosten von 1,46%.

Bei einer pflegenden Person im Alter von 35 Jahren macht der Anteil von Pflegegeldleistungen knapp 10 Prozentpunkte weniger, nämlich nur 45% an den fiskalischen Nettokosten aus. Der Anteil der Sozialhilfeleistungen bleibt nahezu identisch (11,56%), während niedrigere Sozialversicherungsbeiträge zu etwas höheren anteiligen Kosten von 17% führen. Im Vergleich zu einer 25-jährigen männlichen Pflegeperson ist der stärkste anteilige Kostenzuwachs bei Pflegebeginn mit 35 Jahren durch verringerte Einkommensteuereinnahmen (28,47%) zu verzeichnen. Auch hier führen die niedrigeren Rentenansprüche zu einer Reduktion der fiskalischen Nettokosten von 1,69%.

Auffallend ist zudem, dass bei einem Pflegeeintritt mit 65 Jahren, 90% der fiskalischen Nettokosten durch Pflegegeldzahlungen entstehen. Das heißt, obwohl in diesem Alter nicht unerhebliche Vereinbarkeitsprobleme zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit vorliegen (siehe Tabelle 12), spiegeln sich diese nur noch bedingt in den Gesamtnettokosten des Fiskus wider.

Zusammengefasst verdeutlicht dieses Beispiel, dass die fiskalischen Kosten für pflegende Männer über die Erwerbsphase hinweg nicht nur in ihrer Höhe variieren, sondern auch die Vereinbarkeitsprobleme mit einer Erwerbstätigkeit (prozentuale Abweichung der einzelnen Kostenpositionen zu nicht-Pflegenden) sich unterschiedlich stark in den Gesamtkosten für den Fiskus bemerkbar machen. Anders ausgedrückt zeigt sich am oben erläuterten Beispiel einer 25-jährigen und 35-jährigen männlichen Pflegeperson, dass indirekte Kosten bei vergleichsweise geringen direkten Kosten (=Pflegegeldzahlungen) zu erheblichen (Mehr)kosten für den Fiskus führen können.

Bezugnehmend auf die fiskalischen Gesamtnettokosten, die bei pflegenden Frauen entstehen können, bleibt festzuhalten, dass sie trotz höherer Pflegegeldleistungen tendenziell geringer ausfallen als bei Männern. Wie anhand Tabelle 13 ersichtlich wird, nehmen auch bei Frauen die fiskalischen Gesamtnettokosten mit steigendem Alter bei Pflegebeginn ab – und zwar von 10.515 Euro im Alter von 25 Jahren bis auf 5.357 Euro im Alter von 65 Jahren. Die Kosten in Tabelle 13 sind ebenfalls aus staatlicher Perspektive dargestellt, sodass positive Werte einen Gewinn für den Fiskus kennzeichnen, während negative Werte auf einen Verlust hinweisen.

Tabelle 13: Fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege bei Frauen

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
Alter		RA*	SHL**	PG***	SVB****	Est*****	FNK*****
25	Euro (%)	85 (64,82)	- 228 (- 12,50)	- 8.428	- 836 (- 39,33)	- 1.109 (- 100)	- 10.515
35	Euro (%)	129 (68,31)	- 1.706 (- 51,72)	- 5.858	- 1.273 (- 40,59)	- 1.593 (- 59,91)	- 10.301
45	Euro (%)	92 (32,43)	- 910 (- 34,78)	- 5.410	- 910 (- 24,49)	- 1.274 (- 34,90)	- 8.412
55	Euro (%)	- 1 (- 0,15)	569 (21,74)	- 4.819	5 (0,15)	- 149 (- 4,57)	- 4.394
65	Euro (%)	0 (- 0,55)	177 (4,59)	- 5.536	1 (0,55)	2 (0,98)	- 5.357

\*RA= Rentenanspruch, \*\*SHL=Sozialhilfeleistung, \*\*\*PG=Pflegegeld, \*\*\*\*SVB=Sozialversicherungsbeiträge, \*\*\*\*\*Est=Einkommensteuer, \*\*\*\*\*FNK= Fiskalische Nettokosten

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Im Vergleich zu Tabelle 12 (Fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege bei Männern) zeigt Tabelle 13, dass Frauen geringere Vereinbarkeitsprobleme mit einer Pflegetätigkeit und zeitgleichen Erwerbsarbeit haben als Männer. Wie bereits beschrieben drückt sich das Vereinbarkeitsproblem durch die individuellen Kosten der Pflegeperson und damit die prozentuale Abweichung der einzelnen Kostenpositionen von Pflegenden zu nicht-Pflegenden aus. Das heißt, die individuellen Kosten, die bei pflegenden Frauen entstehen, induzieren geringere fiskalische Kosten als die individuellen Kosten pflegender Männer.

Diese Erkenntnis ist aus ökonomischer Perspektive unmittelbar offensichtlich.<sup>81</sup> Die individuellen Opportunitätskosten, die bei Frauen entstehen, sind geringer als bei Männern. Deshalb pflegen sie häufiger, intensiver, länger und sind zudem eher und im höheren Maße dazu bereit, die Erwerbsarbeitszeit zu reduzieren. Die höhere Reduktion der Erwerbsarbeitszeit von Frauen hat jedoch – entgegen der ersten Intuition – geringere Auswirkungen auf den Fiskus, da das Lohnniveau von Frauen unter dem von Männern liegt. In der Konsequenz spiegeln sich also die höheren Opportunitätskosten von pflegenden Männern – trotz einer höheren Arbeitszeitreduktion von pflegenden Frauen – stärker in den fiskalischen Kosten wider. Die Pflegeerbringung von Frauen ist aus staatlicher Sicht demnach günstiger als die von Männern.<sup>82</sup>

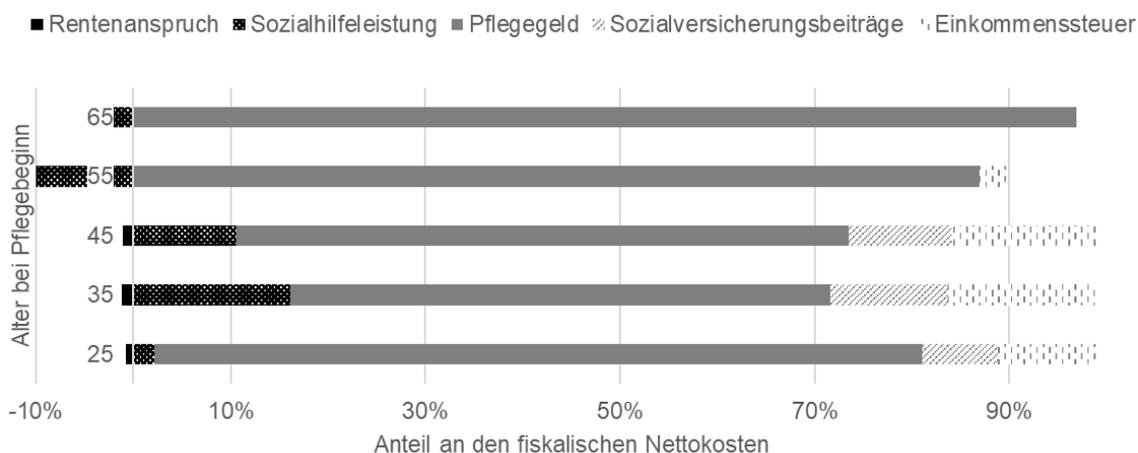
<sup>81</sup> Siehe hierzu die theoretischen Grundlagen in Kapitel 3.2.

<sup>82</sup> Dieser Befund wird in Kapitel 5.4 und 5.5 aufgegriffen und ausführlich diskutiert.

Eine Besonderheit tritt bei weiblichen Pflegepersonen im Alter von 25 Jahren auf. Die prozentuale Abweichung zu nicht-Pflegenden bei der Einkommensteuer liegt bei 100%, was zunächst unlogisch erscheint. Das Durchschnittsgehalt von pflegenden Frauen liegt in diesem Alter unter dem Einkommensteuerfreibetrag (siehe Kapitel 4.7.5). Deshalb werden im Modell bei pflegenden Frauen dieses Alters keine Einkommensteuern erhoben. Der Differenzbetrag zu nicht-pflegenden Frauen entspricht somit genau dem Betrag der gezahlten Einkommensteuern von Frauen ohne Pflegeaufgabe.

Um auch für Frauen eine Vorstellung davon zu gewinnen, wie stark sich das (individuelle) Vereinbarkeitsproblem in den (fiskalischen) Gesamtnettokosten widerspiegelt, richtet sich im Folgenden der Fokus auf die anteilige Zusammensetzung der Gesamtnettokosten (Abbildung 13).

Abbildung 13: Anteilige Zusammensetzung der fiskalischen Nettokosten bei Frauen



Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Als veranschaulichendes Beispiel eignet sich der Vergleich zwischen einer 25-jährigen und einer 35-jährigen weiblichen Pflegeperson. Die fiskalischen Nettokosten sind mit 10.515 Euro bzw. 10.301 Euro nahezu identisch. Während bei der 25-jährigen das Pflegegeld 80% der fiskalischen Nettokosten ausmacht, sind es bei der 35-jährigen Pflegeperson lediglich knapp 57%. Der Anteil an Sozialhilfeleistungen ist mit ungefähr 16% deutlich größer als bei einem Pflegebeginn mit 25 Jahren (2,16%). Darüber hinaus beläuft sich der Anteil an den fiskalischen Nettokosten, der durch geringere Sozialversicherungsbeiträge und Einkommenssteuereinnahmen entsteht, bei der 35-jährigen auf knapp 28%, während er bei der 25-jährigen 10 Prozentpunkte weniger, also ungefähr 18% ausmacht. Der Kostenvorteil für den Fiskus aufgrund geringerer Rentenansprüche weiblicher Pflegepersonen ist in beiden Altersgruppen vernachlässigbar.

Auffallend ist außerdem, dass bei einem Pflegeeintritt mit 55 Jahren die Sozialhilfeleistungen einen fiskalischen Zugewinn darstellen, was auf die leicht höhere Erwerbstäti-

genquote von pflegenden Frauen im Vergleich zu nicht-pflegenden Frauen zurückzuführen ist. Das bedeutet, Frauen mit Pflegeverantwortung sind in diesem Alter seltener auf Sozialhilfeleistungen angewiesen als nicht-pflegende Frauen.

Zusammengefasst nehmen die fiskalischen Kosten bei pflegenden Frauen über den Erwerbsverlauf ab. Darüber hinaus spiegelt sich das Vereinbarkeitsproblem unterschiedlich stark in den Gesamtkosten wider. Beim Vergleich der Gruppe pflegender Frauen zu pflegenden Männern wird außerdem deutlich, dass die Staatsausgaben trotz geringerer Pflegegeldleistungen für Männer im Durchschnitt höher als für Frauen sind. Das bedeutet, bei einer Pflegeübernahme entstehen bei Männern höhere individuelle Kosten als bei Frauen, Kosten, die wiederum größere Auswirkungen auf den Fiskus haben. Daraus folgt, dass informelle Pflege von Frauen als ökonomisch sinnvoll erachtet werden kann.

Es sei an dieser Stelle explizit darauf verwiesen, dass die gewonnenen Erkenntnisse aus rein ökonomischer Sicht, das heißt auf Basis der in Kapitel 3.1 und 3.2 gelegten theoretischen Grundlagen, interpretiert und eingeordnet werden. Diese Sichtweise stimmt nicht zwingend mit anderen Blickrichtungen, wie beispielsweise einer sozialpolitischen Herangehensweise, überein. Für eine ausführliche Diskussion siehe Kapitel 5.4 und 5.5.

Die in Szenario A ermittelten durchschnittlichen fiskalischen Nettokosten pro Pflegeperson, Alter und Jahr gewinnen zusätzlich an Bedeutung, wenn die Gesamtzahl an Pflegepersonen in Deutschland berücksichtigt wird. Von großer Relevanz ist dabei etwa, wie sich das Verhältnis von direkten fiskalischen Kosten (=Pflegegeldzahlungen) und indirekten fiskalischen Kosten für die gesamte Pflegepopulation und damit den Fiskus in seiner Gesamtwirkung darstellt. Diese Aspekte werden in Szenario B aufgegriffen, dessen Ergebnisse im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

## 5.2 Szenario B

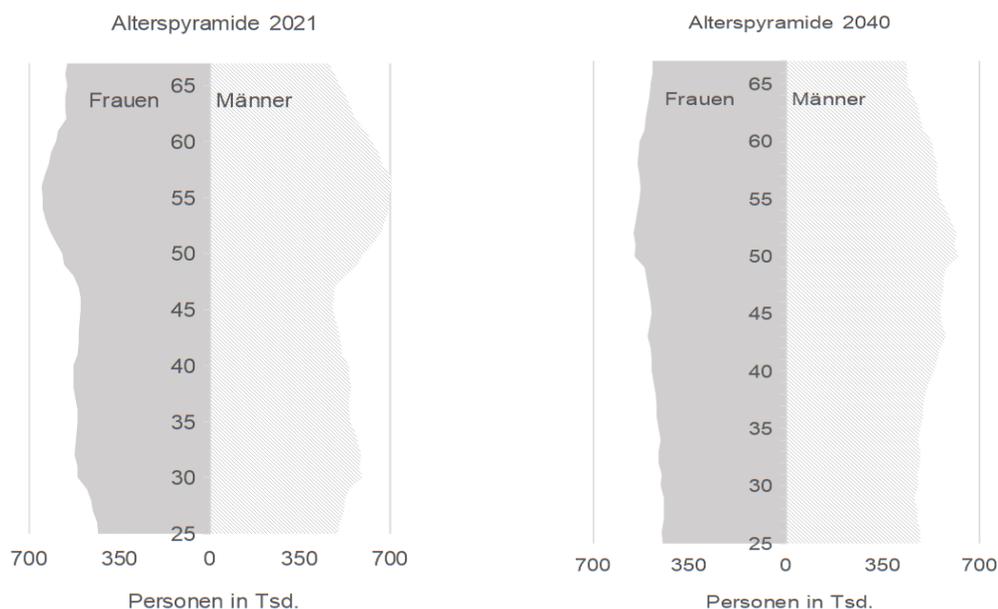
In Anlehnung an Szenario A, in dem die durchschnittlichen fiskalischen Kosten pro Pflegeperson nach Alter und Geschlecht ausgewiesen wurden, zielt Szenario B auf weitere zwei Punkte ab.

Zunächst soll eine Vorstellung darüber gewonnen werden, wie sich die Anzahl an Pflegepersonen zukünftig verändern könnte. Um diese Entwicklung abbilden zu können werden, wie bereits in Kapitel 4.8 beschrieben, die abgeleiteten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten je Alter und Geschlecht auf die Bevölkerungsvorausberechnung von Destatis angewandt (Destatis, 2019). Im Anschluss daran erfolgt die empirische Prog-

nose der fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege, indem die zuvor berechnete jährliche Anzahl an Pflegepersonen das Modell durchläuft und im Ergebnis zeigt, welche Kosten zukünftig für den Fiskus in ihrer Gesamtentwicklung anfallen werden.

Beginnend mit dem Einfluss des demografischen Wandels auf die zukünftige Anzahl an informell Pflegenden zeigt Abbildung 14, wie sich Destatis (2019) zufolge die Bevölkerungsdichte in Deutschland zwischen dem Jahr 2021 und 2040 mutmaßlich verändert.

Abbildung 14: Demografische Entwicklung bis zum Jahr 2040



Quelle: Destatis (2019), eigene Abbildung

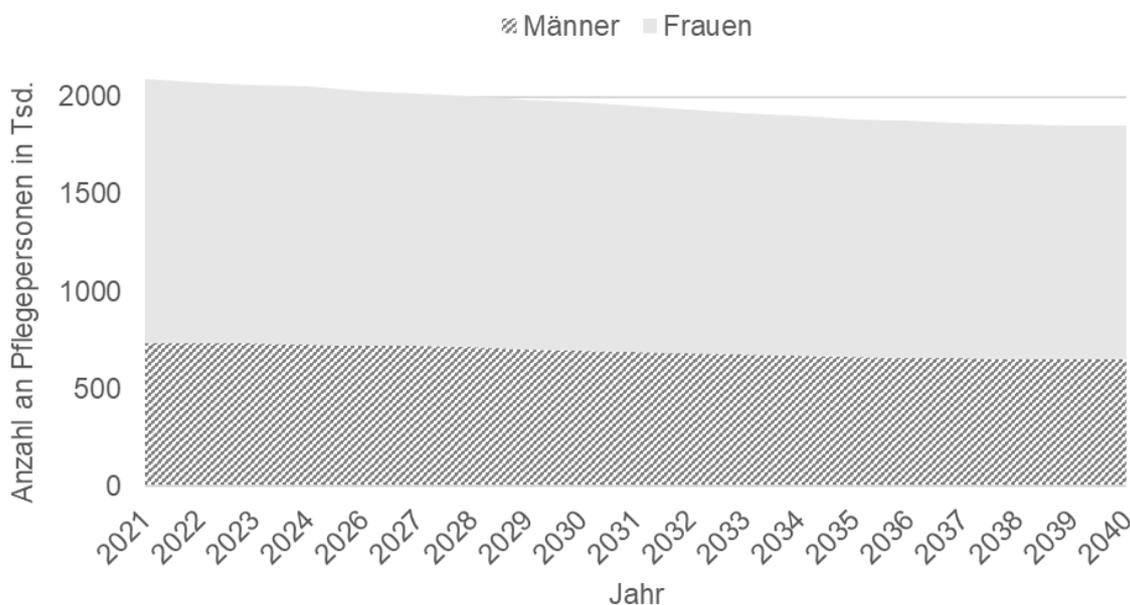
Es ist ersichtlich, dass bis zum Jahr 2040 insbesondere die Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen zahlenmäßig stark abnehmen wird – und zwar sowohl bei den Frauen um nahezu 1,30 Millionen als auch bei den Männern um knapp 1,20 Millionen. In Summe nimmt die Zahl der erwerbsfähigen Personen (25- bis 67-jährige) um gut vier Millionen von 47,73 Millionen im Jahr 2021 auf 43,57 Millionen im Jahr 2040 ab. Das entspricht einem Bevölkerungsrückgang von knapp 9%. Daraus lässt sich schließen, dass im Modell bei konstanten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten (siehe Anhang A 2) für die Altersjahre zwischen 25 und 67 die Anzahl an Pflegepersonen zukünftig rückläufig sein wird.

Unter Anwendung der aus dem SOEP ermittelten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten auf die Bevölkerungsvorausberechnung von Destatis, wird mit dem Modell die Anzahl an Pflegepersonen im Jahr 2021 auf 2.092.000 geschätzt. Zur Validierung dieser Prognose wird die aktuelle Amtliche Pflegestatistik für das Jahr 2019 herangezogen, wonach 2.116.451 Pflegebedürftige allein durch Angehörige versorgt wurden (Destatis,

2020a).<sup>83</sup> Das heißt, die prognostizierte Anzahl an Pflegepersonen für das Jahr 2021 stimmt annähernd mit den – zum Zeitpunkt dieser Arbeit neusten – amtlichen Daten überein. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass im Modell lediglich Personen zwischen 25 und 67 Jahren abgebildet werden. Es ist gut vorstellbar, dass vor allem hochbetagte Pflegebedürftige von über 67-jährigen Partnern oder Partnerinnen betreut werden. Demnach wäre es denkbar, dass die prognostizierte Anzahl an Pflegenden im Alter zwischen 25 und 67 Jahren die tatsächliche Anzahl an Pflegepersonen nach §37 SGB XI in dieser Altersspanne übersteigt.

Wie in Abbildung 15 dargestellt, zeichnet sich im Zeitverlauf ein Rückgang an Pflegepersonen ab, der auf die in Abbildung 14 dargestellte demografische Entwicklung zurückzuführen ist.

Abbildung 15: Entwicklung der Pflegepopulation bis 2040 – Szenario B



Quelle: SOEPv35 und Destatis (2019), eigene Berechnung

Demnach nimmt die Anzahl an Pflegenden von ursprünglich 2,09 Millionen im Jahr 2021 um circa 11% (240.000 Personen) auf 1,85 Millionen bis zum Jahr 2040 ab. Die Tatsache, dass die Population der Pflegenden etwas stärker zurückgeht als die Allgemeinbevölkerung (Rückgang von 11% vs. 9%), dürfte auf folgenden Umstand zurückzuführen sein. Die Pflegeinzidenzen in der mittleren und älteren Altersgruppe sind höher als in den jüngeren Alterskohorten (siehe Anhang Quelle: eigene Tabelle

<sup>83</sup> Die in der Statistik ausgewiesene Anzahl an Pflegebedürftigen entspricht den Empfängern von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI (Destatis, 2020a).

A 2) und lassen daher die Pflegepopulation – bei einem Rückgang der Allgemeinbevölkerung in vorwiegend der mittleren Altersgruppe (siehe Abbildung 14) – überdurchschnittlich stark schrumpfen.

Darüber hinaus bleibt der prozentuale Anteil von Männern und dementsprechend auch Frauen an allen Pflegenden im Zeitverlauf nahezu konstant, da die demografische Entwicklung annähernd gleichermaßen bei Männern und Frauen fortschreitet (siehe Abbildung 14) und die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten, wie bereits mehrfach erwähnt, im Zeitverlauf konstant sind. Es liegt ein Verhältnis von etwa einem Drittel Männer zu zwei Drittel Frauen in der Pflegepopulation vor.

Mit Blick auf die Altersstruktur von Pflegenden im Jahr 2021 bleibt festzuhalten, dass 8% (58.000) aller pflegenden Männer und 6% (86.000) aller pflegenden Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren sind. Die Altersgruppe der 35- bis 44-jährigen macht bei Männern einen Anteil von 10% (75.000) aus, während er sich bei Frauen auf 16% (213.000) beläuft. Mit fortschreitendem Alter steigt die Pflegeübernahmewahrscheinlichkeit, sodass 29% (222.000) aller männlichen Pflegenden und 32% (447.000) aller weiblichen Pflegenden der Altersgruppe der 45- bis 54-jährigen angehören. Den größten Anteil macht – sowohl bei Männern als auch Frauen – die Personengruppe im Alter zwischen 55 und 64 Jahren aus. Während sich 45% (318.000) aller pflegenden Männer in dieser Altersspanne befinden, liegt der Anteil bei Frauen mit 39% (526.000) geringfügig darunter. Personen über 65 Jahre sind bei beiden Geschlechtern zu etwa 8% (61.000 Männer und 101.000 Frauen) unter den Pflegenden vertreten.

Erwartungsgemäß sind damit die allermeisten Personen, nämlich annähernd zwei Drittel aller Pflegepersonen, mittleren Alters, das heißt zwischen 45 und 64 Jahre alt. Die prozentuale Verteilung der Pflegelast auf die oben genannten Altersgruppen verändert sich im Zeitverlauf bis zum Jahr 2040 nur unmerklich. Lediglich die absolute Anzahl an Pflegenden in der jeweiligen Altersgruppe verringert sich gemäß der zuvor erörterten Entwicklung der Pflegepopulation (siehe Abbildung 15).

Mithilfe dieser alters- und geschlechtsspezifischen Informationen lassen sich im Folgenden die Nettokosten, die für den Fiskus durch informelle Pflegeleistungen entstehen können, in ihrer Gesamtentwicklung berechnen, auswerten und interpretieren.

Diese belaufen sich im Gesamten, das heißt aggregiert für alle Pflegepersonen und fiskalischen Kostenpositionen, auf 14,48 Milliarden Euro im Jahr 2021. Davon entfallen 71% oder 10,32 Milliarden Euro auf gewährte Pflegegeldleistungen. Um die Prognose besser einordnen zu können, wird auf die – zum Zeitpunkt dieser Arbeit neusten – Angaben zur Finanzentwicklung der SPV seitens des Bundesministeriums für Gesundheit

(BMG) zurückgegriffen (BMG, 2021b). Demnach lagen die Ausgaben für Pflegegeldleistungen im Jahr 2019 bei 11,74 Milliarden Euro. Im Modell wird dieser Kostenpunkt für das Jahr 2021 also um 1,42 Milliarden Euro unterschätzt. Dies dürfte vor allem daran liegen, dass im Modell nur Pflegepersonen bis zum Alter von 67 Jahren abgebildet werden. Ältere Pflegepersonen und ihre zu Betreuenden bleiben, wie bereits mehrfach angeführt, unberücksichtigt. Eine tiefgehende Validierung ist mit den amtlichen Daten mangels Informationen über Pflegepersonen nicht möglich. Nichtsdestotrotz deutet der Vergleich der Modellschätzung mit den tatsächlichen Pflegegeldausgaben auf eine grundsätzliche Plausibilität der Ergebnisse hin.

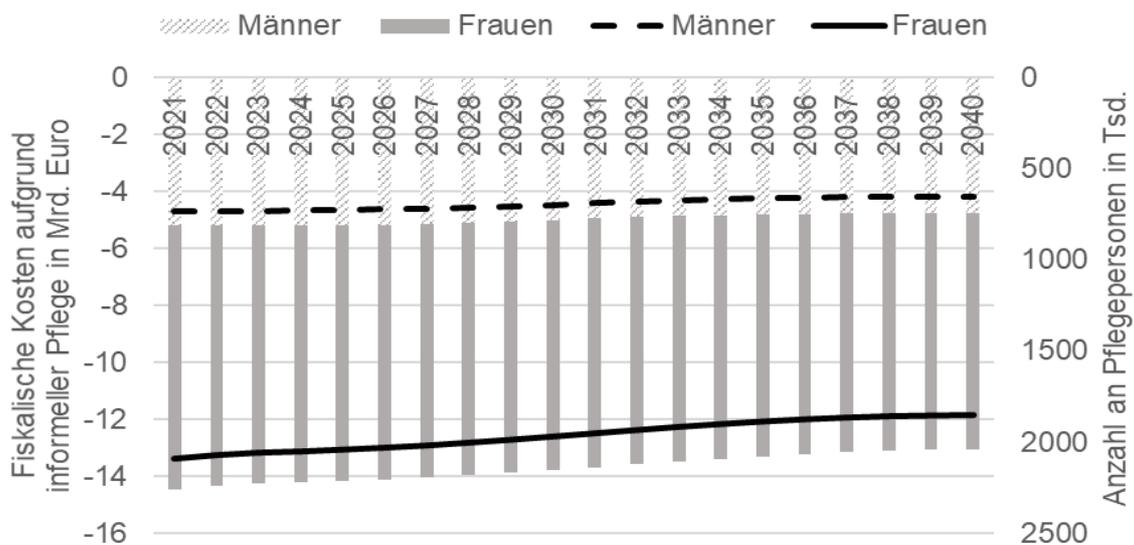
Wie oben bereits erläutert, machen die prognostizierten Pflegegeldleistungen 71% an den fiskalischen Nettokosten aus. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass beachtliche 29% der quantifizierten Nettokosten durch nicht unmittelbar ersichtliche Kostenpositionen verursacht werden. Wie bereits in Kapitel 5.1 erörtert, werden diese häufig als indirekte Kosten bezeichnet. Dazu zählen verringerte Einkommensteuereinnahmen in Höhe von 2,04 Milliarden Euro, was einem Anteil von 14% an den gesamten fiskalischen Nettokosten entspricht. Weitere 9% (1,30 Milliarden Euro) entstehen durch niedrigere Einnahmen bei den Sozialversicherungsbeiträgen und 6% (0,88 Milliarden Euro) der Gesamtkosten sind auf gezahlte Sozialhilfeleistungen zurückzuführen. Im Hinblick auf die Rentenansprüche von Pflegenden bleibt festzuhalten, dass aus Sicht des Fiskus ein marginaler Gewinn in Höhe von 0,06 Milliarden Euro entsteht, da Pflegende über den Erwerbsverlauf hinweg geringere Rentenansprüche als nicht-Pflegende erwerben. Dieser Betrag beläuft sich jedoch bei einer Rundung auf zwei Nachkommastellen auf 0,00% der gesamten fiskalischen Nettokosten und ist somit in der Gesamtanschauung zu vernachlässigen.

In Bezug auf die Rentenansprüche wird deutlich, dass die individuellen Kosten, die für Pflegende mitunter erheblich sein können (siehe Kapitel 5.1), nicht zwangsläufig zu einer ökonomisch spürbaren Veränderung in der Staatskasse führen.

Nichtsdestotrotz belaufen sich die (geschätzten) indirekten fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege in Summe auf einen Betrag in Höhe von 4,16 Milliarden Euro im Jahr 2021. Dieser ist in etwa so hoch, wie die Ausgaben der SPV für Sachleistungen (4,98 Milliarden Euro), also ambulante Pflegedienste, im Jahr 2019 (BMG, 2021b).

Ausgehend von den fiskalischen Nettokosten im Basisjahr der Modellierung, richtet sich im Nachfolgenden der Blick auf den prognostizierten Kostentrend bis zum Jahr 2040. Da die Kosten in Abbildung 16 aus staatlicher Perspektive dargestellt sind, bedeuten negative Vorzeichen einen fiskalischen Verlust.

Abbildung 16: Prognostizierte fiskalische Kosten aufgrund informeller Pflege



Quelle: SOEPv35 und Destatis (2019), eigene Berechnung

Die fiskalischen Nettokosten belaufen sich aggregiert für alle Pflegepersonen, auf 14,48 Milliarden Euro im Jahr 2021. Davon werden 36% (5,21 Milliarden Euro) der Kosten durch pflegende Männer hervorgerufen, während 64% (9,27 Milliarden Euro) auf Frauen mit Pflegeverantwortung entfallen. Bis zum Jahr 2030 nehmen die fiskalischen Nettokosten um circa 5% auf 13,78 Milliarden Euro ab. Dieser rückläufige Kostentrend setzt sich in den darauffolgenden Jahren fort, sodass im Jahr 2040 die Kosten für den Fiskus mit 13,05 Milliarden Euro beziffert werden. Dies entspricht aus Sicht des Fiskus einer weiteren Kostenreduktion von circa 5% seit dem Jahr 2030.

Anhand der gestrichelten Linie (Anzahl pflegender Männer) und der durchgängigen Linie (Anzahl pflegender Frauen) ist erkennbar, dass die Verringerung der Kosten mit dem demografischen Wandel und somit der rückläufigen Anzahl an Pflegenden, einher geht. Aus diesem Grund bleibt auch das Verhältnis der entstehenden Kosten zwischen Männern und Frauen über den Zeitverlauf nahezu konstant bei ungefähr einem Drittel zu zwei Dritteln. Während also die fiskalischen Kosten pro pflegendem Individuum bei Männern über alle Altersgruppen hinweg höher als bei Frauen liegen (siehe Tabelle 12 und Tabelle 13), zeigt sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, dass die Gruppe pflegender Frauen aufgrund ihrer größeren Anzahl an Pflegenden in Summe wesentlich mehr Kosten für den Fiskus hervorrufen als die Gruppe pflegender Männer.

Dieser Umstand soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei geschlechtsspezifischer Betrachtung der jeweiligen fiskalischen Gesamtnettokosten bei Männern indirekte Kosten von anteiligen 40% entstehen, während dieser Anteil bei Frauen mit 22% nahezu halb so groß ist. Das bedeutet, Frauen leisten intensiver Pflege, beziehen also

tendenziell höhere Pflegegeldleistungen (=direkte Kosten) und haben aber zeitgleich geringere individuelle Opportunitätskosten als Männer (siehe Kapitel 5.1). Aus staatlicher Perspektive bedeutet dies, dass die Pflege von Frauen im Status-quo durchschnittlich günstiger als die von Männern ist.

Zusammengefasst prognostiziert Szenario B einen rückläufigen Kostentrend, der durch den demografischen Wandel und die damit zurückgehende Anzahl an Pflegenden bedingt ist. Es kann jedoch angezweifelt werden, dass im Hinblick auf einen steigenden Pflegebedarf in den nächsten Jahren (vgl. Kapitel 4.1.1) die informelle Pflege abnehmen wird. Denn ein Rückgang der informellen Pflege würde unausweichlich zu einer Ausweitung der formellen Pflege führen. In Anbetracht des Mangels an Pflegefachkräften und der vergleichsweise teuren formellen Pflegealternativen ist dies unwahrscheinlich (vgl. Kochskämper, 2018).

Daher soll in einem weiteren Szenario simuliert werden, in welchem Maß die Anzahl an informell Pflegenden zukünftig ansteigen könnte und welche Kosten für den Fiskus damit verbunden wären. Denn eine Ausweitung der informellen Pflege führt aller Voraussicht nach nicht nur zu einer Zunahme der direkten Kosten, also der Pflegegeldzahlungen, sondern darüber hinaus zur Verschärfung des Vereinbarkeitsproblems zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Das heißt, die indirekten Kosten würden ebenfalls ansteigen. Für eine zweckmäßige Arbeitsmarkt- und Pflegepolitik ist es daher unerlässlich die direkten und indirekten Kosten in ihrer Gesamtheit adäquat abzuschätzen.

### 5.3 Szenario C

Szenario C zielt darauf ab, eine mögliche Zunahme der informell Pflegenden in den kommenden Jahren zu simulieren und die damit verbundenen staatlichen Kosten zu quantifizieren. Dazu bedarf es einiger normativer Annahmen. Normative Szenarien sind antizipatorische Simulationen mit Bezug zu vorliegenden Trends, die in der Folge erläutert werden (vgl. Godet, 2000).

Wie in Kapitel 4.9 diskutiert, ist das Modell angebotsseitig konzipiert. Das heißt, die Anzahl der informell Pflegenden wird nicht vom Pflegebedarf, also der Anzahl an Pflegebedürftigen abgeleitet, sondern beruht auf den ermittelten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten, die auf die Bevölkerungsvorausberechnung von Destatis hochgerechnet werden. Um jedoch prospektiv gerichtet eine Vorstellung darüber zu gewinnen, inwieweit das informelle Pflegeangebot ansteigen könnte, ist es zur Herleitung eines geeigneten Szenarios dennoch erforderlich, die Nachfrageseite zu betrachten.

Unter Zuhilfenahme der Pflegequoten aus der Amtlichen Pflegestatistik (2020a) wird daher zunächst abgeschätzt, wie sich der informelle Pflegebedarf bei konstanten häuslichen Pflegequoten und fortschreitendem demografischen Wandel entwickeln könnte. In einem weiteren Schritt wird dann modellanalytisch unterstellt, dass der errechnete informelle Pflegebedarf auch tatsächlich durch Personen aus dem Angehörigenumfeld gedeckt wird. Dazu müssen die aus dem SOEP ermittelten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten je Alter und Geschlecht ab dem Jahr 2021 kontinuierlich an den (zuvor geschätzten) steigenden Pflegebedarf angepasst, das heißt entsprechend erhöht, werden.

Tabelle 14 dokumentiert die Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten in 5-Jahresintervallen. Die errechnete Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit bezieht sich gleichermaßen auf die Gruppe pflegender Männer und Frauen sowie alle Alterskohorten in Bezug zum Basisjahr 2021.

Tabelle 14: Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten

Jahr	Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit
2025	12,97%
2030	22,36%
2035	33,77%
2040	46,60%

Quelle: Amtliche Pflegestatistik (2020a) und SOEPv35, eigene Berechnung

Zum besseren Verständnis sei nochmals darauf verwiesen, dass der Referenzwert, der in Tabelle 14 dargestellten prozentualen Erhöhung, die alters- und geschlechtsspezifische Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit (Anhang A 2) ist. Demnach erhöht sich die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit für Männer und Frauen in der jeweiligen Altersgruppe im Zeitraum von 5 Jahren um circa 10%. Dieser Trend führt im Zeitverlauf zur absoluten Zunahme an informell Pflegenden.

Darüber hinaus fließt ein weiterer Trend in das Szenario ein. Dieser bezieht sich auf das Verhältnis von Männern zu Frauen in der zuvor geschätzten informellen Pflegepopulation. Für die Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen wird ab dem Jahr 2021 jährlich ein 1-prozentiger Zuwachs der männlichen Pflegenden zu Lasten der weiblichen Pflegepersonen simuliert. Das bedeutet, der Anteil pflegender Frauen nimmt relativ zur (steigenden) Gesamtanzahl an Pflegenden ab, während der Anteil pflegender Männer im relativen Maße zunimmt.

Zusammengefasst greift das oben erläuterte Szenario die beiden zentralen Trends auf, die im Verlauf dieser Arbeit herausgearbeitet wurden und deren Eintreten als wahrscheinlich angesehen werden dürfte.

Zum einen ist unumstritten, dass der Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten ansteigen wird. Anhand der Daten der Amtlichen Pflegestatistik ist erkennbar, dass der Anteil von zu Hause Versorgten an allen Pflegebedürftigen seit 2001 nahezu unverändert geblieben bzw. sogar leicht von 49% auf 51% angestiegen ist (siehe Abbildung 1). Im Hinblick auf den immer deutlich werdenden Pflegefachkräftemangel müsste die häusliche Pflegequote zukünftig ansteigen, um den Mangel an formellen Pflegekapazitäten zu kompensieren und so den ansteigenden Pflegebedarf decken zu können. Daraus lässt sich schließen, dass die hier angewandte Schätzmethode zur Erhöhung der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten auf Basis konstanter häuslicher Pflegequoten konservativ ausfällt.

Des Weiteren ist bereits heute erkennbar, dass der Anteil pflegender Männer zunimmt. Die Gründe hierfür sind vielfältig, lassen sich nur schwer separieren und können daher nur bedingt antizipiert werden.<sup>84</sup> Das heißt, das Ausmaß der Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern ist ungleich schwerer vorherzusagen als den steigenden Pflegebedarf und das dafür notwendige Pflegeangebot abzuschätzen. Aus diesem Grund wurde eine moderate jährliche Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern von einem Prozentpunkt pro Jahr gewählt.

Abschließend ist anzumerken, dass bei der Modellierung von Szenario C implizit angenommen wird, dass eine generelle Pflegebereitschaft in der Bevölkerung vorliegt. Es kann an dieser Stelle durchaus kritisch hinterfragt werden, ob sich überhaupt mehr Personen – und insbesondere Männer – gemäß der in Kapitel 3.1 erläuterten Theorien als informell Pflegende motivieren lassen würden. In dieser Hinsicht wäre unter anderem eine zunehmende Arbeitskräfteknappheit, steigende Löhne sowie eine fehlende gesellschaftspolitische Anerkennung von Sorgearbeiten zu berücksichtigen. Diese Aspekte würden in der Konsequenz dazu führen, dass potenzielle Pflegepersonen zukünftig stärker am Arbeitsmarkt nachgefragt werden und mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Erwerbstätigkeit gegenüber (unbezahlten) Pflegeaufgaben vorziehen. Andererseits lässt sich vermuten, dass der oben diskutierte Mangel an formellen Pflegekapazitäten zukünftig die Wahlmöglichkeiten beim Pflegearrangement einschränkt. Wie in Kapitel 4.2 erörtert, würde es dann ungeachtet der Motiv- und Arbeitsmarktlage zur Übernahme von informellen Pflegeleistungen kommen (müssen).

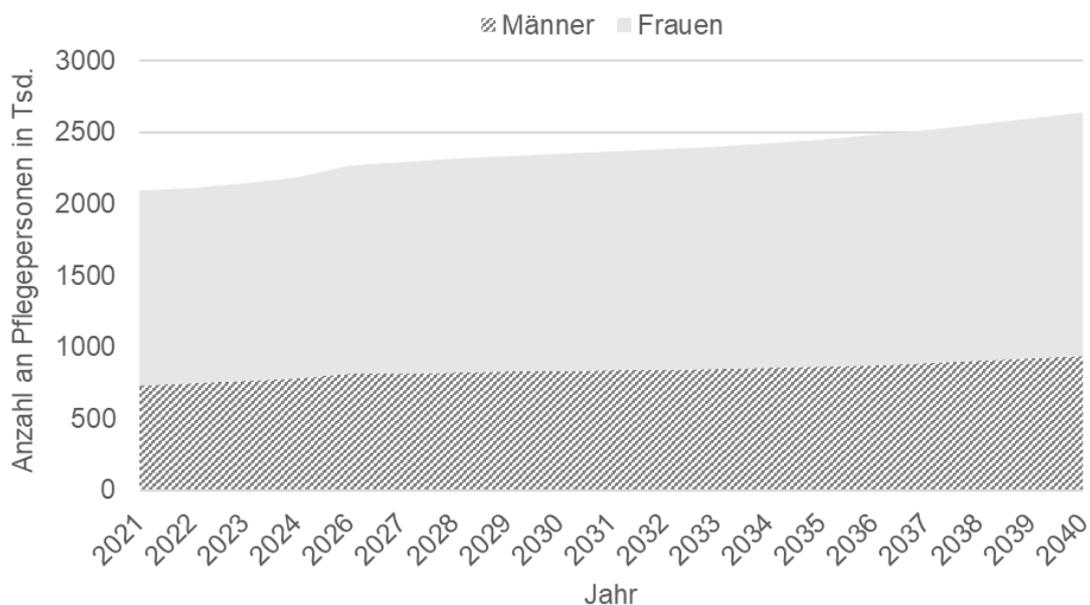
Im Ergebnis dürften die oben erläuterten Annahmen zur Simulation von Szenario C zu steigenden fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege führen. Wie genau sich diese ausgestalten, stellen die nachfolgenden Abschnitte vor.

---

<sup>84</sup> Für eine ausführliche Diskussion siehe Kapitel 2.6.

Beginnend mit der prognostizierten Anzahl an informell Pflegenden veranschaulicht Abbildung 17, wie der Trend zur häuslichen Pflege im Zuge des demografischen Wandels zukünftig verlaufen könnte.

Abbildung 17: Entwicklung der Pflegepopulation bis 2040 – Szenario C



Quelle: SOEPv35 und Destatis (2019), eigene Berechnung

Die Pflegepopulation im Basisjahr 2021 entspricht der von Szenario B, in dem sich die Anzahl an Pflegenden auf 2,09 Millionen beläuft. Davon sind 35% (0,73 Millionen) männlichen und 65% (1,36 Millionen) weiblichen Geschlechts. In den darauffolgenden Jahren erhöht sich die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit, die zu einer absoluten Zunahme der Anzahl an Pflegenden von 12% auf 2,35 Millionen im Jahr 2030 führt. Innerhalb dieser Zeitspanne verschiebt sich auch die Pflegelast von Frauen zu Männern, sodass im Jahr 2030 circa 0,94 Millionen Männer pflegen, was einem Anteil von 40% an allen Pflegenden entspricht. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass der Anteil pflegender Frauen seit dem Jahr 2021 um 5 Prozentpunkte auf 60% (1,41 Millionen) gesunken ist. Bis zum Jahr 2040 steigt die Gesamtzahl pflegender Personen auf 2,64 Millionen an. In Bezug zum Basisjahr entspricht dies einem Zuwachs von 26% oder 0,55 Millionen informell Pflegenden. Weiter ist interessant zu beobachten, dass sich die Pflegelast zwischen 2030 und 2040 nicht mehr so stark zwischen den Geschlechtern verschiebt wie noch in der Zeitspanne von 2021 bis 2030. Konkret steigt der Anteil pflegender Männer bis zum Jahr 2040 um zwei weitere Prozentpunkte auf 42% (1,11 Millionen) an, sodass folglich 58% (1,53 Millionen) der Pflegenden weiblich sind.

Mit Blick auf die Altersstruktur von Pflegenden bleibt festzuhalten, dass lediglich in den Altersgruppen der 45- bis 54-jährigen und 55- bis 64-jährigen eine Verschiebung der

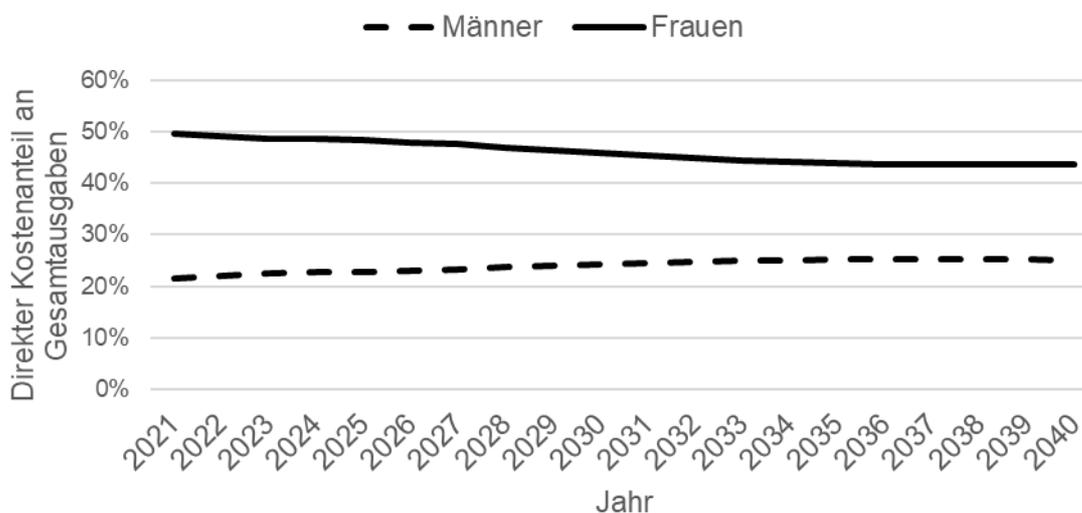
Pflegelast von Frauen zu Männern zu beobachten ist. In allen anderen Altersgruppen bleibt der Anteil an männlichen und weiblichen Pflegenden im Zeitverlauf nahezu unverändert. Während im Jahr 2021 circa 10% (215.000) aller Pflegenden männlich und im Alter zwischen 45 und 54 Jahren sind, beläuft sich der Anteil an Frauen des gleichen Alters auf 21% (429.000) an allen Pflegenden. Zudem sind in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren 15% (323.000) aller Pflegenden männlich und 25% (527.000) weiblich. Bis zum Jahr 2040 steigt in der Pflegepopulation der Anteil pflegender Männer im Alter zwischen 45 und 54 Jahren auf 13% (353.000) und in der Altersspanne zwischen 55 und 64 Jahren auf 19% (496.000) an. In der Konsequenz führt die Zunahme männlicher Pflegepersonen zu einem Rückgang von Frauen mit Pflegeverantwortung, sodass im Jahr 2040 der Anteil pflegender Frauen, gemessen an allen Pflegenden, im Alter zwischen 45 und 54 Jahren 20% (516.000) beträgt und in der Altersspanne zwischen 55 und 64 auf 19% (489.000) zurückgeht.

Zusammengefasst verzeichnet die Pflegepopulation in Szenario C einen stetigen zahlenmäßigen Zuwachs, der darüber hinaus zu einer relativen Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern in den mittleren Altersgruppen führt. Diese Entwicklung schlägt sich nicht zuletzt in den fiskalischen Gesamtkosten nieder, die im nächsten Abschnitt betrachtet werden.

Im Jahr 2021 belaufen sich die fiskalischen Nettokosten in Anlehnung an Szenario B auf 14,48 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2030 steigen die Kosten für den Fiskus um knapp 14% auf 16,48 Milliarden Euro an. Dieser Kostentrend setzt sich in den darauffolgenden Jahren fort, sodass im Jahr 2040 die fiskalischen Gesamtnettokosten mit 18,68 Milliarden Euro beziffert werden. Dies entspricht aus Sicht des Fiskus einer weiteren Kostensteigerung von circa 13% seit dem Jahr 2030. Somit ist im Zeitraum von 2021 bis 2040 eine Kostenzunahme in Höhe von 4,2 Milliarden Euro oder 27% zu verzeichnen.

Unter der Prämisse, dass sich die Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern auch in der anteiligen Zusammensetzung der Gesamtnettokosten widerspiegelt, werden im Nachfolgenden die direkten (und indirekten fiskalischen) Kosten per Geschlecht im Zeitverlauf betrachtet. Abbildung 18 zeigt, wie sich die gezahlten Pflegegeldleistungen, also die direkten Kosten, für die Gruppe pflegender Männer und Frauen anteilig auf die Gesamtausgaben des Fiskus aufteilen.

Abbildung 18: Direkter Kostenanteil an fiskalischen Gesamtkosten nach Geschlecht



Quelle: SOEPv35 und Destatis (2019), eigene Berechnung

Während die direkten Kosten, die durch männliche Pflegepersonen im Jahr 2021 entstehen lediglich 22% an den Gesamtkosten des Fiskus ausmachen, ist dieser Kostenanteil für die Gruppe pflegender Frauen mit 50% mehr als doppelt so groß. Aufgrund der Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern verringern sich im Zeitverlauf die anteiligen Staatsausgaben für weibliche Pflegepersonen. Im Jahr 2030 liegt der Anteil direkter Kosten für informell pflegende Frauen bei 46% und verringert sich weiter auf 44% bis zum Jahr 2040. Im Zeitverlauf entspricht dies einer relativen Abnahme der direkten Kosten für pflegende Frauen in Höhe von 6%, gemessen an den geschlechtsübergreifenden Gesamtausgaben des Fiskus. Im Gegensatz dazu steigen die relativen Staatsausgaben für Pflegegeldleistungen, die der Gruppe pflegender Männer gewährt werden, auf 24% im Jahr 2030 an und erhöhen sich bis zum Jahr 2040 um einen weiteren Prozentpunkt auf 25%. Dies entspricht einer relativen Zunahme der direkten Kosten für pflegende Männer von 3%, gemessen an den geschlechtsübergreifenden fiskalischen Gesamtausgaben.

Daraus resultiert, dass im Jahr 2021 in Summe 72% der gesamten fiskalischen Nettokosten den direkten Kosten zugeschrieben werden. Bis zum Jahr 2040 reduziert sich geschlechtsübergreifend der Anteil der Pflegegeldleistungen an den Gesamtausgaben des Fiskus marginal um 3 Prozentpunkte auf 69%. Im Umkehrschluss führt die relative Reduktion der direkten Kosten zu einem relativen Anstieg der indirekten Kosten – und zwar um jene 3 Prozentpunkte.

Die hier beschriebene Modelldynamik kann als Umverteilungseffekt interpretiert werden, der aus der Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern resultiert. Durch einen erhöhten Anteil männlicher Pflegepersonen steigen die indirekten Kosten stärker

als die direkten Kosten (Pflegegeldzahlungen) an. In absoluten Werten ausgedrückt, beziffert sich der Umverteilungseffekt auf 0,05 Milliarden Euro.

Vor dem Hintergrund, dass die fiskalischen Gesamtnettokosten aufgrund einer steigenden Anzahl an informell Pflegenden um 27% (4,2 Milliarden Euro) bis zum Jahr 2040 zunehmen, fällt der Umverteilungseffekt, der durch die Verschiebung der Pflegebelastung von Frauen zu Männern in den mittleren Altersgruppen auftritt, mit 3% (0,05 Milliarden Euro) vergleichsweise gering aus. Das bedeutet nichtsdestotrotz, dass ein verstärktes Pflegeangebot von Männern Kosten in Höhe von 0,05 Milliarden Euro beim Staat hervorruft. Diese (Mehr)kosten entstehen durch verringerte Einkommensteuereinnahmen, niedrigere Sozialversicherungsbeiträge und/oder erhöhte Sozialhilfeleistungen.

Weiter zeigt sich im Zeitverlauf, dass die direkten Kosten von 10,32 Milliarden Euro im Jahr 2021 auf 12,86 Milliarden Euro im Jahr 2040 ansteigen. Dies entspricht einer absoluten Kostenzunahme von 25%. Dagegen steigen die indirekten Kosten von 4,16 Milliarden Euro im Jahr 2021 auf 5,82 Milliarden Euro im Jahr 2040. Dies kommt einer Steigerungsrate von 40% gleich. Das bedeutet, die indirekten Kosten wachsen im Zuge eines anschwellenden informellen Pflegeangebots wesentlich stärker an als die direkten Kosten. Anders ausgedrückt verschärft sich das Vereinbarkeitsproblem zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit durch akkumulierte individuelle Kosten der Pflegepersonen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, die somit erhebliche (Mehr)kosten beim Fiskus induzieren. Während bei der Bewertung von informeller Pflegearbeit bislang fast ausschließlich die direkten Kosten (=Pflegegeldzahlungen) einbezogen werden, zeigt dieser Befund, wie wichtig für den Staat darüber hinaus die Berücksichtigung von indirekten Kosten ist.

Zusammengefasst lässt sich daher festhalten, dass eine ansteigende Anzahl informell Pflegenden unmittelbar zu einer Kostenzunahme beim Fiskus führt. Dies ist nicht weiter verwunderlich. Jedoch konnte die Simulation darüber hinaus zeigen, dass mit Blick auf die fiskalischen Gesamtkosten eine Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern zu einer zusätzlichen, jedoch als geringfügig einzuschätzenden, Auswirkung auf die Staatskasse führt. Dagegen steigen geschlechtsübergreifend die indirekten Kosten bei einer Ausweitung des informellen Pflegeangebots wesentlich stärker an als die direkten Kosten. Diese Erkenntnis ist ein weiteres Argument dafür, die fiskalischen Gesamtkosten aufgrund informeller Pflege weiter in den Fokus der gesellschaftlichen und politischen Debatte zu rücken. Das heißt, zukünftig sollten nicht nur die direkten, sondern auch die indirekten Kosten aufgrund informeller Pflege Einzug in die Debatte erhalten.

Im nächsten Teilkapitel werden die Ergebnisse der Szenarien A, B und C nochmals zusammengefasst und gesellschaftspolitisch reflektiert.

#### 5.4 Zwischenfazit: sozialpolitische Implikation der Ergebnisse

Szenario A zeigt die ökonomischen Auswirkungen, die mit Übernahme einer Pfl egetätigkeit entstehen können, und bemisst die daraus resultierenden individuellen Kosten. Demnach sind sowohl pflegende Frauen als auch pflegende Männer seltener am Arbeitsmarkt tätig als nicht-Pflegende. Jedoch scheinen Frauen tendenziell häufiger Pflegearbeit und Erwerbsarbeit kombinieren zu können als Männer. Im Hinblick auf die Erwerbsarbeitszeit zeigt sich, dass Frauen stärker Arbeitszeit reduzieren, um der Pflegeaufgabe gerecht zu werden als Männer. Diese Erkenntnisse könnte so interpretiert werden, dass Frauen eher dazu bereit sind Pflege zusätzlich zur Erwerbsarbeit zu übernehmen, auch wenn sie dafür ihre Erwerbsarbeitszeit reduzieren müssen. Im Umkehrschluss übernehmen Männer nur dann eine Pflegeaufgabe, wenn diese sich gut mit der bestehenden Erwerbsarbeit vereinen lässt. Darüber hinaus müssen beide Geschlechter Lohneinbußen am Arbeitsmarkt hinnehmen, wenn sie informelle Pflegearbeit leisten. Die Lohnreduktion fällt bei Männern absolut betrachtet höher als bei Frauen aus, was auf das durchschnittlich höhere Lohneinkommen von Männern zurückzuführen ist. Da sich das Lohneinkommen auch auf die Rentenanwartschaft auswirkt, ist es nicht weiter verwunderlich, dass Pflegende zum Großteil geringere Rentenansprüche haben als nicht-Pflegende. Es ist dennoch wichtig darauf zu verweisen, dass aufgrund der mitunter gewährten Rentenpunkte bei Übernahme einer Pfl egetätigkeit pflegende Frauen in bestimmten Altersgruppen mehr Rentenpunkte als nicht-Pflegende akkumulieren.

In Summe induzieren die individuellen Kosten weitere indirekte Kosten beim Fiskus. Wie ausführlich dargestellt variiert das Ausmaß des Vereinbarkeitsproblems zwischen Pfl egetätigkeit und Erwerbsarbeit zwischen den Altersjahren und/oder den Geschlechtern. Eine nähere Betrachtung der staatsseitigen Kosten zeigt, dass pflegende Männer trotz geringerer Pflegegeldleistungen mehr Kosten für den Fiskus verursachen als Frauen. Dies hängt wie ausführlich beschrieben mit den vergleichsweise hohen individuellen Opportunitätskosten von pflegenden Männern zusammen.

Es bleibt festzuhalten, dass informelle Pflege sowohl bei Männern als auch Frauen zusätzliche fiskalische Kosten verursacht, die durch ein verringertes Arbeitsangebot von Pflegenden im Vergleich zu nicht-Pflegenden hervorgerufen werden. Aus Sicht des Fiskus gilt es folglich nicht nur die direkten Kosten, also die Pflegegeldzahlungen, in die ökonomische Bewertung der informellen Pflegearbeit mit aufzunehmen, sondern

darüber hinaus auch die indirekten Kosten differenziert zu berücksichtigen. Zudem treten geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in der Zusammensetzung der einzelnen Kostenpositionen an den fiskalischen Gesamtnettkosten auf. Diese Erkenntnis ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, da sie eine erste Vorstellung davon vermittelt, inwieweit sich das (individuelle) Vereinbarkeitsproblem zwischen Pflege und Erwerbstätigkeit in der Staatskasse bemerkbar macht.

In Szenario B wird berechnet, wie sich die Anzahl an Pflegepersonen im Zuge des demografischen Wandels verändern könnte bzw. wie hoch die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ausfallen könnten. Hierbei zeigt sich, dass die Population der Pflegenden bis zum Jahr 2040 rückläufig ist, was vollständig durch die konstanten Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten bei einer gleichzeitig abnehmenden Bevölkerungsdichte zu erklären ist. Unabhängig von der absoluten Größe der Pflegepopulation sind im Zeitverlauf 65% der Pflegenden weiblich und 35% männlich. Mit Blick auf die fiskalischen Kosten ist hervorzuheben, dass die direkten Kosten, also die Pflegegeldzahlungen, 71% an den staatlichen pflegebezogenen Gesamtausgaben ausmachen und folglich beachtliche 29% der Staatsausgaben auf indirekte Kosten zurückzuführen sind. Die staatsseitigen Gesamtkosten nehmen mit dem Rückgang der Anzahl an Pflegenden ebenfalls ab – das Verhältnis von direkten zu indirekten fiskalischen Kosten bleibt konstant. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf zu verweisen, dass pflegende Frauen 65% der Kosten hervorrufen, wovon wiederum 22% indirekte Kosten sind. Im Gegensatz dazu belaufen sich die Staatsausgaben für pflegende Männer auf 35%, wovon wiederum 40% auf indirekte Kosten entfallen. Das bedeutet, wenngleich durch pflegende Frauen absolut betrachtet höhere Kosten entstehen, so ist die informelle Pflege durch Männer aufgrund des höheren Anteils indirekter Kosten relativ gesehen nahezu doppelt so kostenintensiv für den Fiskus.

An dieser Stelle zeigt sich das gesellschaftliche und sozialpolitische Dilemma besonders deutlich. Einerseits wird sozialpolitisch eine Angleichung der Lebenschancen (von benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen) angestrebt. Daraus müsste folgen, dass Männern zukünftig größere Anreize geboten werden Pfl egetätigkeiten zu übernehmen, sodass Frauen entlastet würden und dadurch die Chance wahrnehmen könnten, sich unter anderem im Erwerbsleben stärker einzubringen. Dies hätte eine Angleichung der sozioökonomischen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern zur Folge. Andererseits deutet Szenario B – aus ökonomischer Perspektive – daraufhin, dass eine Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern zu einem Kostenanstieg beim Fiskus führen könnte. Die Frage ist also, wieviel wert es einer Gesellschaft ist, eine Angleichung der Lebensbedingungen zu verwirklichen. Vorweggenommen kann diese normative

Fragestellung mit der hier durchgeführten ökonomischen Analyse nicht beantwortet werden. Sie zeigt aber gerade deshalb, wie wichtig es ist, ökonomische Erkenntnisse in den gesellschaftlichen und institutionellen Kontext einzuordnen, um eine weiterführende Diskussion anzustoßen.

In Anlehnung daran liefert Szenario C Hinweise darauf, wie sich die fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege bei einem steigenden Pflegebedarf und einer Verschiebung der Pflegelast von Frauen zu Männern entwickeln könnten. Zusammengefasst erhöht sich die Anzahl informell Pflegenden ab dem Jahr 2021 bis zum Jahr 2040 um 26%. In diesem Zeitraum verschiebt sich die Aufteilung der Pflegeverantwortung zwischen Frauen und Männern von ursprünglich 65% zu 35% auf 58% zu 42%. Zeitgleich verringert sich der Anteil der direkten Kosten an den fiskalischen Gesamtausgaben geringfügig von 72% auf 69%, woraus sich schließen lässt, dass der Umverteilungseffekt der Pflegelast von Frauen auf Männer 3% an den fiskalischen Gesamtkosten ausmacht. Zudem zeigt sich, dass im Zeitverlauf die indirekten Kosten geschlechtsübergreifend mit 40% stärker ansteigen als die direkten Kosten, die lediglich um 25% zunehmen. Dies ist ein weiteres Argument dafür, die Kosten, die durch informelle Pflegeleistungen entstehen können, ganzheitlich in der politischen Debatte zu berücksichtigen.

Die Befunde der Analyse dienen im nächsten Abschnitt der Diskussion sozialpolitischer Handlungsoptionen.

## 5.5 Sozialpolitische Handlungsmöglichkeiten

Die Pflegeversorgung in Deutschland steht vor großen demografischen und sozioökonomischen Herausforderungen, die in alle Gesellschaftsteile hineinwirken und somit ein Handeln der Politik erfordern.

Während die Bevölkerung altert und zunehmend pflegebedürftig wird, geht die Anzahl derer, die Bedürftige versorgen – ob bezahlt oder unbezahlt – zurück. Die häufig als *Pflegekrise* bezeichnete Lage wird in der gesellschaftspolitischen Diskussion primär auf den demografischen Wandel zurückgeführt. Diese Ursachenerklärung ist zwar in der Sache richtig, negiert jedoch grundlegende Probleme im Pflegesystem.

Denn obwohl nach wie vor ein Großteil der Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt wird und die formellen Pflegekapazitäten ausgebaut werden, verschärft sich der *Pflegenotstand* weiter. Neben dem Fachkräftemangel sind an dieser Stelle die oft schlechten Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege sowie die mangelnde

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in der informellen Pflege zu nennen.<sup>85</sup> Vor diesem Hintergrund beschreibt Haubner (2017, S. 1) den demografischen Wandel als „unausweichliche, quasi-natürliche Schicksalsmacht, ohne dass die sozialen und politischen Bedingungen der Krisenhaftigkeit von Pflege angemessen Berücksichtigung finden“.

Grundsätzlich fokussiert sich die sozialpolitische Ausrichtung der Pflege in Deutschland auf die Versorgung Pflegebedürftiger – und stellt die dazu notwendigen Hilfen bereit. Jedoch versuchen die gesetzlichen Regelungen die gegebenen Selbsthilfepotenziale von Pflegehaushalten lediglich zu komplementieren, was insbesondere am gesetzlich verankerten Vorrang der häuslichen Pflege nach §3 SGB XI deutlich wird.

Es gilt also das Subsidiaritätsprinzip, wonach die informelle Pflegearbeit im privaten Umfeld einem gesamtgesellschaftlichen Solidaritätsgedanken vorgezogen wird. Dies äußert sich nicht zuletzt darin, dass nur ein Teil der durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten von staatlicher Seite aufgefangen wird. Die SPV ist demnach als eine Art Teilkaskoversicherung zu verstehen, die das Risiko einer auftretenden Pflegebedürftigkeit nicht vollumfänglich abdeckt, sondern nur in Teilen finanziell absichert.

Der erläuterte Grundgedanke staatlicher Hilfe, der auf dem Prinzip der Subsidiarität beruht, wird in der politischen Debatte im Zuge des steigenden Kostendrucks im Pflegesystem immer wieder hervorgehoben und gestärkt. So wurde zum Beispiel mit Inkrafttreten des PSG III im Jahr 2017 die bis dato geltende faktische Wahlfreiheit zwischen häuslicher und stationärer Pflege aufgehoben. Seitdem besteht nur Anspruch auf eine vollstationäre Pflegeunterbringung, wenn ein häusliches oder teilstationäres Pflegearrangement nicht möglich ist.

Dahinter steckt die weit verbreitete Annahme, dass ein hoher Anteil informeller Pflege Kosten einspart, da dadurch die Inanspruchnahme von vergleichsweise teuren ambulanten und/oder stationären Pflegeleistungen zurückgeht. Zudem steht die Befürchtung im Raum, dass staatlich finanzierte Versorgungsformen negative Auswirkungen auf das informelle Pflegeangebot haben könnten (Schneider, 2006).

Studien im internationalen Vergleich zeigen jedoch, dass informelle und formelle Pflege als komplementär zu betrachten sind – sich also vielmehr ergänzen, anstatt sich (wie befürchtet) gegenseitig zu verdrängen (vgl. Kapitel 3.6). Nichtsdestotrotz ist bei

---

<sup>85</sup> Weitere Schwächen im Pflegesystem, die sich jüngst durch den Ausbruch der Corona-Pandemie offenbart haben, werden nicht direkt behandelt, dürften die bevorstehenden Herausforderungen jedoch vergrößern. Hierzu zählen unter anderem fehlende Schutzausrüstungen, Personalengpässe im stationären Pflegebereich, die Schließung von Tagespflegeeinrichtungen, die zur Unterstützung von familiären Pflegearrangements gedacht sind und das Ausbleiben von ausländischen Pflegepersonen (Beblo et al., 2020).

der sozialpolitischen Ausgestaltung des Pflegesektors ein Trend zur *Re-Familisierung* zu beobachten (vgl. Brockmann, 2013; Jenson & Jacobzone, 2000). Kritisch zu sehen ist dabei, dass informell Pflegende – wie im Verlauf dieser Arbeit herausgearbeitet wurde – lückenhafte und unterbrochene Erwerbsverläufe aufweisen, die in der Konsequenz zu einem verminderten Lebenseinkommen führen.

In stark erwerbszentrierten sozialen Sicherungssystemen wie dem deutschen, behindert dieser Umstand den Erwerb eigener sozialer Sicherungsansprüche. Somit setzen sich informelle Pflegepersonen selbst sozialen Risiken aus, was einen neuerlichen sozialpolitischen Handlungsbedarf schafft (Schneider, 2006).

Auf politischer Ebene wird also auf der einen Seite eine ökonomische Debatte über die Kosteneffizienz des Pflegesystems geführt. Auf der anderen Seite entsteht ein Diskurs über soziale Gleichheit und Gerechtigkeit bei der Pflegeverantwortung. Beide Problemstellungen betreffen unmittelbar informell Pflegende. Vor diesem Hintergrund monierte einer der renommiertesten Pflegewissenschaftlicher in Deutschland erst kürzlich, dass die „pflegepolitische Aufmerksamkeit (...) immer noch zu wenig auf die Familien und pflegenden Angehörigen gelenkt [wird]“ (Klie, 2020, S. 273).

Daran anknüpfend wird im Nachfolgenden der Frage nachgegangen, welche sozialpolitischen Schlussfolgerungen aus den Befunden dieser Arbeit abgeleitet werden können. Vorweggenommen ziehen unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe unterschiedliche Empfehlungen nach sich (Unger & Rothgang, 2013). Bevor also konkrete sozialpolitische Handlungsoptionen erörtert werden, erfolgt ein kurzer Exkurs über die „Widersprüche sozialer Integration in Zeiten der Ökonomisierung sozialer Sicherung“, wie sie von Sesselmeier (2012) diskutiert werden.

Dazu sei nochmals auf die modelltheoretischen Grundlagen der Arbeit verwiesen (siehe Kapitel 3.1). Zusammengefasst geht die Modelltheorie davon aus, dass Individuen aufgrund von stabilen oder instabilen Präferenzen ihren eigenen Nutzen situativ maximieren, das heißt rational handeln, wodurch ein Marktgleichgewicht entsteht. Der Theorie zufolge wird dabei eine optimale Ressourcenallokation erreicht, die zur Effizienzsteigerung des Systems – ungeachtet der (politischen oder gesetzlichen) Rahmenbedingungen – führt.

In dieser simplifizierten Modellwelt würden Gerechtigkeitsüberlegungen und Sozialpolitik die Findung effizienter (Markt)lösungen behindern, da ein Trade-off zwischen (Verteilungs)gerechtigkeit und Effizienz besteht. Das bedeutet, dass beispielsweise eine Steigerung der Verteilungsgerechtigkeit von knappen Ressourcen zu Lasten der Systemeffizienz geht. Denn letztendlich geht es immer um das Zusammenspiel zwischen

Staat und Markt und damit die Frage, inwieweit der Staat in den Markt eingreifen sollte. Allerdings verbietet die Einfachheit der Modelltheorie diese als einzigen Ansatz zur Beantwortung der Frage (nach dem Eingreifen des Staates in den Markt) und damit zur Lösung realer Probleme anzuwenden. Eine Weiterentwicklung der skizzierten ökonomischen Grundlagen bewirkt, dass vorliegende Interdependenzen zwischen Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz theoriegestützt identifiziert werden können, sodass keine reine Austauschbeziehung (mehr) vorliegt.<sup>86</sup> Demnach führt eine Steigerung der Verteilungsgerechtigkeit nicht unmittelbar zur Reduktion der Systemeffizienz. Die Interdependenzen können vielfältig sein und spiegeln sich unter anderem in der allgemeinen Systemakzeptanz und Motivationsstruktur der Marktteilnehmenden und dem Normensystem, in dem sie sich befinden, wider (Sesselmeier, 2012).

Vobruba (2009, S. 19) vertritt daher die Meinung, dass „die Ausdifferenzierung eines Systems sozialer Sicherung deshalb ökonomische Effizienzgewinne induziert, weil es dem ökonomischen System systemfremde Aufgaben wie soziale Absicherung, Wahrung von Gerechtigkeit etc. abnimmt, und ihm so ermöglicht, sich auf seine Kernaufgabe: die effiziente Produktion zu konzentrieren“.

In diesem Zusammenhang weist Sesselmeier (2012, S. 108) darauf hin, „dass die auf Basis der Neoklassik entwickelte Dichotomie von Markt und Staat eine unterkomplexe Sichtweise darstellt, die die effizienzsteigernde Wirkung von Regulierung außer Acht lässt“. Nichtsdestotrotz unterstütze eine ökonomische Analyse der Systeme sozialer Sicherung eine effiziente Allokation knapper Ressourcen, sofern nicht die restriktiven Annahmen der zugrunde liegenden Modelle in der sozialpolitischen Realität als gegeben angesehen werden (ebd.).

Vor diesem Hintergrund werden die empirischen Befunde der vorliegenden Arbeit zur Diskussion sozialpolitischer Handlungsoptionen herangezogen. Die verschiedenen Möglichkeiten werden in den nachfolgenden Abschnitten erörtert.

Personen, die informelle Pflegeleistungen übernehmen, haben oftmals bereits vor und/oder zu Pflegebeginn eine niedrigere Arbeitsmarktpartizipation als nicht-Pflegende. Rein ökonomisch betrachtet deutet dies auf eine effiziente gesamtgesellschaftliche Arbeitsteilung hin. Personen mit geringerer Arbeitsmarktpartizipation ziehen es vor selbst zu pflegen, während Individuen mit höherem Bildungs- und Lohnniveau eine professionelle Pflegebetreuung für ihre Angehörigen favorisieren. Diesem Befund zufolge wäre die Pflegeübernahme auf „arbeitsmarktbezogene Opportunitätskosten-

---

<sup>86</sup> Eine dieser Weiterentwicklungen ist zum Beispiel das Modell des *homo oeconomicus institutionalis*.

kalküle“ zurückzuführen (Unger & Rothgang, 2013, S. 36). Daraus ergibt sich aus ökonomischer Perspektive nur bedingt ein sozialpolitischer Handlungsbedarf.

In diesem Zusammenhang können die gewährten Pflegegeldzahlungen bei Übernahme einer Pflege Tätigkeit einerseits als Maßnahme zur Absenkung der Opportunitätskosten verstanden werden. Andererseits dürften sie vornehmlich dazu gedacht sein, die Pflegepersonen für finanzielle Aufwendungen im Zuge der informellen Betreuungsarbeit zu entschädigen.<sup>87</sup>

Ein Handeln der Politik wäre allerdings dann ausdrücklich gefordert, wenn die Entscheidung zur (nicht-)Pflege beispielsweise aus Befürchtungen resultiert, nach der Pflegephase keine angemessene Erwerbsarbeit (mehr) aufnehmen zu können. In diesem Fall wären arbeitsmarktpolitische Instrumente, wie beispielsweise die Einführung des FPfZG notwendig, um nach Beendigung der Pflege Tätigkeit die Rückkehr ins Erwerbsleben zu erleichtern. Dies käme vor allem denjenigen zugute, die geringere Chancen am Arbeitsmarkt haben – und würde so bestehende sozioökonomische Ungleichheiten bei der Pflegeübernahme abbauen.

Ein weiterer Befund der Arbeit deutet daraufhin, dass (erwerbstätige) informelle Pflegepersonen ihre Erwerbsarbeitszeit während der Pflege Tätigkeit reduzieren. Dies hat nicht nur negative Auswirkungen auf das Lohneinkommen, sondern auch auf das Alterssicherungsniveau. In Anbetracht der Tatsache, dass der Gesetzgeber informelle Pflege ausdrücklich der formellen Pflege vorzieht, besteht an dieser Stelle ein sozialpolitischer Handlungsbedarf.

Grundsätzlich ist es nur schwer möglich einer Reduzierung der Erwerbsarbeitszeit während der Pflegephase durch arbeitsmarkt- oder pflegepolitische Instrumente entgegen zu wirken. Nichtsdestotrotz sollte zur Unterstützung informeller Pflegepersonen der ambulante Pflegesektor ausgebaut werden. Damit ist die Hoffnung verbunden, informell Pflegende durch Unterstützung professioneller Pflegekräfte zeitlich entlasten zu können, sodass diese nicht zur Reduzierung der Erwerbsarbeitszeit gezwungen sind. Eine solche Maßnahme könnte beispielsweise die Verwirklichung von flexiblen Arbeitszeit- und Pflegezeitmodellen sein, die es erlauben, den Anforderungen des Pflegefalls situativ gerecht zu werden.

---

<sup>87</sup> Die Frage, ob Pflegegeldleistungen direkt an die informelle Pflegeperson oder an den Pflegebedürftigen fließen sollten kann, wie in Kapitel 3.5 erläutert, empirisch nicht zweifelsfrei beantwortet werden. Daher wird an dieser Stelle darauf verzichtet, sozialpolitische Handlungsoptionen bezüglich der Effektivität von Pflegegeldzahlungen zu erörtern.

Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Übernahme einer Pflege­­tätigkeit nicht zu einem Risiko für die Alterssicherung von Pflegenden wird. Obwohl sich eine Pflege­­tätigkeit über den Lebensverlauf und zwischen den Geschlechtern unterschiedlich stark auf das Erwerbsverhalten von Pflegenden auswirkt, sollte hier – wie im Sozialrecht üblich – eine typisierende Betrachtungsweise erfolgen. Das bedeutet für das Ergreifen sozialpolitischer Handlungsmaßnahmen, dass die Erkenntnisse aus üblichen und regelmäßig wiederkehrenden Lebensmuster von Pflegenden über die davon vereinzelt abweichenden Lebensmuster gestellt werden.

Zum Beispiel bestünde die Möglichkeit die Anzahl der Rentenpunkte, die aufgrund der Übernahme von Pflege­­tätigkeiten gewährt werden, zu erhöhen. Außerdem könnte die Anzahl der bewilligten Entgelt­­punkte nicht nur an den Pflegegrad des zu Betreuenden geknüpft werden, sondern ließe sich darüber hinaus auch nach der Dauer einer Pflege­­tätigkeit staffeln (vgl. Unger and Rothgang, 2013). Eine solche Maßnahme würde dem Risiko einer länger andauernden Pflegephase für das Alterssicherungsniveau von Pflegenden entgegenwirken.

In diesem Zusammenhang werden weitere Möglichkeiten diskutiert, wie etwa eine Angleichung der Rentenansprüche bei Kinder- und Pflegebetreuung (Becker & Lauerer, 2010). Das heißt, informell Pflegende würden pro Jahr einen Entgelt­­punkt zugesprochen bekommen – unabhängig vom Pflegegrad der zu versorgenden Person. Auch der Erwerb von Rentenansprüchen bei informeller Pflege über das Renteneintrittsalter hinaus wäre denkbar (vgl. Kesselheim et al., 2013).

Insbesondere von feministischer Seite werden die oben diskutierten Handlungsoptionen kritisiert, da sie die bestehende geschlechtsspezifische (Ungleich)verteilung von Pflegeaufgaben verstärken. Argumentiert wird, dass die geltenden Regelungen und diskutierten Reformvorschläge der SPV in bestehende soziale Ungleichheitslagen bei der Pflegeübernahme eingreifen und diese reproduzieren – anstatt aufzuheben (vgl. Czaplicki, 2019). „Demnach erzeugen ökonomische und politische Rahmenbedingungen einen strukturellen Kostendruck, der „nach unten“, das heißt auf andere Akteure mit begrenzten Handlungsoptionen, weitergereicht wird“ (Haubner, 2017, S. 12–13).

Das heißt, die bisherige Sozialpolitik bekämpft größtenteils lediglich Symptome, nicht aber die Ursachen für sozioökonomische und geschlechtsspezifische Ungleichheiten bei der Übernahme von informellen Pflege­­tätigkeiten. Daran würden auch die oben diskutierten Maßnahmen – trotz ihrer ökonomischen Legitimation – nichts ändern.

Um diese Schieflage gerade zu rücken, bräuchte es ein tiefer eingreifendes sozialpolitisches Steuerungsinstrument, das vermehrt einkommensstarken Individuen Anreize

bietet, eine Pfl egetätigkeit zu übernehmen. Eine solche Maßnahme würde sozioökonomische und damit indirekt geschlechtsspezifische Ungleichheiten bei der informellen Pflegeverantwortung adressieren.

Denkbar wäre hierzu eine finanzielle Absicherung während der Pflegephase, die sich am Verdienst der Pflegeperson vor Pflegebeginn orientiert. Ähnlich dem Elterngeld könnten so Befürchtungen über Lohn einbußen bei Aufnahme einer Pfl egetätigkeit entkräftet werden. Gänzlich neu ist diese Forderung jedoch nicht und wurde bereits im Zuge der Ausarbeitung des PflegeZG und FPfZG diskutiert – aber wieder verworfen. Die Gründe dafür sind vielfältig und lassen sich in Teilen anhand der weiteren Befunde der Arbeit erläutern.

Wird den Ungleichheiten im Pflegesystem so entgegengewirkt, dass auch sozial besser Gestellte informelle Pflege übernehmen, schließt sich unmittelbar die Frage nach den Kosten für die Umverteilung der Pflegelast an.

Wie die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, können durch das Spannungsfeld von Pflege- und Erwerbsarbeit mitunter erhebliche (Mehr)kosten beim Fiskus entstehen. Im Zuge des vielfach diskutierten demografischen Wandels kommt es zur Veränderung sozioökonomischer Rahmenbedingungen. Diese Veränderungen unterliegen sowohl im Bereich der Erwerbs- als auch der Pflegearbeit „einer Verdichtung, Überlappung und Wiederholung von Übergängen, womit [soziale] Risiken im Lebensverlauf erhöht und kumuliert auftreten“ (Yollu-Tok, 2018, S. 62).

In diesem Zusammenhang zeigen die in dieser Arbeit quantifizierten fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege, dass erhöhte soziale Risiken nicht nur mit einer steigenden Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen verbunden sind. Der Fiskus generiert darüber hinaus niedrigere Einnahmen, die durch ein geringeres Arbeitsangebot von informell Pflegenden entstehen. Das heißt, Angehörigenpflege kann nicht bloß als reine Privatangelegenheit und/oder Kostenfaktor für die Pflegeversicherung angesehen werden. Sie hat zudem (negative) Auswirkungen auf den Fiskus und damit die Finanzierung und Organisation des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Hieraus ergibt sich ein sozialpolitischer Handlungsbedarf.

Insbesondere muss über andere Erwerbs- und Pflegeformen nachgedacht werden. Vor allem Frauen, deren Erwerbsquote zwar ansteigt, aber die noch immer mehrheitlich in Teilzeit beschäftigt sind, müssen stärker in Vollzeitbeschäftigung gebracht werden. Durch die so erzielten höheren Einkommen würde die Finanzierungsseite der Sozialversicherung gestärkt. Dieses Unterfangen erfordert jedoch zeitgleich eine Flexibilisierung der informellen Pflegearrangements, in denen wiederum überwiegend Frauen

involviert sind. Hier muss die Politik vermehrt professionelle Pflegeangebote schaffen, die über das bisherige Leistungsspektrum hinaus gehen. Wünschenswert wäre zum Beispiel eine engere Zusammenarbeit zwischen informellen und formellen Pflegepersonen im häuslichen Umfeld der Bedürftigen, die einerseits die Qualität der Pflege sicherstellt – und andererseits die sozialen Risiken, die durch Spannungsfeld von Pflege- und Erwerbstätigkeit entstehen, präventiv minimiert.

Sofern solche Bestrebungen nicht unternommen werden, bleibt die Sozialpolitik in ihrer Handlungsfähigkeit gelähmt. Alleiniger Fokus auf die Ungleichverteilung von Pflegeaufgaben und damit verbundenen Risiken lindert zwar die Symptome, adressiert jedoch nicht die fundamentalen Ursachen. Dies würde zukünftig nicht nur sozialpolitisch, sondern auch ökonomisch zu einer zunehmend prekären Pflegelage führen. Es entstünde ein Teufelskreis, der die Lebensmuster von Pflegenden im Kontext der Sozialversicherung weiter verfestigt, anstatt sie denen von nicht-Pflegenden anzugleichen. Es geht also gleichermaßen darum, die Finanzierung und das Leistungsangebot des Sozialversicherungsstaates – insbesondere im Hinblick auf die Pflege – zukünftig sicherzustellen.

Daraus folgt, dass sich vor dem Hintergrund der Pflegekrise und dem Kostendruck im Sozialsystem die Frage nach der zukünftigen Verteilung der Pflegeverantwortung zwischen Markt, Staat und Familie immer drängender stellt. Damit einher geht die Kernfrage des Problems, zu wessen Lasten eine möglichst kostengünstige Pflegearbeit gehen soll.

Um diese Frage zu beantworten, bedarf es zukünftig eines größeren, gesellschaftlichen Stellenwertes der Pflege. Es braucht einen breiten Konsens darüber, wer zu welchen Kosten die Pflegeverantwortung in einer alternden Gesellschaft übernehmen soll. In dieser Hinsicht können die Erkenntnisse der Arbeit Impulsgeber sein, das Thema (informelle) Pflege in der Mitte der Gesellschaft zu platzieren und einen differenzierten gesellschaftspolitischen Diskurs anzustoßen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellt Politik und Gesellschaft zunehmend vor Herausforderungen, die bislang nur in Teilen adressiert wurden.

Eine auftretende Pflegebedürftigkeit ist ein nahezu unausweichliches Lebensrisiko, das unzureichend durch den Markt und die staatliche Fürsorgepolitik abgesichert ist. Wie im Verlauf dieser Arbeit deutlich wurde, hat dieses Risiko nicht nur Konsequenzen für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Umfeld und nicht zuletzt die gesamte Gesellschaft.

Vor diesem Hintergrund kommt der informellen Pflege eine Schlüsselrolle im Pflegesystem zu, der jedoch noch kein entsprechendes sozialpolitisches Gewicht beigemessen wird. Informelle Pflege ist von zentraler Bedeutung, weil die Mehrheit der Pflegebedürftigen durch Angehörige betreut und dadurch die finanzielle Belastung für Betroffene und Staat gemindert wird. Ihr wird jedoch geringe sozialpolitische Aufmerksamkeit zu Teil, weil der gesamtgesellschaftliche Wert von informeller Pflegearbeit noch immer unvollständig erfasst und in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt wird.

In Bezug auf die zukünftigen fiskalischen Kosten aufgrund informeller Pflege im deutschen Wohlfahrtsstaat lassen sich die zentralen Erkenntnisse der Arbeit wie folgt zusammenfassen.

Im Zuge des demografischen Wandels wird nicht nur die Zahl an Pflegebedürftigen weiter ansteigen, sondern das Potenzial an Personen, die informelle Pflegeleistungen übernehmen könnten, wird ebenso sinken wie die Anzahl an erwerbsfähigen Personen. Hinzu kommt der gesellschaftliche Wandel, sodass beispielsweise Frauen, die bis dato die Hauptlast der informellen Pflegeverantwortung tragen, zunehmend erwerbstätig sind. Das heißt, das viel diskutierte Vereinbarkeitsproblem von Erwerbstätigkeit und Pflegearbeit verschärft sich.

Die Arbeit hat gezeigt, dass die Übernahme von informellen Pflegeleistungen mit einer geringeren Erwerbstätigkeitsquote, verminderten Erwerbsarbeitszeiten und niedrigeren Lohneinkommen einher geht. Im Kontext des erwerbszentrierten Sozialversicherungssystems setzen sich informell Pflegende daher erhöhten sozialen Risiken aus. Die sozialen Risiken beziehen sich vor allem auf Einkommenseinbußen, die zu einem niedrigeren Alterssicherungsniveau führen. Nicht zuletzt deshalb sind informell Pflegende häufiger auf Sozialhilfeleistungen angewiesen. Informelle Pflege verursacht also nicht nur Kosten bei den Pflegenden, sondern darüber hinaus auch beim Fiskus.

Weiter ist hervorzuheben, dass die Pflegeerbringung von Frauen im Vergleich zur Pflege durch Männer günstiger für den Staat ist. Frauen haben geringere individuelle (Opportunitäts)kosten, weshalb sie nicht nur häufiger, intensiver und länger pflegen, sondern bei einer Pflegeübernahme auch geringere Kosten beim Fiskus hervorrufen als Männer. Diese staatsseitigen Aufwendungen, die durch verringerte Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträge und/oder erhöhte Transferleistungen entstehen, blieben in der gesellschaftspolitischen Debatte bislang nahezu unberücksichtigt.

Es verwundert also nicht, dass informelle Pflege noch immer als kostendämpfende Pflegealternative angesehen wird. Dieser Standpunkt wird auch im jüngsten Reformvorschlag zur Verbesserung der Pflege vertreten, in dem informelle Pflege durch höhere Leistungen weiter incentiviert werden soll (vgl. BMG, 2021a). Die Ergebnisse der Arbeit zeigen jedoch, dass informelle Pflege nicht nur Kosten bei der Pflegeversicherung verursacht. Die Staatskasse wird zusätzlich durch ein niedrigeres Einnahmepotenzial und erhöhte Ausgaben in anderen Sozialversicherungszweigen belastet. Ein Umdenken bei Politik und Gesellschaft ist daher unbedingt erforderlich, um einerseits dem wachsenden Kostendruck im Sozialversicherungssystem entgegenzuwirken und andererseits der gesellschaftlichen Bedeutung von informeller Pflegearbeit gerecht zu werden.

Angesichts dessen verdeutlicht die Arbeit, dass sozialpolitische Maßnahmen verstärkt auf pflegende Angehörige ausgerichtet werden sollten. Voraussetzung dafür ist eine staatliche Pflegepolitik, die informell Pflegende als eigene Zielgruppe (an)erkennt und in ein eigenes Handlungsfeld – losgelöst von Pflegebedürftigen – überführt. Die Arbeit legt hierzu verschiedene Handlungsmöglichkeiten dar, die gleichzeitig das sozialpolitische Dilemma beim Thema Angehörigenpflege offenbaren. Auf der einen Seite ist der sozialen und geschlechtsspezifischen Ungleichverteilung der Pflegelast entgegenzuwirken. Auf der anderen Seite ist dies mit erhöhten Kosten verbunden, die durch den steigenden Pflegebedarf in den kommenden Jahren ohnehin zunehmen werden. Die Befunde dieser Arbeit können der Ausgestaltung staatlicher Fürsorgepolitik insofern dienlich sein, als dass sie das individuelle Vereinbarkeitsproblem zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit für Frauen und Männer im Lebensverlauf aufzeigen und die daraus resultierenden staatlichen Kosten ausweisen. Das heißt, die Befunde beinhalten sowohl ökonomische als auch sozialpolitische Aspekte, die beide bei der Wahl adäquater Maßnahmen sorgsam abgewogen werden müssen.

In diesem Zusammenhang sollte sich zukünftige Forschung insbesondere folgenden Schwerpunkten widmen. Erstens braucht es eine breitere Wissensgrundlage zu den individuellen Kosten, die bei Übernahme von Pflegetätigkeiten entstehen. Daraus folgt

zweitens, dass auch die damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten mit in die Bewertung von informeller Pflegearbeit aufgenommen werden. Drittens sollte die Effektivität von einzelnen Maßnahmen, wie beispielsweise Pflegegeldleistungen, systematisch und differenziert untersucht werden.

Zusammengefasst trägt die vorliegende Arbeit zur anhaltenden Pflegedebatte in Deutschland insofern bei, als dass sie aufzeigt, dass informelle Pflege nicht nur das private Umfeld betrifft, sondern substantielle Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungsstaates hat. Die Arbeit liefert Hinweise auf die soziodemografisch bedingten Pflegeherausforderungen – und die zukünftig damit verbundenen Kosten für den Fiskus.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Pflegeproblem als *soziale Frage der 20er Jahre* nur schwer zu lösen ist. Nichtsdestotrotz ist in der Konsequenz eine ursachengerechte Anpassung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich, die nicht nur ökonomische Aspekte in den Vordergrund rückt, sondern die soziale Ungleichverteilung bei der gesellschaftlichen Pflegelast auszugleichen versucht. Es ist also spätestens jetzt an der Zeit, die Weichen im Pflegesystem richtig zu stellen.

**Literaturverzeichnis**

- Adam, U., & Mühling, T. (2014). *Familiale Pflege: Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Erwachsenen für ihre Eltern in quantitativen Datenquellen*. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb).
- Aguirregabiria, V., & Mira, P. (2010). Dynamic discrete choice structural models: A survey. *Journal of Econometrics*, 156(1), 38–67. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2009.09.007>
- Assenmacher, W., & Wenke, M. (1993). Haushaltsproduktion, Frauenerwerbstätigkeit und Dienstleistungsnachfrage privater Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland / Home Production, Female Labour Force Participation and Household Service Consumption in the Federal Republic of Germany. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik / Journal of Economics and Statistics*, 211(1/2), 22–41. JSTOR.
- Auth, D., Klenner, C., & Leitner, S. (2015). Neue Sorgekonflikte: Die Zumutungen des Adult worker model. In S. Völker & M. Amacker (Hrsg.), *Prekarisierungen. Arbeit, Sorge und Politik* (S. 42–58). Beltz Verlag.
- BA. (2019). *Grundsicherung für Arbeitsuchende* (Berichte: Analyse Arbeitsmarkt). Bundesagentur für Arbeit Statistik.
- Bach, S., Geyer, J., Haan, P., & Wrohlich, K. (2011). *Reform des Ehegattensplittings: Nur eine reine Individualbesteuerung erhöht die Erwerbsanreize deutlich* (Nr. 41; DIW Wochenbericht). DIW.
- Bäcker, G. (1998). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege—Anforderungen an die Arbeitswelt und die Tarifparteien. In G. Naegele & M. Reichert (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven I* (Bd. 7, S. 35–59). Vincentz.
- Beblo, M., Schuler-Harms, M., & Werding, M. (2020). Familiengerechtigkeit in der sozialen Pflegeversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 69(8–9), 627–641.

- Beblo, M., & Wolf, E. (2002). Die Folgekosten von Erwerbsunterbrechungen. *Vierteljahresshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71(1), 83–94. <https://doi.org/10.3790/vjh.71.1.83>
- Becker, G. (1965). A Theory of the Allocation of Time. *The Economic Journal*, 75, 493–517. <https://doi.org/10.2307/2228949>
- Becker, G. (1974). A Theory of Social Interactions. *Journal of Political Economy*, 82(6), 1063–1093.
- Becker, G. (1981a). *A Treatise on the Family* (First Edition). Harvard University Press.
- Becker, G. (1981b). Altruism in the Family and Selfishness in the Market Place. *Economica*, 48(189), 1–15.
- Becker, U., & Lauerer, L. (2010). Zur Unterstützung von Pflegepersonen: Reformnotwendigkeiten und -optionen. In BMFSFJ (Hrsg.), *Zeit für Verantwortung im Lebensverlauf: Politische und rechtliche Handlungsstrategien. Dokumentation der Tagung am 29.11.2010 im Deutschen Bundestag* (S. 123–160). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Berecki-Gisolf, J., Lucke, J., Hockey, R., & Dobson, A. (2008). Transitions into informal caregiving and out of paid employment of women in their 50s. *Social Science & Medicine* (1982), 67(1), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.031>
- Bernheim, B. D., Shleifer, A., & Summers, L. H. (1985). The Strategic Bequest Motive. *Journal of Political Economy*, 93(6), 1045–1076. <https://doi.org/10.1086/261351>
- Best, H., & Wolf, C. (2010). Logistische Regression. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 827–854). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2_31)

- Blanchard, O. (2008). Crowding Out. In S. Durlauf & L. Blume (Hrsg.), *The New Palgrave Dictionary of Economics* (Second Edition, S. 1223–1225). Palgrave MacMillan.
- Blinkert, B. (2007). Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demographischen und sozialen Wandels. *Pflege & Gesellschaft*, 12(3), 227–239.
- Blinkert, B. (2008). *Pflege als soziales Schicksal: Die Zukunft der Pflege im demografischen und sozialen Wandel*. Vortrag auf dem Abschlussposium zum Modellprojekt „Pflegebudget“, Berlin.
- Blinkert, B., & Gräf, B. (2009). *Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen* (Deutsche Bank Research 442). Deutsche Bank.
- Blinkert, B., & Klie, T. (1999). *Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung*. Hannover : Vincentz.
- Blinkert, B., & Klie, T. (2001). *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050* [Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages].
- Blinkert, B., & Klie, T. (2004). Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 53(11/12), 319–325.
- BMAS. (2020). *BMAS - Höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Altenpflege*. [www.bmas.de](http://www.bmas.de).  
<https://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/hoeherer-mindestlohn-in-altenpflege.html>
- BMFSFJ. (2018). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung* (S. 72). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- BMG. (2011). *Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Bundesministerium für Gesundheit. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_der\\_Bundesregierung\\_ueber\\_die\\_Entwicklung\\_der\\_Pflegeversicherung\\_und\\_den\\_Stand\\_der\\_pflegerischen\\_Versorgung\\_in\\_der\\_Bundesrepublik\\_Deutschland.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf)
- BMG. (2020). *Pflegegeld*. Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegeld.html?sa=X&ved=2ahUKEwiWnJWT55XqAhUN3KQKHd5yC4gQ9QF6BAgLEAI>
- BMG. (2021a). *Spahn: „Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre.“*. Bundesgesundheitsministerium. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegerreform.html?fbclid=IwAR3LtNmtpWfffDbyGQa0rHSS\\_ArGUtPA3wdL70obaxoVj6fX-tKIYOEEQsg](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegerreform.html?fbclid=IwAR3LtNmtpWfffDbyGQa0rHSS_ArGUtPA3wdL70obaxoVj6fX-tKIYOEEQsg)
- BMG. (2021b). *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995*. Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
- Bomsdorf, E., Babel, B., & Kahlenberg, J. (2012). Care Need Projections for Germany until 2050. In G. Dolbhammer & R. Scholz (Hrsg.), *Ageing, Care Need and Quality of Life* (S. 49–41). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bosang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143–154.
- Bowles, D., Zuschandke, A., Greiner, W., & Graf von der Schulenburg, M. (2014). Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen in der Gesetzlichen Pflegeversicherung—Zum Einfluss unterschiedlicher Morbiditätsannahmen auf die Entwicklung der sozialrechtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Schmollers Jahrbuch*, 134, 209–236.
- Brockmann, J. (2013). Arbeitsrechtliche Pflegezeitregelungen und soziale Absicherung von Pflegepersonen: Beiträge zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege? In D. Alewell (Hrsg.), *Rechtstatsachen und Rechtswirkungen im Arbeits- und Sozialrecht* (1. Auflage, S. 105–132). Rainer Hampp Verlag.
- Carmichael, F., & Charles, S. (1998). The labour market costs of community care<sup>1</sup>. *Journal of Health Economics*, 17(6), 747–765.
- Carmichael, F., & Charles, S. (2003a). Benefit payments, informal care and female labour supply. *Applied Economics Letters*, 10(7), 411–415. <https://doi.org/10.1080/1350485032000056873>
- Carmichael, F., & Charles, S. (2003b). The opportunity costs of informal care: Does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22(5), 781–803. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00044-4)
- Carmichael, F., Charles, S., & Hulme, C. (2010). Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29(1), 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.003>
- Ciani, E. (2012). Informal adult care and caregivers' employment in Europe. *Labour Economics*, 19(2), 155–164.
- Coe, N. B., Skira, M. M., & Larson, E. B. (2018). A Comprehensive Measure of the Costs of Caring for a Parent: Differences According to Functional Status. *Jour-*

- nal of the American Geriatrics Society*, 66(10), 2003–2008.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.15552>
- Cox, D. (1987). Motives for Private Income Transfers. *Journal of Political Economy*, 95(3), 508–546.
- Cox, D., & Jakubson, G. (1995). The connection between public transfers and private interfamily transfers. *Journal of Public Economics*, 57(1), 129–167.
- Cox, D., & Soldo, B. J. (2004). Motivation for Money and Care that Adult Children Provide for Parents: Evidence from „Point-Blank“ Survey Questions. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1144167>
- Czaplicki, C. (2012). Pflege und Erwerbstätigkeit – Eine lebensverlaufstheoretische Perspektive. *Sozialer Fortschritt*, 7(1), 159–165.
- Czaplicki, C. (2016). Pflege zahlt sich aus—Der Beitrag nichterwerbsmäßiger Pflege zur Alterssicherung. *Sozialer Fortschritt*, 16(5), 105–112.
- Czaplicki, C. (2019). *Die Kombination von Pflege- und Erwerbstätigkeit im Lebensverlauf. Strukturen, Muster und Pfadabhängigkeiten* [Unv. Diss]. Technische Universität Berlin.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). ‘Lost solidarity’ or ‘changed solidarity’: A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing & Society*, 23(5), 537–560. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001272>
- Dallinger, U. (1997). *Ökonomie der Moral*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-97082-4>
- Destatis. (2001). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2001*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2005). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2003*. Statistisches Bundesamt (Destatis).

- Destatis. (2007). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2005*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2009). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2007*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2011). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2009*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2013). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2011*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2015). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2013*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2017). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2015*. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2018). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2017* (S. 44). Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2019). *Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern bis 2060. Ergebnisse der 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung—Variante 3 nach Ländern* -. Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2020a). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung—Deutschlandergebnisse—2019* (S. 46). Statistisches Bundesamt (Destatis).
- Destatis. (2020b). *Pflegepersonal—Verdienst in Deutschland 2018*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/196955/umfrage/jahresbruttogehalt-von-pflegepersonal-in-deutschland/>
- Destatis. (2021). *Gender Pay Gap 2019: Verdienstunterschied zwischen Männern und Frauen erstmals unter 20 %*. Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20\\_484\\_621.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_484_621.html)

- Di Rosa, M., Principi, A., Santini, S., & Giovanni, L. (2011). *The reconciliation of employment and eldercare in the EUROFAMCARE findings: A secondary analysis*. Centre for Gerontological Socio-Economic Research.
- Dietz, B. (2002). *Die Pflegeversicherung: Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform* (1. Aufl.). Westdeutscher Verlag.
- Dinkel, R. H. (1999). Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In H. Häfner (Hrsg.), *Gesundheit—Unser höchstes Gut?* Springer-Verlag.
- Dräther, H., & Holl-Manoharan, N. (2009). Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung. In H. Dräther, K. Jacobs, & H. Rothgang (Hrsg.), *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform* (S. 15–40). KomPart-Verlag.
- DRV. (2019). *Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich*. Deutsche Rentenversicherung.
- Dudel, C. (2015). Vorausberechnung des Pflegepotentials von erwachsenen Kindern für ihre pflegebedürftigen Eltern. *Sozialer Fortschritt*, 64(1/2), 14–26.
- Enquete-Kommission Demographischer Wandel. (2002). *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik* [Bericht der Sachverständigenkommission zur Ermittlung des Einflusses staatlicher Transfer-Einkommen auf das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte]. Deutscher Bundestag.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. Polity Press.  
[https://www.researchgate.net/publication/243774920\\_The\\_Three\\_Worlds\\_Of\\_Welfare\\_Capitalism](https://www.researchgate.net/publication/243774920_The_Three_Worlds_Of_Welfare_Capitalism)
- Einkommensteuergesetz, BGBl. I S. 3366 (2009).

- Ettner, S. L. (1995). The Impact of „Parent Care“ on Female Labor Supply Decisions. *Demography*, 32(1), 63–80. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2061897>
- Ettner, S. L. (1996). The Opportunity Costs of Elder Care. *Journal of Human Resources*, 31(1), 189–205.
- Fast, J. E., Williamson, D. L., & Keating, N. C. (1999). The Hidden Costs of Informal Elder Care. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3), 301–326. <https://doi.org/10.1023/A:1022909510229>
- Fechter, C., Haupt, M., Hofmann, S., Laukhuf, A., Sesselmeier, W., Spies, S., & Yollu-Tok, A. (2019). *Respekt-Rente oder Kompromiss-Rente? Auswirkungen auf das Einkommen privater Haushalte. Wirtschaftsdienst*, 99. Jahrgang, Heft Nr. 12.
- Fisher, K., Bittman, M., Hill, P., & Thomson, C. (2005). The time cost of care. *electronic International Journal of Time Use Research*, 2(1), 54–66.
- Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz—FPfZG), BGBl. I S. 1018 (2012).
- Franke, A., & Reichert, M. (2010). *Analyse der internationalen Forschungsliteratur—Ein Europäischer Vergleich. (Carers@Work Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?)*. Technische Universität Dortmund. <http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Literature%20review.pdf>
- Fries, J. (1980). Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Fries, J. (1983). The Compression of Morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61(3), 397–419.
- Gerlinger, T., & Röber, M. (2009). *Die Pflegeversicherung* (1. Auflage). Verlag Hans Huber.
- Geyer, J. (2015). Einkommen und Vermögen der Pflege-haushalte in Deutschland. *DIW- Wochenbericht*, 82(14/15), 323–328.

- Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In ZQP (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege* (S. 24–43). Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report\\_Vereinbarkeit\\_Beruf\\_Pflege\\_Pflegende\\_Angehoerige.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf)
- Geyer, J., Haan, P., & Korfhage, T. (2017). Indirect fiscal effects of long-term care insurance. *Fiscal Studies*, 38(3), 1178–1191.
- Geyer, J., & Korfhage, T. (2015). Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply—A Structural Model. *Health Economics*, 24(9), 1178–1191. <https://doi.org/10.1002/hec.3200>
- Geyer, J., & Korfhage, T. (2018). Labor supply effects of long-term care reform in Germany. *Health Economics*, 27(9), 1328–1339. <https://doi.org/10.1002/hec.3663>
- Geyer, J., & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW- Wochenbericht*, 81(15), 294–301.
- Geyer, J., & Steiner, V. (2009). *Statistisches Matching von SOEP und SUFVSKT2005* (DRV-Schriften Band Nr. 55; S. 19). DIW.
- Geyer, J., & Steiner, V. (2010). *Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten* (Nr. 11; Wochenbericht des DIW). DIW.
- Gilhooly, M., & Redpath, C. (1997). Private Sector Policies for Caregiving employees: A Survey of Scottish Companies. *Ageing and Society*, 17, 399–423.
- Godet, M. (2000). The Art of Scenarios and Strategic Planning: Tools and Pitfalls. *Technological Forecasting and Social Change*, 65, 3–22.
- Goldschmidt-Clermont, L. (1982). *Unpaid work in the household: A review of economic evaluation methods* /. International Labour Office,.

- Gonzales, E., Lee, Y., & Brown, C. (2017). Back to Work? Not Everyone. Examining the Longitudinal Relationships Between Informal Caregiving and Paid Work After Formal Retirement. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 532–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv095>
- Greß, S., Haun, D., & Jacobs, K. (2020). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege—Aber woher?* (S. 241–254). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_19)
- Gronau, R. (1977). Leisure, Home Production, and Work—The Theory of the Allocation of Time Revisited. *JOURNAL OF POLITICAL ECONOMY*, 85(6), 1099–1123.
- Gruenberg, E. (1977). The Failures of Success. *The Milbank Quarterly*, 55(1), 3–24.
- Haberkern, K., & Szydlik, M. (2008). Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60(1), 82–105.
- Haberkern, K., & Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and Society*, 30(02), 299–323. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990316>
- Häcker, J., Hackmann, T., & Raffelhüschen, B. (2011). *Soziale Pflegeversicherung heute und morgen. Mit nachhaltigen Reformen aus der Krise*. Deutsches Institut für Altersvorsorge.
- Häcker, J., & Raffelhüschen, B. (2007). Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“. *Zeitschrift für Sozialreform*, 53(4), 391–422. <https://doi.org/10.1515/zsr-2007-0405>
- Hackmann, T., & Moog, S. (2009). Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 98(1), 73–89.

- Hackmann, T., & Moog, S. (2010). Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. *Zeitschrift für Sozialreform*, 56(1), 113–137. <https://doi.org/10.1515/zsr-2010-0106>
- Haubner, T. (2017). *Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland*.  
<http://peter.fleissner.org/Transform/Zusammenfassung%20Haubner.pdf>
- Heger, D. (2014). *Work and Well-Being of Informal Caregivers in Europe* (512). Ruhr Economic Papers.
- Heger, D., & Korfhage, T. (2018). Care choices in Europe: To Each According to His or Her Needs? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801878084. <https://doi.org/10.1177/0046958018780848>
- Heitmann-Möller, A., Hasseler, M., & Ruppert, S.-N. (2020). „Müssen Sie jedes Mal einen Urlaubstag opfern?“—Einblicke in die Care-Arbeit von Berufstätigen mit pflegerischer Verantwortung. *Sozialer Fortschritt*, 5(69), 307–324.
- Heitmueller, A. (2007). The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *Journal of Health Economics*, 26(3), 536–559. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.10.005>
- Heitmueller, A., & Inglis, K. (2007). The earnings of informal carers: Wage differentials and opportunity costs. *Journal of Health Economics*, 26(4), 821–841. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.12.009>
- Henz, U. (2004). The effects of informal care on paid-work participation in Great Britain: A lifecourse perspective. *Ageing & Society*, 24(6), 851–880. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002351>
- Hiedemann, B., & Stern, S. (1999). Strategic play among family members when making long-term care decisions. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 40(1), 29–57.

- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., & Nock, L. (2017). *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Hoefman, R. J., van Exel, J., & Brouwer, W. B. F. (2019). The Monetary Value of Informal Care: Obtaining Pure Time Valuations Using a Discrete Choice Experiment. *PharmacoEconomics*, 37(4), 531–540. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0724-4>
- Hohmeyer, K., Kopf, E., Grüttner, M., & Fiebig, M. (2012). *Pflegetätigkeiten von Personen in Haushalten mit Arbeitslosengeld-II-Bezug. Eine deskriptive Betrachtung*. IAB Forschungsbericht.
- Holst, E. (2000). *Die Stille Reserve am Arbeitsmarkt. Große Zusammensetzung—Struktur*. Edition Sigma.
- ILO Konvention 175. (1998). *Übereinkommen 175. Übereinkommen über die Teilzeitarbeit, 1994*. Internationale Arbeitsorganisation.
- Jacobs, J. C., Lilly, M. B., Ng, C., & Coyte, P. C. (2013). The fiscal impact of informal caregiving to home care recipients in Canada: How the intensity of care influences costs and benefits to government. *Social Science & Medicine (1982)*, 81, 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.015>
- Jens Spahn zur Pflegereform*. (2020, Oktober 5). [Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit]. [https://www.youtube.com/watch?v=J2-\\_zAkc9L8&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=J2-_zAkc9L8&feature=emb_logo)
- Jenson, J., & Jacobzone, S. (2000). *Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers* (Nr. 41; OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, S. 76). OECD Publishing.
- Johnson, R. W., & Lo Sasso, A. T. L. (2000). *The Trade-Off between Hours of Paid Employment and Time Assistance to Elderly Parents at Midlife* (S. 42). The Urban Institute.

- Joshi, H. (1992). The Cost of Caring. In C. Glendinning & J. Millar (Hrsg.), *Women and poverty in Britain in the 1990s* (S. 110–125). Harvester Wheatsheaf.
- Jürges, H. (1999). Parent-Child-Transfers in Germany: A Study of Magnitude and Motivations. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften : ZWS*, 119, 429–453.
- Kaschowitz, J. (2015). *Der Einfluss der Pflegeverantwortung von Frauen auf das Arbeitsangebot ihrer Partner – Eine Untersuchung mit dem Soep (Informal Caregiving by Women and Its Influence on the Labor Supply of Their Spouses. An Investigation Using the SOEP)* (SOEP Survey Papers Nr. 780). DIW. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2648114>
- Keck, W. (2008). The relation between children and their frail elderly parents in different care regimens. In C. Saraceno (Hrsg.), *Families, ageing and social policy: Intergenerational solidarity in European welfare states* (S. 147–169). Edward Elgar Publishing.
- Keck, W. (2012). *Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. Verlag Hans Huber.
- Keck, W., & Saraceno, C. (2009). *Balancing elderly care and employment in Germany* [Discussion Paper]. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/57647/1/597774951.pdf>
- Kershaw, P. (2006). Care fair: Choice, Duty, and the Distribution of Care. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 13(3), 341–371. <https://doi.org/10.1093/sp/jxl004>
- Kesselheim, H., Schildmann, C., Schmidt, S., Steffen, M., Stiegler, B., & Wallrafen-Dreisow, H. (2013). *Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung* (Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Friedrich-Ebert-Stiftung.

- King, D., & Pickard, L. (2013). When is a carer's employment at risk? Longitudinal analysis of unpaid care and employment in midlife in England. *Health & Social Care in the Community, 21*(3), 303–314. <https://doi.org/10.1111/hsc.12018>
- Klaus, D., & Tesch-Römer, C. (2017). Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 185–200). Springer VS.
- Klein, T. (1998). Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie, 31*(6), 407–416.
- Klein, T., & Unger, R. (1999). Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland. *Das Gesundheitswesen, 61*(4), 168–178.
- Klein, T., & Unger, R. (2002). Aktive Lebenserwartung in Deutschland und in den USA. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35*(6), 528–539. <https://doi.org/10.1007/s00391-002-0127-0>
- Klie, T. (2020). Pflege und Sorge—Gleichwertige Lebensbedingungen, Pflegeversicherung und die neue Bedeutung von Kommunen. *Sozialer Fortschritt, 69*(4), 265–277.
- Klünder, N. (2017). *Differenzierte Ermittlung des Gender Care Gap auf Basis der repräsentativen Zeitverwendungsdaten 2012/13. Expertise im Rahmen des Zweiten Gleichstellungsberichts der Bundesregierung*. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Kochskämper, S. (2018). *Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern—Eine Simulation bis 2035* (Nr. 33/18; IW-Report). Institut der deutschen Wirtschaft.

- Kohli, M., Kühnemund, H., Motel, A., & Szydlik, M. (1999). Familiäre Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. Die Bedeutung privater intergenerationeller Hilfeleistungen und Transfers. *WSI Mitteilungen*, 52, 20–25.
- Kooreman, P., & Wunderink, S. (1997). *The Economics of Household Behaviour*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-25436-1>
- Korfhage, T. (2019). *Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance* (Nr. 1051; SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, S. 53). DIW.
- Kuhlmei, A., Dräger, D., Winter, M., & Beikirch, E. (2010). *COMPASS - Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege* (Nr. 4; DZA - Informationsdienst Altersfrage, S. 4–11). Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Künemund, H. (2006). Changing Welfare States and the “Sandwich Generation”: Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(2), 11–29. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.061211>
- Künemund, H., & Vogel, C. (2006). Öffentliche und private Transfers und Unterstützungsleistungen im Alter—“crowding out” oder „crowding in“? *Zeitschrift Für Familienforschung*, 18(3), 269–289.
- Laitner, J. (1997). Intergenerational and interhousehold economic links. In M. Rosenzweig & O. Stark (Hrsg.), *Handbook of Population and Family Economics* (S. 189–238). Elsevier. <https://econpapers.repec.org/bookchap/eeepophes/1.htm>
- Leitner, S. (2013). *Varianten von Familialismus: Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten*. Duncker & Humboldt.
- Lilly, M. B., Laporte, A., & Coyte, P. C. (2007). Labor Market Work and Home Care’s Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates,

- Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. *Milbank Quarterly*, 85(4), 641–690. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00504.x>
- Lüngen, M. (2012). *Vollversicherung in der Pflege—Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten für die Gewerkschaft Verdi*. [https://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten_Pflegeversicherung.pdf)
- Machlup, F. (1967). Theories of the Firm: Marginalist, Behavioral, Managerial. *The American Economic Review*, 57(1), 1–33.
- Mai, R., & Roloff, J. (2004). *Zukunft von Potenzialen in Paarbeziehungen älterer Menschen. Perspektiven von Frauen und Männern*. (5. Altenbericht der Bundesregierung) [Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission].
- Mankiw, G., & Taylor, M. (2018). *Grundzüge der Volkswirtschaftslehre* (7. Auflage). Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft Steuern Recht.
- McKinney, W., & others. (2010). Data structures for statistical computing in python. *Proceedings of the 9th Python in Science Conference*, 445, 51–56.
- MDS. (2017). *Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit*. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.
- Meng, A. (2009). *Informal Home Care and Labor Force Participation of Household Members* (Nr. 152; S. 40). Ruhr Economic Papers.
- Meng, A. (2013). Informal home care and labor-force participation of household members. *Empirical Economics*, 44(2), 959–979.
- MetLife. (1997). *The MetLife Study of Employer Costs for Working Caregivers*. MetLife Mature Market Institute. <http://www.geckosystems.com/downloads/empcosts.pdf>

- MetLife. (2006). *The MetLife Caregiving Cost Study: Productivity Losses to U.S. Business*. MetLife Mature Market Institute. <http://www.caregiving.org/data/Caregiver%20Cost%20Study.pdf>
- Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *Journal of Political Economy*, 66.
- Miranda, V. (2011). *Cooking, Caring and Volunteering: Unpaid Work Around the World* (OECD Social, Employment and Migration Working Papers Nr. 116). OECD. <https://doi.org/10.1787/5kghrjm8s142-en>
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Römer, C., & Kondratowitz, H.-J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society*, 25, 863–882.
- Müller, R., Unger, R., & Rothgang, H. (2010). Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? *Soziale Sicherheit*, 6–7(10), 230–237.
- Naumann, D., Schulze, E., Geyer, J., & Korfhage, T. (2013). *Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf* [Abschlussbericht]. Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Versorgungsformen\\_Deutschland.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Versorgungsformen_Deutschland.pdf)
- Netten, A. (1993). Costing Informal Care. In A. Netten & J. Beecham (Hrsg.), *Costing Community Care. Theory & Practice* (S. 53–57). University of Kent; PSSRU.
- Niehaus, F. (2010). *Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung* (WIP-Diskussionspapier Nr. 1/10; S. 50). Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Nowossadeck, S. (2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften: Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(8), 1040–1047. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1742-1>

- Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige* (Nr. 1). Deutsches Zentrum für Altersfragen. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_1\\_2016.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf)
- OECD. (1982). *The OECD List of Social Indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2020). *Part-time employment rate (indicator)*. doi: 10.1787/f2ad596c-en
- Pavalko, E. K., & Artis, J. E. (1997). Women's Caregiving and Paid Work: Causal Relationships in Late Midlife. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(4), S170–S179. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.4.S170>
- Pezzin, L. E., & Schone, B. (1999). Intergenerational Household Formation, Female Labor Supply and Informal Caregiving: A Bargaining Approach. *Journal of Human Resources*, 34(3), 475–503.
- Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz—PflegeZG), BGBl. I S. 874, 896 (2008).
- Pickard, L., King, D., Brimblecombe, N., & Knapp, M. (2015). The Effectiveness of Paid Services in Supporting Unpaid Carers' Employment in England. *Journal of Social Policy*, 44(03), 567–590. <https://doi.org/10.1017/S0047279415000069>
- Pickard, L., King, D., Brimblecombe, N., & Knapp, M. (2018). Public expenditure costs of carers leaving employment in England, 2015/2016. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), e132–e142. <https://doi.org/10.1111/hsc.12486>
- Pinheiro, P., & Krämer, A. (2009). Calculation of health expectancies with administrative data for North Rhine-Westphalia, a Federal State of Germany, 1999–2005. *Population Health Metrics*, 19(7), 4.
- Pollak, R., & Wachter, M. (1975). The Relevance of the Household Production Function and Its Implications for the Allocation of Time. *Journal of Political Economy*, 83(2), 255–277.

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, BGBl. I S. 2222 (2015).

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, BGBl. I S. 2424 (2016).

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, BGBl. I S. 3191 (2017).

Rebeggiani, L., & Stöwhase, S. (2018). Effekte informeller Pflege auf die Sozialversicherung. Eine Gegenüberstellung gesparter Aufwendungen und potentiell entgangener Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 67(8), 79–98.

Reichert, M. (2003). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: Ein Überblick zum neusten Forschungsstand. In *Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituationen* (S. 123–148). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ricardo, D. (1817). *On the Principles of Political Economy and Taxation* (First Edition). John Murray.

Roller, C., Stroka-Wetsch, M. A., & Linder, R. (2016). *Informal Care Provision and Work Disability Days* (Nr. 162; S. 4–14). Ruhr Economic Papers.

Rothgang, H. (2005). Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung. In J. Kerschbaumer & W. Schroeder (Hrsg.), *Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., & Domhoff, D. (2019). *Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung*. SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2015). *BARMER GEK Pflegereport 2015*. 253.

- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Pflegereport 2018 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. 228.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse—Band 20*. BARMER.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., & Unger, R. (2014). Barmer Gek Pflegereport 2014. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, 19, 288.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten—Was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2017). *BARMER Pflegereport 2017*. Barmer.
- Rürup-Kommission. (2003). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* [Drucksache 16/ 13770].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung—Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf)
- Sarkisian, N., & Gerstel, N. (2004). Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 431–451. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2004.00030.x>
- Schäfer, D., & Schwarz, N. (1996). Der Wert der unbezahlten Arbeit der privaten Haushalte—Das Satellitensystem Haushaltsproduktion. In K. Blanke, M. Ehling, & N. Schwarz (Hrsg.), *Zeit im Blickfeld* (Bd. 121, S. 15–69). Kohlhammer Verlag.

- Schmid, J. (2010). *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich: Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme* (3. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92548-6>
- Schmidt, M., & Schneekloth, U. (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege Weiterentwicklungsgesetzes“ Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Schmitz, H., & Westphal, M. (2017). Informal care and long-term labor market outcomes. *Journal of Health Economics*, 56, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.09.002>
- Schnabel, R. (2007). *Zukunft der Pflege* [Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft]. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., & Rothgang, H. (2017). *Abschlussbericht Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit* [Abschlussbericht]. TNS Infratest Sozialforschung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Evaluation\\_PNG\\_PSG\\_I.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf)
- Schneekloth, U., & Müller, U. (2000). *Wirkungen der Pflegeversicherung* (Bd. 127). Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schneekloth, U., Potthoff, P., Piekara, R., & von Rosenblatt, B. (1996). *Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten: Bd. 111.2*. Kohlhammer Verlag.
- Schneekloth, U., & von Törne, I. (2007). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

<https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf>

Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten* (S. 250) [Integrierter Abschlussbericht].

Schneider, H., Heinze, J., & Hering, D. (2011). *Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege (Carers@Work - Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?)*. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. [http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Expertise\\_final.pdf](http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Expertise_final.pdf)

Schneider, N., Häuser, J. C., Ruppenthal, S. M., & Stengel, S. (2006). *Familienpflege und Erwerbstätigkeit—Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen*. Institut für Soziologie. [http://www.familienfreundlichkeit-rlp.soziologie.uni-mainz.de/Dokumente/Abschlussbericht\\_Familienpflege.pdf](http://www.familienfreundlichkeit-rlp.soziologie.uni-mainz.de/Dokumente/Abschlussbericht_Familienpflege.pdf)

Schneider, U. (2000). *The Economics of Informal Care. Theory and Empirical Evidence for Germany*. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Hannover.

Schneider, U. (2006). Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(4). <https://doi.org/10.1515/zsr-2006-0407>

Schneider, U., & Wolf, D. A. (2006). *The Forgone-Earnings Costs of Informal Caregiving in Germany*. [Working Paper]. Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Sozialpolitik.

Schoen, R. (2006). *Dynamic Population Models* (Bd. 1). Springer Netherlands.

Scholz, R., & Schulz, A. (2010). *Assessing old-age long-term care using the concepts of healthy life expectancy and care duration: The new parameter "Long-Term Care-Free Life-Expectancy (LTCF)* [Working Paper 2010-001]. Max-Planck-Institut für demografische Forschung.

- Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1–17.
- Seabold, S., & Perktold, J. (2010). *statsmodels: Econometric and statistical modeling with python*. 9th Python in Science Conference.
- Sesselmeier, W. (2012). Widersprüche sozialer Integration in Zeiten der Ökonomisierung sozialer Sicherung. *Sozialer Fortschritt*, 61(5), 104–110.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II), BGBl. I S. 2954 (2003).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III), BGBl. I S. 594 (1997).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), BGBl. I S. 2477 (1988).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI), BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337 (1989).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung, BGBl. I 1014,1015 (1994).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII), BGBl. I S. 3022 (2003).
- Skira, M. M. (2015). Dynamic Wage and Employment Effects of Elder Parent Care. *International Economic Review*, 56(1), 63–93.  
<https://doi.org/10.1111/iere.12095>
- Smith, A. (1778). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (Second Edition). W. Strahan; T. Cadell.
- Smith, K., & Wright, K. (1994). Informal care and economic appraisal: A discussion of possible methodological approaches. *Health Economics*, 3(3), 137–148.  
<https://doi.org/10.1002/hec.4730030303>
- SOEP Group. (2019a). *SOEP-Core – 2017: Haushalt (PAPI, mit Verweis auf Variablen)* (SOEP Survey Papers Nr. 666; Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente), S. 39). DIW Berlin/SOEP.

- SOEP Group. (2019b). *SOEP-Core – 2017: Person (PAPI, mit Verweis auf Variablen)* (SOEP Survey Papers Nr. 681; Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente), S. 82). DIW Berlin/SOEP.
- Solow, R. (1956). A Contribution to the Theory of Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 70(1), 65–94.
- Solidaritätszuschlaggesetz (SolZG), BGBl. I S. 1318 (1991).
- Spieß, C. K., & Schneider, A. U. (2003). Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996. *Ageing and Society*, 23(01), 41–68. <https://doi.org/10.1017/S0144686X02001010>
- Statistisches Bundesamt. (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. [https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivative\\_00012508/Demografischer\\_Wandel\\_Heft2.pdf;jsessionid=8A4BB0D186A6BF1C74B437B5477C8CDB](https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivative_00012508/Demografischer_Wandel_Heft2.pdf;jsessionid=8A4BB0D186A6BF1C74B437B5477C8CDB)
- Stigler, G., & Becker, G. (1977). De Gustibus Non Est Disputandum. *The American Economic Review*, 67(2), 76–90.
- Tesch-Roemer, C., & Hagen, C. (2018). *DZA Fact Sheet Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland* (S. 50). Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Theobald, H. (2008). Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich. *Berliner Journal für Soziologie*, 18(2), 257–281.
- Trukeschitz, B., Mühlmann, R., Schneider, U., Ponocny, I., & Österle, A. (2009). *Arbeitsplätze und Tätigkeitsmerkmale berufstätiger pflegender Angehöriger. Befunde aus der Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008 (VIC 2008)*. [Paper]. <http://epub.wu.ac.at/680/>

- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. (2019). *Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. <https://www.bmfsfj.de/blob/138138/1aac7b66ce0541ce2e48cb12fb962eef/erster-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf>
- UNESCO. (2012). *International Standard Classification of Education ISCED 2011*. UNESCO Institute for Statistics.
- Unger, R. (2006). Trends in active life expectancy in Germany between 1984 and 2003—A cohort analysis with different health indicators. *Journal of Public Health, 14*(3), 155–163.
- Unger, R., Müller, R., & Rothgang, H. (2011). Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen, 73*(5), 292–297.
- Unger, R., & Rothgang, H. (2013). Auswirkungen einer informellen Pfl egetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen. *FNA Journal, 4*(1), 1–40.
- van den Berg, B., Brouwer, W. B. F., & Koopmanschap, M. A. (2004). Economic valuation of informal care. *The European Journal of Health Economics, 5*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1007/s10198-003-0189-y>
- van den Berg, B., Brouwer, W., Exel, J. van, & Koopmanschap, M. (2005). Economic valuation of informal care: The contingent valuation method applied to informal caregiving. *Health Economics, 14*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1002/hec.893>
- van den Berg, B., & Spauwen, P. (2006). Measurement of informal care: An empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving. *Health Economics, 15*(5), 447–460. <https://doi.org/10.1002/hec.1075>

- van Dijk, F. (1998). Private support and social security. *Journal of Population Economics*, 11(3), 345–371. <https://doi.org/10.1007/s001480050073>
- Van Houtven, C. H., Coe, N. B., & Skira, M. M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, 32(1), 240–252. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.006>
- Van Rossum, G., & Drake Jr, F. (1995). *Python reference manual*.
- Vereinte Nationen. (1993). *System of National Accounts 1993*. Vereinte Nationen.
- Viitanen, T. (2010). Informal eldercare across Europe: Estimates from the European Community Household Panel. *Economic Analysis and Policy*, 40(2), 149–178.
- Vobruba, G. (2009). Effizienz und Sicherheit. Soziale Rahmenbedingungen moderner kapitalistischer Ökonomien. In H. Seifert & O. Struck (Hrsg.), *Arbeitsmarkt und Sozialpolitik. Kontroversen um Effizienz und soziale Sicherheit* (S. 17–27). Springer VS.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige—Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, 6(3). <https://armutdurchpflege.de/wp-content/uploads/2018/02/GBE-kompakt.pdf>
- Wolf, D. A., & Soldo, B. J. (1994). Married women's allocation of time to employment and care of elderly parents. *Journal of Human Resources*, 29(4), 1259–1276.
- Wolf, D. E. (2010). *Lohndifferenziale zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in Ost- und Westdeutschland* (Nr. 174; WSI Diskussionspapiere).
- Yollu-Tok, A. (2018). Die erwerbszentrierte Sozialversicherung, eine Bestandsaufnahme. *Sozialer Fortschritt*, 67(1), 61–77.

## Anhang

## A 1: Modellrechnungen zum zukünftigen Pflegebedarf

Modellrechnung <i>Publikation</i>	<i>System</i>	<i>Szenario</i>	<i>Annahme</i>	<i>Basis- jahr</i>	Pflegebedürftige (in Millionen)						
					<i>Vergleichsbasis*</i>	202 0	203 0	204 0	205 0	206 0	208 0
Blinkert und Klie (2001)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	1998	1,8		2,8	3,1	3,4		
Bomsdorf et al. (2012)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2005	2,1	2,8			4,6		
		Kompression	sinkende Pflegequo- te	2005	2,1	2,6			4,3		
Bowles et al. (2014)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2011	2,5		3,3	4,0	4,6	4,6	4,4
		Kompression I	konstant für AG 60- 64	2011	2,5		2,7	3,0	3,5	3,5	3,2
		Kompression II	alle AG	2011	2,5		2,5	2,6	2,9	2,8	2,5
BMG (2011)	SPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2010	2,2		3,2				
Dietz (2002)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2000	1,8		2,6	2,9	3,2		
		Kompression		2000	1,8		3,8	4,4	5,1		
Dräther und Holl- Manoharan (2009)	SPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2007	2,0	-	-	3,4	4,0		
Häcker et al. (2011)	SPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2010	2,3		3,3	3,8	4,5		
		Kompression	sinkende Pflegequo- te	2010	2,3				3,0		
		Expansion	steigende Pflegequo- te	2010	2,3				6,3		
Rürup-Kommission (2003)	SPV	Status-quo	konstante Pflegequo- te	2002	1,9		3,1	3,4			

Anhang

Niehaus (2010)	SPV	Status-quo	konstante Pflegequote	2008	2,1					3,9
Rothgang et al. (2012)		Status-quo	konstante Pflegequote	2009	2,3		3,4			
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequote	2007	2,2	2,9	3,3	3,7	4,4	
		Kompression	sinkende Pflegequote	2007	2,2	2,7	3,0	3,2	3,5	
Schnabel (2007)	GPV	Status-quo I	Niedrigere Lebenserwartung	2007	2,1		3,0	3,5	4,0	
		Status-quo II	Höhere Lebenserwartung	2007	2,1		3,3	3,8	4,7	
Statistisches Bundesamt (2010)	GPV	Status-quo	konstante Pflegequote	2005	2,1		3,4	3,9	4,5	
		Kompression	sinkende Pflegequote	2005	2,1		3,0	3,3	3,8	

Quelle: eigene Tabelle

A 2: Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht

Alter	Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit in %	
	Männer	Frauen
25	0,31	0,36
26	0,71	0,54
27	0,23	0,64
28	0,47	0,54
29	0,29	0,52
30	0,36	0,61
31	0,66	0,50
32	0,27	0,42
33	0,34	1,04
34	0,40	0,88
35	0,43	0,61

Anhang

36	0,39	1,13
37	0,42	0,75
38	0,28	0,99
39	0,23	1,17
40	0,38	0,93
41	0,43	0,77
42	0,35	1,42
43	0,57	1,11
44	0,50	1,20
45	0,80	1,46
46	0,76	1,19
47	0,83	1,47
48	1,02	1,63
49	1,09	1,72
50	0,92	2,02
51	0,81	1,75
52	0,94	1,55
53	1,40	2,16
54	1,15	2,15
55	1,32	2,03
56	1,21	1,75
57	1,24	2,29
58	1,52	1,76
59	1,13	1,72
60	1,42	1,93
61	1,32	1,20
62	1,23	1,94
63	1,34	1,83
64	1,16	1,49
65	1,35	2,00
66	1,26	1,44
67	1,48	1,36

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

Anhang

A 3: Erwerbstätigenquoten für Pflegende und Nicht-Pflegende nach Alter und Geschlecht

Alter	Erwerbstätigenquote in %			
	Pflegende		Nicht-Pflegende	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
25-29	0.71	0.84	0.86	0.86
30-34	0.78	0.75	0.90	0.86
35-39	0.76	0.71	0.90	0.86
40-44	0.87	0.81	0.90	0.87
45-49	0.77	0.77	0.87	0.85
50-54	0.81	0.75	0.83	0.82
55-59	0.71	0.77	0.74	0.72
60-64	0.36	0.33	0.42	0.35
65 und älter	0.03	0.04	0.06	0.04

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

A 4: Einflussfaktoren zur Bestimmung der Wochenarbeitsstunden

	Wochenarbeitsstunden
Konstante	40,3846***
Alter	0,1189***
Alter <sup>2</sup>	- 0,0081***
Geschlecht	- 7,9774***
Effektive Arbeitserfahrung	0,6536***

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p< ,001

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

A 5: Einflussfaktoren zur Bestimmung des Lohneinkommens

	Lohneinkommen
Konstante	7,5212***
Effektive Arbeitserfahrung	0,0647***
Effektive Arbeitserfahrung <sup>2</sup>	- 0,0009***
Alter	- 0,0039*
Alter <sup>2</sup>	- 0,0001***

Anhang

Geschlecht - 0,4709\*\*\*  
 Pflege (0=nein, 1=ja) - 0,1190\*\*\*

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von: \*p<,05: \*\*p<,01: \*\*\*p<,001

Quelle: SOEPv35, eigene Berechnung

A 6: Pflegegeld je Pflegestufe/ Pflegegrad

Pflegegeld je Pflegestufe / Pflegegrad in Euro				
Pflegestufe	1	2	3	
Pflegegrad	1	2	3	4
	0	316	545	728
				901

Quelle: §37 SGB XI, eigene Tabelle

A 7: Bestimmung des Renteneintrittsalters je nach Geburtsjahr

Geburtsjahr	Gesetzliches Renteneintrittsalter	Frühestmögliches Renteneintrittsalter	Gesetzliches Renteneintrittsalter (im Modell)	Frühestmögliches Renteneintrittsalter (im Modell)
≤ 1946	65	60	65	60
1947	65 + 1 Monat	60 + 1 Monat	65	60
1948	65 + 2 Monate	60 + 2 Monate	65	60
1949	65 + 3 Monate	60 + 3 Monate	65	60
1950	65 + 4 Monate	60 + 4 Monate	65	60
1951	65 + 5 Monate	60 + 5 Monate	65	60
1952	65 + 6 Monate	60 + 6 Monate	66	61
1953	65 + 7 Monate	60 + 7 Monate	66	61
1954	65 + 8 Monate	60 + 8 Monate	66	61
1955	65 + 9 Monate	60 + 9 Monate	66	61
1956	65 + 10 Monate	60 + 10 Monate	66	61
1957	65 + 11 Monate	60 + 11 Monate	66	61
1958	66	61	66	61
1959	66 + 2 Monate	61 + 2 Monate	66	61
1960	66 + 4 Monate	61 + 4 Monate	66	61
1961	66 + 6 Monate	61 + 6 Monate	67	62
1962	66 + 8 Monate	61 + 8 Monate	67	62
1963	66 + 10 Monate	61 + 10 Monate	67	62

≥ 1964 67

62

67

62

Quelle: §235 SGB VI, eigene Tabelle

## A 8: Bestimmung der Rentenansprüche aufgrund informeller Pflegeleistungen

Bis 2016			Ab 2017		Modellannahme
<i>Pflegestufe</i>	<i>Mindestpflege in Std.</i>	<i>Rentenentgeltpunkt</i>	<i>Pflegegrad</i>	<i>Rentenentgeltpunkt</i>	<i>Rentenentgeltpunkt</i>
			1	-	nicht berücksichtigt
1	14	0,27			
2	14	0,36	2	0,27	0,5
2	21	0,53			
3	14	0,40	3	0,43	0,5
3	21	0,60			
3	28	0,80	4	0,70	0,5
			5	1,00	nicht berücksichtigt

Quelle: DRV (2019), eigene Tabelle

## A 9: Bestimmung der Rentenentgeltpunkte und des Rentenwerts nach West und Ost

Jahr	Rentenentgeltpunkte			Rentenwert*	
	<i>Durchschnittseinkommen (West) in Euro</i>	<i>Hochwertungsfaktor</i>	<i>Rentenpunktobergrenze</i>	<i>Rentenwert West</i>	<i>Rentenwert Ost</i>
2020	40.551	1,07	2,04	34,19	33,23

\*Der jährliche Rentenwert ergibt sich aus §68 SGB XI, das Durchschnittseinkommen aus Anlage 1 SGB VI, der Hochwertungsfaktor aus Anlage 10 SGB VI und die Beitragsbemessungsgrenze nach §159 SGB XI.

Quelle: §68 SGB XI, Anlage 1 SGB VI, §159 SGB XI, eigene Tabelle

## A 10: Bestimmung der Sozialversicherungsbeiträge

Jahr	Sozialversicherungsbeiträge					
	<i>Beiträge Arbeitnehmer (%)</i>	<i>Beiträge Rentner (%)</i>	<i>Maximalbeitrag West pro Monat (€)</i>		<i>Maximalbeitrag Ost pro Monat (€)</i>	
			<i>RV/ ALV*</i>	<i>GKV/ SPV*</i>	<i>RV/ ALV*</i>	<i>GKV/ SPV*</i>

Anhang

---

2020	19,33	10,90	82.800	56.250	77.400	56.250
------	-------	-------	--------	--------	--------	--------

---

\*RV= Rentenversicherung, ALV= Arbeitslosenversicherung, \*GKV= Gesetzliche Krankenversicherung, SPV= Soziale Pflegeversicherung

Quelle: §158 SGB VI, §241 SGB V, §55 SGB XI, §223 SGB V, §159 SGB VI, eigene Tabelle

## Lebenslauf

### Lebenslauf

#### PERSÖNLICHE DATEN

---

Name	Mathias Kappel
Geburtsdatum	01.02.1994
Geburtsort	Saarbrücken

#### AUSBILDUNG

---

Seit 2018	Externer Doktorand an der Universität Koblenz-Landau
2016 – 2018	M.A. International Management an der TH Aschaffenburg
2016 – 2017	M.A. International Management an der University of Vidzeme
2012 – 2015	B.A. Gesundheitsmanagement an der Hochschule Mittweida
2004 – 2012	Allgemeine Hochschulreife am Robert-Schuman-Gymnasium Saarlouis

#### BERUFLICHER WERDEGANG

---

2018 – 2021	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am WifOR Institut, Darmstadt
2019 – 2021	Lehrbeauftragter an der Hochschule Fulda, Fulda
2017	Praktikant bei Yes2Treatment, Bangalore
2017	Praktikant bei Roche Diagnostics, Mannheim

*Selbstständigkeitserklärung*

**Selbstständigkeitserklärung**

§9 (2) der Promotionsordnung des Fachbereichs 6: Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Koblenz-Landau

Ich versichere, dass die als Dissertation vorgelegte Abhandlung in keinem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades oder als Prüfungsarbeit für eine akademische oder staatliche Prüfung eingereicht wurde. Die vorgelegte Abhandlung wurde von mir selbstständig verfasst, keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht.

Saarbrücken, den 30.04.2021

  
Mathias Kappel