

**Sekretariat:**

4.5.2021

## **Stellungnahme zum**

### **Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf durch eine PflegeZeit Plus“**

**BT-Drucksache 19/28781**

**und zum**

### **Antrag der Fraktion DIE LINKE „Rentenplus für pflegende Angehörige“**

**BT-Drucksache 19/25349**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für  
Gesundheit des Deutschen Bundestages am 5. Mai 2021**

## 1 Einleitung

Gegenstand der Anhörung sind drei Anträge von denen sich zwei auf die Situation pflegender Angehöriger beziehen und einer auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich nur auf die beiden erstgenannten Anträge, die sich insofern ergänzen, als der eine auf eine Verbesserung der ökonomischen Situation pflegender Angehöriger *während der Erwerbsphase* abstellt, der andere dagegen auf eine Verbesserung der *Renteneinkommen* informeller Pflegepersonen.

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fordert die Einführung einer sogenannte PflegeZeit Plus. Kernelement des Vorschlags ist es, dass informellen Pflegepersonen, die ihre Erwerbsarbeit zur Gewährleistung der Pflege reduzieren, für einen Zeitraum von maximal 36 Monaten eine Lohnersatzleistung gewährt wird. Sie soll 67 % der Reduktion des Nettoerwerbseinkommens ausgleichen. Diese Lohnersatzleistung soll nach oben gedeckelt und in Bezug auf Niedriglohneempfänger aufgestockt werden, wobei weder die Höhe des Deckels, noch die Modalitäten der Aufstockung ausgeführt werden. Es handelt sich also eher um einen konzeptionellen Vorschlag, dessen Details noch auszuarbeiten sind.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKEN fordert die Erweiterung der sozialen Absicherung von Pflegepersonen in der Rentenversicherung in mehrfacher Hinsicht. Demnach soll die Pflegeversicherung Rentenversicherungsbeiträge auch für Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 abführen, sollen die Beiträge für Pflegepersonen von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 4 angehoben werden und sollen Beiträge für Pflegepersonen grundsätzlich abgeführt werden, auch wenn diese bereits eine Altersrente als Vollrente beziehen bzw. wenn sie Vollzeit erwerbstätig sind. Zudem soll sich die Höhe der Beitragszahlung nicht mehr danach unterscheiden, ob die betreute pflegebedürftige Person Geld- oder Sachleistungen bezieht, zudem soll die Rentenversicherung den halben Beitrag zur Pflegeversicherung abführen, so dass die Rentner – wie auch in der Krankenversicherung – nur noch den halben Beitrag aus eigenem Einkommen tragen müssen.

Nachstehend wird zunächst auf die Ausgangslage und die darin enthaltenen Probleme der Pflegeversicherung eingegangen (Abschnitt 2). Anschließend wird der Vorschlag der Fraktion

Bündnis 90 / Die Grünen zur Verbesserung der ökonomischen Situation pflegender Angehöriger in der Erwerbsphase behandelt (Abschnitt 3), während sich Abschnitt 4 mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKEN beschäftigt.

## **2 Ausgangslage**

Informelle Pflegepersonen, also An- und Zugehörige im weiteren Sinne (im Folgenden kurz: pflegende Angehörige), bilden in Deutschland das Rückgrat der Pflege. Von den in der Pflegestatistik zum Dezember 2019 ausgewiesenen 4,1 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI werden 3,3 Millionen (=80 %) zuhause versorgt (Statistisches Bundesamt 2020: 18). Eine solche Versorgung ist ohne informelle Pflegepersonen nicht möglich. Dies gilt insbesondere für die 2,1 Millionen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die *ausschließlich* durch informelle Pflegepersonen gepflegt und betreut werden, ohne das ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen an der Versorgung beteiligt sind. Auch bei den knapp 1 Million Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 bis 5, an deren Versorgung ambulante Pflegedienste beteiligt sind, entfällt der Großteil der Versorgungsleistungen auf informelle Pflegepersonen.

Informelle Pflegepersonen sind hohen Belastungen ausgesetzt. Das hat sich in besonderem Maße während der Corona-Pandemie gezeigt (Rothgang et al. 2020b), gilt aber auch ohne diese Sonderbelastung. In einer Befragung von rund 1.100 Hauptpflegepersonen gaben ein Viertel an, durch die Pflege hoch belastet zu sein (Räker et al. 2020). Informelle Pflege wirkt sich negativ auf Freundschaftsverhältnisse aus, führt dazu, dass sich Pflegende in dieser Rolle gefangen sehen und weniger schlafen können als gewünscht (Rothgang & Müller 2018: 147). Im Ergebnis führt die Übernahme von Pflege zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (Rothgang & Müller 2018: 163). Hochgerechnet auf die Bundesrepublik haben in einer Versichertenbefragung 185.000 Pflegepersonen angegeben, dass sie kurz davorstehen, die Pflege einzustellen (ebd: 183).

Zudem erweist sich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als schwierig (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019). Die Regelungen zur Pflegezeit und zur Familienpflegezeit haben hier wenig Abhilfe geschaffen. Dies gilt insbesondere für die Darlehen zur Überbrückung der Pflege- und Familienpflegezeit, das – Stand 2018 – bislang von weniger

als 1.000 Personen in Anspruch genommen wurde (ebd.: 45). Zur Finanzierung des Lebensunterhalts während der beruflichen Freistellungen wird gemäß einer Untersuchung von INTERVAL aus dem Jahr 2018 zu 71 % auf eigenes berufliches Einkommen, zu 55 % auf das Pflegegeld, zu 46 % auf Ersparnisse, zu 29 % auf Rente des Angehörigen und zu 16 % auf Beschäftigungseinkommen anderer Familienmitglieder zurückgegriffen (ebd.: 45).

Bei Übernahme informeller Pflege von wöchentlich mindestens zehn Stunden zahlt die Pflegeversicherung für diese Pflegeperson Beiträge in die Rentenversicherung ein, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist und noch keine Altersrente als Vollrentner bezieht. Diese Bedingungen treffen allerdings nur für eine Minderheit der Pflegepersonen zu. 2019 gab es nur für 27,4 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen eine Pflegeperson, für die Rentenbeiträge gezahlt wurden. Zur Berechnung der Höhe der Beiträge wird der Beitragsatz zur Rentenversicherung und ein fiktives Einkommen zugrunde gelegt, das in Prozent der Bezugsgröße angegeben wird (Tabelle 1). Die Höhe dieses fiktiven Einkommens richtet sich sowohl nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person als auch nach deren Hauptleistungsart bei häuslicher Pflege. Wird etwa ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 5 gepflegt, der Geldleistungen bezieht, entstehen Rentenversicherungsansprüche in der Höhe, in der sie auch für einen Durchschnittsverdiener entstanden wären. Diese Konstellation ist aber extrem selten. Wird bei Pflegebedürftige in Pflegegrad 4 ein Pflegedienst in die Versorgung einbezogen, liegt der Höchstwert der Rentenversicherungsansprüche, die erworben werden können, schon bei weniger als 60 %. Bei Pflege eines Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 und 3 liegt der Rentenanspruch, der maximal erworben werden kann, immer bei weniger als 50 % des Anspruchs eines Durchschnittsverdieners.

**Tabelle 1: Für die Rentenberechnung zugrunde gelegtes Einkommen in Prozent der Bezugsgröße**

Leistungsbezug der Pflegebedürftigen Person	Pflegegrad der pflegebedürftigen Person			
	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung	27,00	43,00	70,00	100
Kombinationsleistung	22,95	36,55	59,50	85
Sachleistung	18,90	30,10	49,00	70

Quelle: § 266 Abs. 2 SGB VI.

Pflegebedürftigkeit und private Pflegeübernahme führen somit zu einem mehrfachen Verarmungsrisiko: In der vollstationären Pflege sind die Eigenanteile derzeit bereits so hoch und drohen – ohne Finanzreform – noch weiter zu steigen, dass eine Verarmung für einen Großteil der Heimbewohnenden vorgezeichnet ist (Rothgang & Kalwitzki 2021). Pflegende Angehörige sind sogar doppelt getroffen: Schränken sie ihre Erwerbstätigkeit ein, sinken ihre Einkommen, was nur zum Teil durch eine etwaige Weiterleitung von Pflegegeld ausgeglichen werden kann. Haben sie zuvor durchschnittlich verdient, führt die Aufgabe von Berufstätigkeit zur Übernahme informeller Pflege in der Regel sogar zu einer deutlichen Reduktion der späteren Altersrente.

Sollen die informellen Pflegepotentiale stabilisiert werden und soll die Übernahme informeller Pflegetätigkeiten nicht zu empfindlichen Einkommensverlusten in der Erwerbs- und der Rentenphase führen, sind politische Reformen daher angezeigt. Die Frage ist also nicht ob, sondern vielmehr, auf welchem Wege hier vorgegangen werden soll.

### **3 Finanzielle Absicherung in der Erwerbsphase**

Wie in Abschnitt 2 aufgezeigt, ist das Darlehen zur Überbrückung der Pflege- und Familienpflegezeit ungeeignet, Einkommensverluste, die aus der Übernahme von Pflegetätigkeit und einer damit einhergehenden Reduktion der Erwerbsarbeit resultieren, auszugleichen. Eine effektive Regelung setzt vielmehr voraus, dass die pflegenden Angehörigen direkte Zahlungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Für deren gerechte Bemessung sind allerdings verschiedene Logiken und dazu korrespondierende Ausgestaltungen denkbar. In Abschnitt 3.1 wird der Vorschlag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen behandelt, während in Abschnitt 3.2 eine Alternative vorgestellt wird. In Abschnitt 3.2.3 werden beide Optionen dann noch einmal gegenübergestellt.

#### **3.1 Lohnersatzleistung analog zum Elterngeld**

Altenpflege und Kinderbetreuung sind beide Formen der Sorgearbeit (Sachverständigenkommission für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung 2017). Im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird daher vorgeschlagen, für die Langzeitpflege eine zum

Elterngeld analoge Lohnersatzleistung auszuzahlen. Auch diese Lohnersatzleistung soll auf 36 Monate begrenzt werden, wobei für die ersten drei Monate eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit auf null ermöglicht wird, für die Folgemonate dagegen eine Reduktion von mindestens 20 % vorgesehen ist, bei der die wöchentliche Arbeitszeit 20 Stunden allerdings nicht unterschritten werden darf. Im Ergebnis ergibt sich ein Arbeitszeitkorridor von 20 bis 32 Stunden. Für die Höhe der Lohnersatzleistung werden 67 % des sich aus der Reduktion der Arbeitszeit ergebenden Nettoeinkommensverlustes angesetzt. Eine nicht quantifizierte Aufstockung für Geringverdienende ist vorgesehen ebenso wie eine Begrenzung der Lohnersatzleistung nach oben. Für die Berechnung des Elterngelds wird das maximal berücksichtigungsfähige Nettoeinkommen auf 2.770 Euro angesetzt (§ 2 Abs. 3 Satz 2 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)). Dieser Betrag wird den folgenden Berechnungen auch für die Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige zugrunde gelegt.

**Tabelle 2: Auswirkungen einer Reduktion der Erwerbsarbeit auf 20 Stunden zur Übernahme informeller Pflege bei Gewährung einer Lohnersatzleistung gemäß den Regelungen des Antrags**

Vollzeit		Reduktion auf 20 Stunden					
Bruttoeinkommen	Nettoeinkommen	Bruttoeinkommen	Nettoeinkommen	Lohnersatzleistung	Gesamt	Einkommensverzicht	relativer Verzicht
1.000	799	500	399	268	667	132	17%
1.400	1.076	700	559	346	905	171	16%
1.800	1.306	900	719	393	1.112	194	15%
2.200	1.533	1.100	879	438	1.317	216	14%
2.600	1.755	1.300	1.014	496	1.510	245	14%
3.000	1.971	1.500	1.135	560	1.695	276	14%
3.400	2.180	1.700	1.248	624	1.872	308	14%
3.800	2.384	1.900	1.363	684	2.047	337	14%
4.200	2.582	2.100	1.477	740	2.217	365	14%
4.600	2.774	2.300	1.589	793	2.382	392	14%
5.000	2.969	2.500	1.700	793	2.493	476	16%

Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf eine kinderlose Person im Alter von 50 Jahren bei Ansatz von Steuerklasse IV, Kirchensteuer, gesetzlicher Krankenversicherung mit einem Zusatzbeitrag von 1,1 Beitragssatzpunkten im Land Baden-Württemberg. Das Verhältnis von Brutto- zu Nettoeinkommen wurde mithilfe eines Online-Rechners ([www.brutto-netto-rechner.info](http://www.brutto-netto-rechner.info)) für das Jahr 2021 ermittelt.

Tabelle 2 zeigt beispielhaft, welche Lohnersatzleistungen entsprechend dieser Regelungen gewährt würden, wenn eine Pflegeperson ihre Erwerbsarbeit zur Übernahme informeller Pflege

auf 20 Stunden (Mindestwochenarbeitszeit) bzw. 32 Stunden (Maximalwochenarbeitszeit) verringert. Bei einer verbleibenden Erwerbsarbeit von 20 Stunden resultieren also monatliche Lohnersatzleistungen von 268 bis knapp 800 Euro und ein auch nach Berücksichtigung dieser Lohnersatzleistung entstehender Einkommensverlust von gut 130 bis gut 470 Euro. Bei einer Reduktion der Erwerbsarbeitszeit auf 20 Stunden ergeben sich entsprechend verringerte Werte (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Auswirkungen einer Reduktion der Erwerbsarbeit auf 32 Stunden zur Übernahme informeller Pflege bei Gewährung einer Lohnersatzleistung gemäß den Regelungen des Antrags**

Vollzeit		Reduktion auf 32 Stunden					
Bruttoeinkommen	Nettoeinkommen	Bruttoeinkommen	Nettoeinkommen	Lohnersatzleistung	Gesamt	Einkommensverzicht	relativer Verzicht
1.000	799	800	639	107	746	53	8%
1.400	1.076	1.120	895	121	1.016	60	7%
1.800	1.306	1.440	1.100	138	1.238	68	6%
2.200	1.533	1.760	1.283	168	1.451	83	6%
2.600	1.755	2.080	1.466	194	1.660	95	7%
3.000	1.971	2.400	1.645	218	1.863	108	7%
3.400	2.180	2.720	1.820	241	2.061	119	7%
3.800	2.384	3.040	1.992	263	2.255	129	6%
4.200	2.582	3.360	2.160	283	2.443	139	6%
4.600	2.774	3.680	2.324	301	2.625	149	6%
5.000	2.969	4.000	2.484	301	2.785	184	7%

Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf eine kinderlose Person im Alter von 50 Jahren bei Ansatz von Steuerklasse IV, Kirchensteuer, gesetzlicher Krankenversicherung mit einem Zusatzbeitrag von 1,1 Beitragssatzpunkten im Land Baden-Württemberg. Das Verhältnis von Brutto- zu Nettoeinkommen wurde mithilfe eines Online-Rechners ([www.brutto-netto-rechner.info](http://www.brutto-netto-rechner.info)) für das Jahr 2021 ermittelt.

Zur Bewertung des Vorschlags und seiner Folgen kann die finanzwissenschaftliche Zieltrias der allokativen, distributiven und Stabilisierungsziele (Musgrave & Musgrave 1984) herangezogen werden

### 3.1.1 Allokative Effekte

Eine volkswirtschaftlich effiziente Ressourcenallokation ist dadurch gekennzeichnet, dass die vorhandenen Ressourcen in der in Bezug auf die gesellschaftlichen Bedürfnisse bestmöglichen Verwendung eingesetzt werden. Wird unterstellt, dass die Arbeitseinkommen – zumindest in

großen Teilen – auch das Humankapital und die Produktivität der Beschäftigten widerspiegeln, ist es ineffizient, wenn Tätigkeiten, die von geringer qualifizierten Personen ausgeführt werden können, von höher qualifizierten Personen ausgeführt werden. In dieser Logik würde eine Lohnersatzleistung, die die gleiche (Pflege)Tätigkeit höher honoriert, wenn sie von Hochqualifizierten ausgeübt wird, Fehlanreize in Bezug auf die effiziente Ressourcenallokation setzen.

Grundsätzlich gilt diese Überlegung aber auch für die Elternzeit. Dennoch wird gesellschaftlich akzeptiert (wenn nicht gar gefordert), dass auch Hochqualifizierte ihre Berufstätigkeit zeitweise einschränken, um Sorgearbeit zu übernehmen. Grund hierfür ist, dass es bei der Sorgearbeit eben nicht unerheblich ist, wer sie erbringt, und die Sorge für die eigenen Kinder allgemein als Aufgabe der Eltern angesehen wird. Für die Bewertung der Lohnersatzleistung in der Altenpflege ist es daher entscheidend, inwieweit hier die gleiche Logik angesetzt wird. In dem Ausmaß, in dem ein gesellschaftlicher Konsens darüber herrscht, dass die Pflege durch die eigenen Angehörigen ein Wert an sich ist, kann damit auch eine besondere Förderung der Übernahme von Pflege durch Angehörige mit höherem Einkommen gerechtfertigt werden.

Umgekehrt kann argumentiert werden, dass mit der Lohnersatzleistung Angehörigenpflege wieder zur Norm erhoben wird, während sich das gesellschaftliche Leitbild davon bereits ein Stück entfernt hat. So sei daran erinnert, dass etwas die japanische Frauenbewegung ein Pflegegeld als Bestandteil der japanischen Pflegeversicherung ausdrücklich abgelehnt hat, um tradierte Rollenzuschreibungen nicht zu verstärken (vgl. Fischer et al. 2021).

Im Ergebnis ist die Bewertung der allokativen Effekte einer Lohnersatzleistung daher von den zugrunde gelegten normativen Vorstellungen abhängig.

### **3.1.2 Distributive Effekte**

Die intergenerative informelle Pflege erfolgt immer noch überwiegend durch Frauen im Alter von 40-67 Jahren.<sup>1</sup> In Abbildung 1 ist daher das Nettoarbeitseinkommen von Frauen im Alter

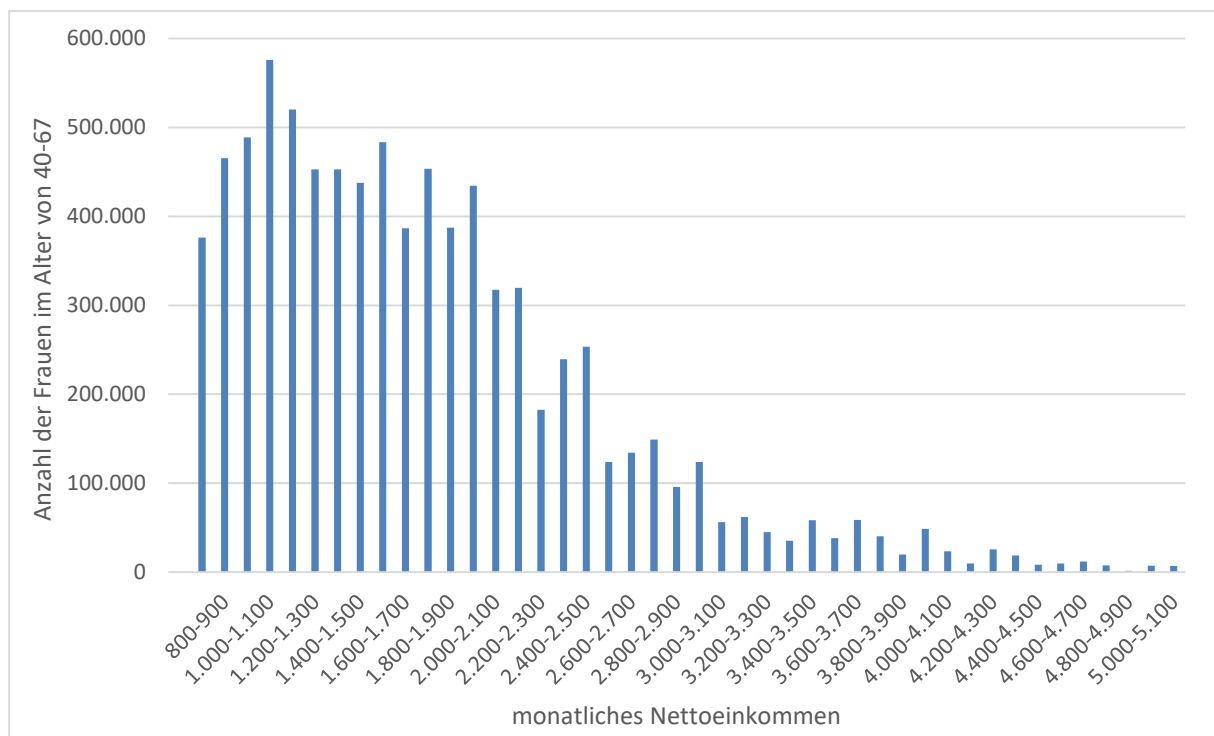
---

<sup>1</sup> Gemäß der Repräsentativerhebung von Kantar (2019: 97) sind 10 % der Hauptpflegepersonen Söhne und Schwiegersöhne, aber 29 %, also etwa dreimal so viel, Töchter und Schwiegertöchter. 90 % der Hauptpflegepersonen unter 64 Jahre sind dabei 40 Jahre und älter (ebd.: 99).



von 40 bis 67 Jahren angegeben. Der weit überwiegende Teil verfügt über ein monatliches Nettoarbeitseinkommen von weniger als 3.000 Euro. Aus diesem Grund sind die Einkommen in Tabelle 2 und Tabelle 3 auf diesen Wertebereich eingeschränkt.

**Abbildung 1: Nettoarbeitseinkommen von Frauen im Alter von 40 bis 67 Jahren**



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Daten des SOEP.

Tabelle 2 und Tabelle 3 zeigen die für Lohnersatzleistungen typischen *Verteilungswirkungen*. Die Höhe des Transfers steigt mit dem Einkommen, in Relation zum Status quo ergibt sich eine Umverteilung von unten nach oben. Wird allerdings auf den Einkommensverlust durch die Übernahme der Pflegetätigkeit und die damit verbundene Reduktion der Erwerbstätigkeit abgestellt, steigt auch dieser – in absoluten Beträgen – mit dem Einkommen. Der *relative* Einkommensverlust ist dagegen für alle Einkommensklassen in etwa gleich hoch. Auf der einen Seite wird die Übernahme der gleichen Pflegetätigkeit bei Personen mit höherem Einkommen also durch einen höheren Transfer honoriert, was als Verletzung von Gleichheitsgeboten angesehen werden kann, auf der anderen Seite ist das „relative Opfer“, d. h. der Anteil des Nettoeinkommens, der durch die Übernahme der Pflegetätigkeit verloren geht, gleich hoch, was als Ausweis

von Gleichbehandlung interpretiert werden kann. Die letztgenannte Betrachtung kann als normative Rechtfertigung für die sich ergebenden Verteilungswirkungen herangezogen werden.

### **3.1.3 Stabilisierungseffekte**

Die Begrenzung der Elternzeit auf drei Jahre kann damit begründet werden, dass Kinder regelmäßig mit zunehmendem Alter selbständiger werden und sich der erforderliche Zeitaufwand für die Sorgetätigkeit reduziert. Zudem stehen inzwischen Kinderbetreuungsangebote in einem Umfang zur Verfügung, dass eine zeitliche Begrenzung der Elternzeit sachlich gerechtfertigt werden kann.

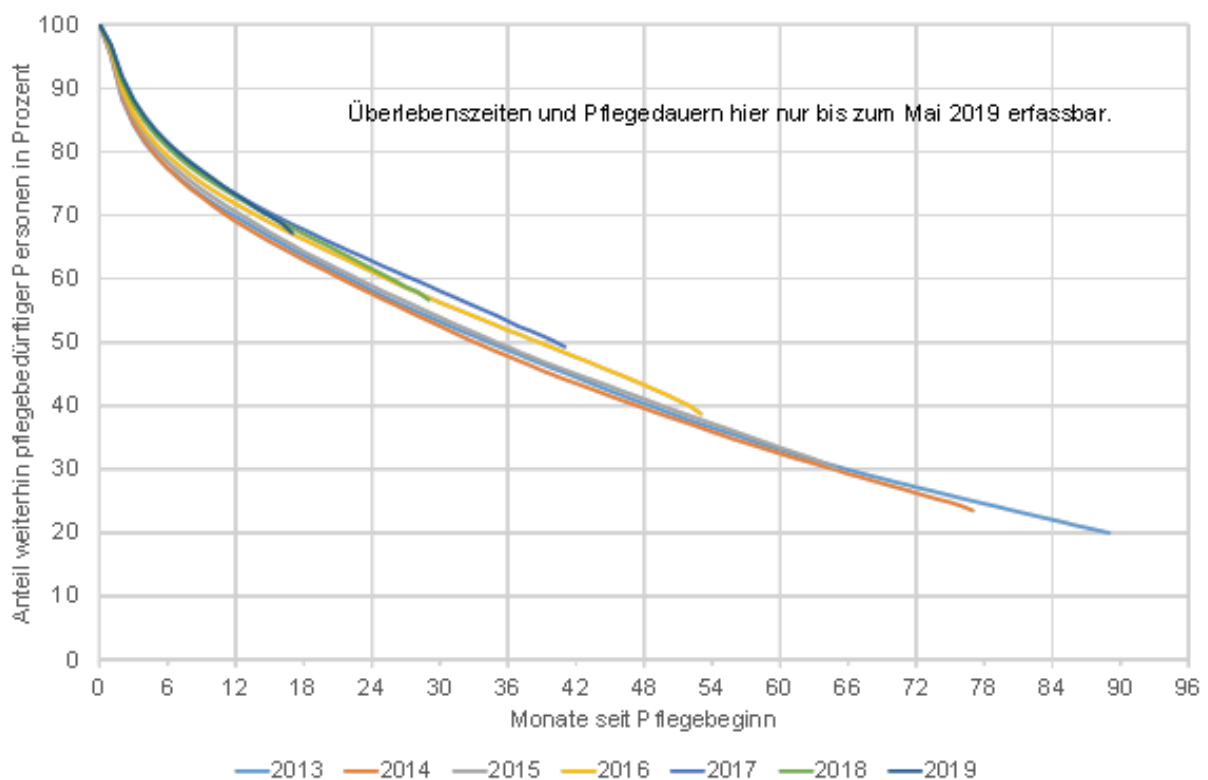
Dies ist bei der Langzeitpflege ganz anders. Zum einen sind progrediente Verläufe die Regel und nicht die Ausnahme, so dass im Zeitverlauf nicht mit abnehmenden Pflege-, Betreuungs- und Beaufsichtigungsumfängen zu rechnen ist, sondern damit, dass die Pflegebedürftigkeit in gleichen bzw. sogar steigendem Umfang bis zum Tod anhält. Zum anderen ist in jedem Einzelfall unklar, wie lange die Pflegebedürftigkeit andauern wird. Die vorgesehene Begrenzung der Pflegezeit Plus, die aus Gründen der Planbarkeit für den Arbeitgeber ebenso wie aus fiskalischen Gründen nachvollziehbar ist, ist daher für den Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen nicht sachgerecht.

Abbildung 2 zeigt die „Überlebenzeiten in Pflege“ nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Abgebildet sind die „Überlebenskurven“ der Pflegeeintrittskohorten der Jahre 2013 bis 2019. Da die verwendeten Routinedaten der BARMER lediglich bis Mai 2019 vorliegen, sind die Beobachtungsfenster für die neueren Kohorten kürzer als für die älteren. Gut zu sehen ist, dass nach drei Jahren etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen verstorben ist. Dabei ist ein klarer Trend erkennbar. Lebten von der Inzidenzkohorte 2013 nach drei Jahren noch 48,7 %, ist dieser Anteilswert mit jeder weiteren Kohorte monoton angestiegen und beläuft sich für die Inzidenzkohorte 2017 schon auf 53,3 % (Tabelle 4).

Bereits jetzt würde die Pflegezeit Plus-Regelung für mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen bedeuten, dass die Lohnersatzleistung nach dreijähriger Pflege ausläuft und dann womöglich ein anderes Pflegearrangement gefunden werden muss. Dabei

erhöht sich der Anteil der davon betroffenen Pflegehaushalte im Zeitverlauf noch weiter. Eine nachhaltige Lösung ist dies nicht.

**Abbildung 2: Dauer von Pflegebedürftigkeit**



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Routinedaten der BARMER für die Jahre 2013-2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

**Tabelle 4: Anteil der in Pflege Überlebenden für verschiedene Inzidenzkohorten**

Inzidenzjahr	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn							
	0	12	24	36	48	60	72	84
2013	100	69,8	58,2	<b>48,7</b>	40,3	33,0	27,2	22,0
2014	100	69,0	57,6	<b>47,8</b>	39,6	32,4	26,2	
2015	100	70,6	58,9	<b>49,2</b>	41,0	33,4		
2016	100	71,8	61,1	<b>51,9</b>	43,3			
2017	100	73,3	62,8	<b>53,3</b>				
2018	100	73,0	61,5					
2019	100	73,3						

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Routinedaten der BARMER für die Jahre 2013-2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

### 3.2 Pflegegeld 2.0: Finanztransfers in Abhängigkeit erbrachter Pflegeleistungen

Ein anderer Ansatz, um die ökonomische Situation pflegender Angehöriger zu verbessern, besteht darin, das Pflegegeld, das bislang an die Pflegebedürftigen ausgezahlt wird, in eine Leistung umzuwandeln, die direkt an die pflegenden Angehörigen ausgezahlt wird und deren Höhe sich danach bemisst, in welchem Umfang Pflegeleistungen erbracht werden. Ein entsprechender als „Pflegegeld 2.0“ bezeichneter Vorschlag wurde in einem Gutachten für die Initiative Pro-Pflegereform formuliert (Rothgang et al. 2019).

In seiner heutigen Ausgestaltung sieht § 37 SGB XI die Möglichkeit vor, Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI ganz oder teilweise durch ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen zu substituieren. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld „setzt [lediglich] voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Einer konkreten und überprüfbaren Zweckbindung unterliegt das Pflegegeld nicht. Angesichts der minimalen Anforderungen, die mit der Gewährung dieser Leistung verbunden sind, kann von einer weitgehenden Entkopplung des Pflegegeldbezugs vom Erhalt konkreter Pflegeleistungen ausgegangen werden. Zudem wird das Pflegegeld – wie beschrieben ohne konkrete Gegenleistungsverpflichtung – an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, die damit frei haushalten kann. Ob und inwiefern pflegende zivilgesellschaftliche Personen von diesen Leistungen profitieren können, ist somit unklar.

Wird die Äquivalenz von verpflichtender Pflegeübernahme und Entgelt zum Ausgangspunkt einer Reform gewählt, kann das Pflegegeld zu einer *Regelleistung für die Pflegepersonen* weiterentwickelt werden. Ein entsprechendes *Pflegegeld 2.0* könnte durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein. Das Pflegegeld wird

- weiterhin steuer- und beitragsfrei,<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Sollte eine steuer- und beitragsfreie Auszahlung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, müssten die Beiträge entsprechend angehoben werden. Den daraus entstehenden höheren Ausgaben der Pflegeversicherung stehen Beitragseinnahmen der Sozialversicherungsträger und des Fiskus in gleicher Höhe gegenüber. Durch

- nunmehr aber an die Pflegeperson und nicht mehr an die pflegebedürftige Person ausbezahlt – wie dies in einer Reihe europäischer Staaten, die Cash for Care-Leistungen vorsehen, bereits üblich ist,<sup>3</sup>
- unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gewährt und zwar
- nur, wenn im Gegenzug die Erbringung bestimmter als bedarfsnotwendig anerkannter Pflegeleistungen zugesagt wird.

Auf Seiten der Pflegepersonen wird die Auszahlung des weiterentwickelten Pflegegeldes nun also an eine Leistungsverpflichtung geknüpft, und auch die privaten Pflegepersonen werden im Rahmen der Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements auf genau definierte Leistungserbringungen kontrahiert. Damit besteht auch die Möglichkeit, sie auf eine regelmäßige und qualitativ angemessene Leistungserbringung und auf den Erwerb einer Basisqualifikation, auf Inanspruchnahme einer leistungsbezogenen Anleitung und auf eine Qualitätsprüfung zu verpflichten.

Der Bezugspunkt für die *Höhe des Pflegegeldes* kann über einen Äquivalenzziffer zwischen professioneller und Laien-Erbringung gesetzt werden. In früheren Arbeiten wurden hierfür 40 % des Wertes, den ein Anbieter professioneller Pflege für eine Leistung erhalten würde, vorgeschlagen. Der Anteilswert von 40 % lehnt sich an das derzeitige Verhältnis von Pflegegeld zu Sachleistungen an, berücksichtigt die nicht vorhandenen Sozialabgaben und stellt zudem sicher, dass Pflegepersonen, die alle Module selbst erbringen, durchschnittliche Leistungen in Höhe des bisherigen Pflegegeldes erhalten (Rothgang et al. 2019).<sup>4</sup> Selbstverständlich sind auch höhere Äquivalenzziffern möglich, die ein höheres Absicherungsniveau für die Pflegepersonen schaffen und damit dem Grundanliegen des Antrags „bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf durch eine PflegeZeit Plus“ Rechnung tragen.

---

entsprechende Ausgleichszahlungen ist eine beitrags- und steuerpflichtige Auszahlung daher auch dann beitragsneutral möglich.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu das Special Issue „Cash-for-care schemes in Europe“ der Zeitschrift “Social Policy and Administration” vom Juli 2010.

<sup>4</sup> Diese Berechnungen gehen allerdings davon aus, dass eine individuelle Bedarfsermittlung und Planung erfolgt, als deren Ergebnis auch in der häuslichen Pflege Bedarfe und korrespondierende Budgets resultieren, die in etwa den Kosten der vollstationären Pflege – bereits angepasst um die notwendigen Personalmehrungen – entsprechen.

Diese leistungsbezogene Honorierung informeller Pflege zielt auf eine vollständige Integration der zivilgesellschaftlichen Leistungserbringer als dauerhaften und verlässlichen Teil in die individuellen Pflegearrangements ab. Um diese Lösung so auszugestalten, dass Pflegeübernahme umfassend als Teil der Sorgearbeit anerkannt wird, ohne die Pflegepersonen mit zusätzlichen ökonomischen Risiken zu belasten, sind drei wesentliche strukturelle Anforderungen zu beachten und umzusetzen:

Erstens muss die Grundlage dafür geschaffen werden, dass die pflegenden An- und Zugehörigen auf ihren jeweiligen Teil der Erbringungsverantwortung verpflichtet werden können. Dazu sind *Kontrahierungsinstanzen* erforderlich, denen der Abschluss rechtlich bindender Vertragskonstellationen zwischen Laien und Pflegekassen übertragen werden kann. Gleichzeitig muss hiermit auch eine Sanktionsmöglichkeit verbunden sein, wenn die informellen Pflegepersonen ihrer Erbringungsverantwortung nicht (zuverlässig) nachkommen.

Zweitens muss eine Struktur geschaffen werden, wie die zivilgesellschaftlichen Leistungserbringer entsprechend ihrer übernommenen Tätigkeiten eine verpflichtende *Qualifikation* erhalten. Sie sollen – analog zur Pflege im Kinderbereich – eine Grundqualifikation und eine leistungsbezogene Anleitung als Voraussetzung für die Übernahme bestimmter Leistungen verbindlich nachzuweisen haben.

Drittens muss diese quantitative und qualitative Leistungsverpflichtung mit einem *Prüf- und ggf. Sanktionsmechanismus* hinterlegt werden.

### **3.2.1 Allokative Effekte**

Wird Altenpflege im Vorschlag zur Einführung einer PflegeZeit Plus analog zur Kindersorge gefasst, die in Relation zum Einkommensverzicht, der sich aus einer Kürzung der Erwerbsarbeit ergibt, honoriert werden muss, ist der Bezugspunkt für das Pflegegeld 2.0 die erbrachte Pflegeleistung. Bewertet wird also nicht der individuelle Verzicht, sondern der Wert der eingesetzten Arbeitszeit. Entsprechend werden die Leistungen pflegender Angehörige dem Postulat einer *gleichen Entlohnung für gleiche Arbeit* folgend nicht in Abhängigkeit vom entgangenen Erwerbseinkommen, sondern in Abhängigkeit vom Gegenwert der erbrachten Pflegeleistungen

honoriert. Dieser Gerechtigkeitsnorm entsprechend erhalten alle Pflegepersonen jeweils identische Entgeltzahlungen für identische Leistungen. Damit wird der Anreiz für Bezieher hoher Einkommen zur Übernahme der Pfl egetätigkeit im Vergleich zur PflegeZeit Plus reduziert, der Anreiz für Niedrigverdienende aber erhöht.

### **3.2.2 Distributive Effekte**

Distributive Norm des Pflegegeld 2.0 ist das Postulat gleichen Lohns für gleiche Arbeit. Eine Umverteilung von unten nach oben, die daraus resultiert, dass zuvor einkommensstärkere Personen für die Übernahme der Pflege einen höheren Transfer erhalten, erfolgt in diesem Modell nicht. Umgekehrt ist das relative Opfer, das einkommensstärkere Pflegepersonen durch die Übernahme der Pflege erbringen müssen, entsprechend höher als das der Pflegepersonen mit zuvor niedrigerem Erwerbseinkommen.

### **3.2.3 Stabilisierungseffekte**

Den größten Vorteil weist das Pflegegeld 2.0 gegenüber der PflegeZeit Plus in Bezug auf die Stabilisierung auf. Eine zeitliche Begrenzung des Pflegegeld 2.0 ist – ebenso wie beim derzeitigen Pflegegeld – nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Disruptive Veränderungen des Pflegearrangements, etwas der Umzug in ein Pflegeheim, wie er sich in Folge des Auslaufens der Lohnersatzleistung im Modell PflegeZeit Plus ergeben könnte, sind hier nicht zu erwarten. Die beim PflegeZeit Plus-Modell bestehenden Fragen hinsichtlich der Rückkehrrechte in den alten Arbeitsplatz, gilt es allerdings auch hier zu beantworten.

Das Pflegegeld 2.0 bietet zudem interessante Möglichkeiten zur Gestaltung der *sozialen Absicherung der Pflegepersonen in der Rentenversicherung*. Entspricht das Pflegegeld 2.0 den übernommenen Pfl egetätigkeiten, die monetär bewertet werden, kann es auch als Bezugspunkt für individuelle Rentenversicherungsbeiträge verwendet werden, die dann nicht mehr auf die Bezugsgröße und damit auf ein Durchschnittseinkommen abstellen müssen.

### 3.3 Gegenüberstellung

Der Vorschlag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen zielt auf die zum Elterngeld analoge Schaffung einer Lohnersatzleistung ab. Die dadurch ausgelösten redistributiven Wirkungen können (nur) dann als gerecht angesehen werden, wenn sie in Bezug auf die relativen Opfer, d.h. den durch die Übernahme der Pflege entstehenden relativen Einkommensverlust, bewertet werden. Allerdings führt die zeitliche Begrenzung der Lohnersatzleistung zu erheblichen Verwerfungen, weil sie in mehr als der Hälfte aller Fälle nicht ausreicht, um den gesamten Pflegeverlauf zu umfassen. Bei Auslaufen der Lohnersatzleistungen sind dann Änderungen in den Pflegearrangements zu erwarten. Gerade in der Altenpflege ist die Kontinuität der Pflegearrangements aber von großer Bedeutung.

Ein alternativer Ansatz, bei dem sich der Transfer an die Pflegepersonen an der Höhe der erbrachten Pflegeleistungen orientiert, führt zu anderen Verteilungswirkungen, die insbesondere dann positiv zu bewerten sind, wenn der aus der Erwerbsarbeit stammenden Maßgabe „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ gefolgt wird. Das Pflegegeld 2.0 hat zudem den entscheidenden Vorteil, dass es zeitlich nicht begrenzt werden muss. In seiner Höhe kann das Pflegegeld 2.0 je nach politischen Willen im Vergleich zur Ursprungskalibrierung auf das gewünschte Niveau skaliert werden.

## 4 Finanzielle Absicherung in der Rentenphase: Rentenplus für pflegende Angehörige

Die Umsetzung des Antrags der Fraktion DIE LINKEN führt insgesamt zu einer erheblichen Ausweitung der Beitragszahlungen der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse einer Abschätzung der finanziellen Folgen, die sich ergeben, wenn Rentenversicherungsbeiträge

- für die informelle Pflege aller Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5,
- unabhängig von der in Anspruch genommenen Hauptleistungsart und
- unabhängig davon, ob die Pflegeperson Altersrente bezieht und mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist,



- in Höhe der vorgeschlagenen Anteilswerte für die im Antrag angegebene Bezugsgröße für 2021

gewährt werden und dabei aus Vereinfachungsgründen unterstellt wird, dass jeder Pflegebedürftige über genau eine Hauptpflegeperson verfügt.

**Tabelle 5: Abschätzung der finanziellen Folgen des Reformvorschlags der Fraktion DIE LINKEN**

	Pflegebedürftige im Jahr 2019	Beitragssatz zur Rentenversicherung	Bezugsgröße 2021	Anteil an der Bezugsgröße	Beitragszahlung pro Pflegeperson und Monat	SPV-Ausgaben pro Jahr in Mrd. Euro
Pflegegrad 1	443.378	18,6%	3185	0,27	159,95	<b>0,851</b>
Pflegegrad 2	1.462.351	18,6%	3185	0,43	254,74	<b>4,470</b>
Pflegegrad 3	833.852	18,6%	3185	0,70	414,69	<b>4,149</b>
Pflegegrad 4	295.761	18,6%	3185	1,00	592,41	<b>2,103</b>
Pflegegrad 5	106.128	18,6%	3185	1,00	592,41	<b>0,754</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>3.141.470</b>					<b>12,328</b>

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den Werten des Beschlussantrags und der Zahl der Pflegebedürftigen zum 31.12.2019 gemäß Geschäftsstatistik der Pflegekassen<sup>5</sup>.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung für die Beitragszahlung an die Rentenversicherung würden sich demnach auf 12,3 Mrd. Euro pro Jahr belaufen. Im Vergleich zu den tatsächlichen Ausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2019 von 2,38 Mrd. Euro entspricht diese einer Ausgabensteigerung von annähernd 10 Mrd. Euro und damit rund einem Viertel der Leistungsausgaben dieses Jahres (Rothgang et al. 2020a: 120).

Dieser Betrag ist erheblich, allerdings stehen dem Mehreinnahmen der Rentenversicherung in gleicher Höhe gegenüber, so dass sich am Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz zunächst nichts ändert. Dies ändert sich aber sobald die – höheren – Renten ausgezahlt werden. Mittel- und langfristig ergibt sich somit eine erhebliche Steigerung der Sozialversicherungsausgaben, die allerdings zu einer Reduktion der Ausgaben für steuerfinanzierte Fürsorgeleistungen führen kann.

<sup>5</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_Februar-2021\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Februar-2021_bf.pdf).

Neben der Höhe der Mehrausgaben der Pflegeversicherung sind weitere Gesichtspunkte für die Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen von Bedeutung, die dabei im Einzelnen bewertet werden müssen.

#### **4.1 Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auch für die Pflege von Personen in Pflegegrad 1**

Der Pflegegrad 1 unterscheidet sich qualitativ von den Pflegegraden 2 bis 5. Im Beirat für die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und im nachfolgenden Expertenbeirat für die konkrete Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde dabei kontrovers diskutiert, ob für diesen Pflegegrad, der deutlich unterhalb der bis dahin die Eingangsschwelle zu Versicherungsleistungen markierenden Pflegestufe I liegt, Leistungen der Pflegeversicherung hinterlegt werden sollen. Im Ergebnis werden Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 von den „regulären“ Hauptleistungsarten (Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) sowie Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI) ausgeschlossen. Stattdessen werden für diese Personengruppe hilfsweise ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro in häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI) bzw. ein monatlicher Zuschuss von 125 Euro bei stationärer Pflege (§ 43 Abs. 3 SGB XI) gewährt. Vor diesem Hintergrund erscheint eine unterschiedliche Behandlung von Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 auch hinsichtlich der rentenrechtlichen Regelungen für informelle Pflegepersonen durchaus sachgerecht und die vorgeschlagene Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für entsprechende Pflegepersonen keineswegs zwingend.

#### **4.2 Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auch für Bezieher von Altersrenten als Vollrente**

Bei der Bewertung dieses Elements sind wiederum zwei Logiken zu unterscheiden.

Eingeführt wurden die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, um zu verhindern, dass die Übernahme informeller Pflege und eine damit einhergehende Reduktion der Erwerbsarbeit bzw. sogar ein vollständiger Verzicht auf Erwerbsarbeit zu Altersarmut der Pflegenden führt. Aus dieser Perspektive ist es zwar notwendig, dafür zu sorgen, dass bei Über-

nahme informeller Pflege während der Erwerbsphase Rentenversicherungsbeiträge in ausreichender Höhe abgeführt werden. Eine Erhöhung der Rentenanwartschaften durch Übernahme von Pflegetätigkeiten in der Rentenbezugsphase ist dagegen nicht notwendig. Aus dieser Perspektive wäre der Vorschlag der Fraktion DIE LINKEN daher abzulehnen.

Wird informelle Pflege dagegen als stärker als gleichwertige Alternative zur formellen Pflege betrachtet, wäre allein auf das Ausmaß der erbrachten Leistungen abzustellen – unabhängig vom Alter der Pflegenden bzw. davon, ob sie bereits Altersrente als Vollrente beziehen. Der vorgeschlagene Wegfall der Beschränkung der Rentenbeitragszahlungen auf Personen die noch keine Altersrente als Vollrenten beziehen, wäre dann sinnvoll. Ein weiterer Vorteil wäre, dass die bisherigen Regelungen der Flexirente obsolet würden, die eine Beitragszahlung für Pflegepersonen dann vorsehen, wenn nur bis zu 99 % der Altersrente bezogen werden. Diese Regelung ist zum einen nicht allen betroffenen Pflegepersonen bekannt und führt so zu Ungleichbehandlungen je nach Kenntnisstand sozialrechtlicher Details und ist zudem für potentielle Beziehende von Betriebsrenten unattraktiv, da diese regelmäßig an den Bezug einer Altersvollrente geknüpft sind, und es somit je nach Betriebsrentenanspruch zu einer weiteren Ungleichbehandlung kommt. Die vorgeschlagene Lösung ist daher einfacher und gerechter als die Flexirentenslösung und dieser vorzuziehen, wenn auf die Honorierung der erbrachten Pflegeleistung auch im Rentenrecht abgestellt werden soll und nicht lediglich auf eine Vermeidung von Altersarmut aufgrund verringerter Erwerbsbeteiligung aufgrund von Pflege in der Erwerbsphase.

#### **4.3 Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auch für Erwerbstätigen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden**

Für dieses Reformelement gilt grundsätzlich Analoges:

Soll die soziale Absicherung informeller Pflegepersonen in der Rentenversicherung lediglich Altersarmut der Pflegenden verhindern, ist dieses Risiko bei einer Verringerung der Erwerbstätigkeit von maximal 25 % weniger ausgeprägt, so dass auf Beitragszahlungen der Pflege- an die Rentenversicherung für pflegende Angehörige womöglich verzichtet werden kann. Allerdings ist die wöchentliche Arbeitszeit nur ein schlechter Indikator zur Vorhersage des Erwerbs-

einkommens und zudem vergleichsweise aufwändig zu erheben. Da der Anteil der Pflegepersonen, die wöchentlich mindestens 30 Stunden erwerbstätig sind und als Hauptpflegeperson fungieren, angesichts der erheblichen Zeitmenge, die dafür in der Regel aufgewendet werden muss (vgl. Hielscher et al. 2017; Rothgang & Müller 2018; Kantar 2019; Räker et al. 2020 für entsprechende Befragungsergebnisse), sehr klein sein dürfte, spricht auch aus pragmatischen Gründen viel dafür, das 30-Stunden-Kriterium – wie vorgeschlagen – zu streichen.

Wird die informelle Pfl egetätigkeit dagegen als funktionales Äquivalent für formelle Pflege angesehen, sollte nur das Ausmaß der erbrachten Leistungen entscheidend dafür sein, in welchem Umfang Rentenversicherungsbeiträge abgeführt werden. Als Bemessungsgrundlage wäre etwa auf den Betrag des bezogenen Pflegegeld 2.0 abzustellen – unabhängig davon, in welchem Umfang die entsprechende Person gleichzeitig erwerbstätig ist. Aus dieser Perspektive ist die Streichung der 30-Stunden-Regel eindeutig angezeigt.

#### **4.4 Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen unabhängig davon, ob die pflegebedürftige Person Geld- oder Sachleistungen in Anspruch nimmt**

Wie Tabelle 1 zeigt, unterscheidet sich das der Berechnung der Rentenversicherungsbeiträge zugrunde gelegte fiktive Einkommen der Pflegeperson in erheblichem Umfang danach, ob die entsprechende pflegebedürftige Person Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder eine Kombination aus beidem bezieht. Grundgedanke hierbei ist, dass informelle Pflegepersonen deutlich weniger Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen, wenn die Betreuung unter Einschluss eines Pflegedienstes erfolgt. Tatsächlich ist dieser Zusammenhang vom Gesetzgeber nie überprüft worden und kann empirisch nicht bestätigt werden. So haben Hielscher et al. (2019: 60) für die Pflegehaushalte, die Pflegesachleistungen in Anspruch genommen haben, einen durchschnittlichen wöchentlichen Zeiteinsatz der Pflegedienste von 8,4 Stunden ermittelt. Dem gegenüber steht ein Zeitaufwand allein der Hauptpflegeperson von 55 Stunden (ebd. 56) und von weiteren informell Pflegenden von 22 Stunden (ebd. 59, die angegebenen Tageswerte wurden jeweils auf eine Woche umgerechnet). Aufgrund des relativ geringen Zeitanteils, den Pflegedienste an der gesamten für Pflege und Betreuung eingesetzten Zeit einnehmen, ist eine so starke Differenzierung, wie sie derzeit – ausweislich der Werte in Tabelle 1 – vorgenommen

wird, nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich das Ausmaß informell erbrachter Pflege eher unwesentlich danach unterscheidet, ob Pflegedienste in die Versorgung eingeschlossen sind. Der Vorschlag, in Zukunft auf eine derartige Differenzierung zu verzichten, ist also sachgerecht.

#### **4.5 Höhe der Entgeltpunkte**

Wie schon Tabelle 1 in Abschnitt 2 zeigt, führt die Aufgaben der Erwerbsarbeit zugunsten einer Pflegetätigkeit für Personen mit zuvor durchschnittlichem Arbeitseinkommen zu erheblichen Einbußen bei der Rente. Anders ist dies bei einer Reduktion der Erwerbstätigkeit. Da die Rentenversicherungsbeiträge, die von der Pflegeversicherung abgeführt werden, nicht danach gestaffelt sind, in welchem Umfang die Pflegepersonen erwerbstätig bleiben, kann eine Kompensation in diesem Fall gelingen. Soll die Bereitschaft zur Aufgabe der Erwerbsarbeit zugunsten der informellen Pflege auch für Normalverdiener erhöht werden, ist eine Anhebung der von der Pflege- an die Rentenversicherung abgeführten Beiträge aber notwendig. Hierfür gibt es wiederum mehrere Optionen.

Beim Vorschlag der Fraktion DIE LINKEN werden die erworbenen Rentenversicherungsansprüche nach wie vor nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person gestaffelt, allerdings mit höheren Werten. Implizite Gerechtigkeitsvorstellung ist also – wie auch bei der derzeitigen Regelung –, dass ein höheres *Ausmaß an übernommener Pflegetätigkeit* höhere Rentenversicherungsansprüche begründen sollte. Wie bereits ausgeführt, ist der Pflegegrad aber ein schlechter Indikator für Art und Umfang der erbrachten Pflegeleistungen. Das Pflegegeld 2.0 wäre hierfür eine bessere Basis, da es sich am Umfang der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen bemisst.

Bei der rentenrechtlichen Berücksichtigung von Elternzeiten bleibt der *tatsächliche Umfang der Sorgearbeit dagegen unberücksichtigt* und alle Zeiten werden gleich behandelt, indem rentenrechtlich jeweils ein Entgeltpunkt für jedes Jahr der Elternzeit angesetzt wird.

Bemerkenswert ist schließlich, dass für die Berechnung der Rentenansprüche jeweils auf *Durchschnittseinkommen* Bezug genommen wird. Das gilt für den Status quo ebenso wie für

den Vorschlag LINKEN, die ebenfalls auf einen Anteilswert der Bezugsgröße abstellen und für die Elternzeit, bei der implizit einheitlich das Durchschnittseinkommen für die Ermittlung der erworbenen Rentenansprüche verwendet wird. Das Individualeinkommen vor der Übernahme der Pflege spielt dagegen keine Rolle. Damit unterscheidet sich die Logik einer derartigen Berechnung von der der Lohnersatzleistung. Sollte der Logik der Lohnersatzleistung gefolgt werden, müssten eine Kennziffer für das Ausmaß der übernommenen oder unterstellten Pflegetätigkeit auf das durch Übernahme der Pflege verringerte Individualeinkommen bezogen werden. Entsprechende Vorschläge werden in den vorliegenden Anträgen aber nicht gemacht.

#### **4.6 Hälfthige Übernahme der GKV-Beitragszahlung durch Rentenversicherung**

Dass die Rentenversicherung zwar den halben Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung übernimmt, nicht aber einen Anteil am Beitrag zur Pflegeversicherung, ist – wie vieles im deutschen Krankenversicherungssystem – „historisch gewachsen“, also als Ergebnis von Pfadabhängigkeit zwar zu erklären, nicht aber zu begründen. Die sich im Zeitverlauf wandelnden Regelungen zur Beitragszahlung von Rentnern waren dabei jeweils Ausfluss des Bemühens einen Zweig der Sozialversicherung zu Lasten eines anderen zu entlasten, eine Praxis, die auch als „Verschiebebahnhof“ (vgl. z.B. <http://wirtschaftslexikon.co/d/verschiebebahnhof/verschiebebahnhof.htm>) kritisiert wird.

Kranken- und Pflegeversicherung in dieser Beziehung unterschiedlich zu behandeln, ist aber normativ nicht zu rechtfertigen. Insofern erscheint eine Angleichung sinnvoll und ist der diesbezügliche Vorschlag im Antrag der LINKEN in diesem Punkt zielführend.

#### **4.7 Mindestrente für alle**

Ob eine Mindestrente für alle in der vorgeschlagenen Höhe eingeführt werden sollte, muss rentenpolitisch diskutiert werden. Nur um die Rentenhöhen für pflegende Angehörige anzuheben, ist dieser Vorschlag sicher zu weitgehend, da für diese spezifische Problemlage andere Optionen (s.o.) zur Verfügung stehen.

## 5 Literatur

- Fischer, Johanna / Kim, Hongsoo / Frisina Doetter, Lorraine / Rothgang, Heinz (2021): Social long-term care insurance: An idea traveling between countries? In: Frank Nullmeier/ Delia González de Reufels/ Herbert Obinger (eds.): International Impacts on Social Policy. Short Histories in a Global Perspective, Cham: Palgrave MacMillan, in print.
- Hielscher, Volker / Kirchen-Peters, Sabine / Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_363.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf).
- Kantar (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflege\\_beduerftigkeitsbegriff\\_Evaluierung/Evaluationsbericht\\_18c\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflege_beduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf).
- Musgrave, Richard A / Musgrave, Peggy B (1984): Public Finance in Theory and Practice. 4. edition, New York u.a.: McGraw-Hill.
- Räker, Miriam / Schwinger, Antje / Klauber, Jürgen (2020): Was leisten ambulante Haushalte. Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid Kuhlmeier / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje Schwinger (2020): Pflege-Report 2020. Berlin: Springer, 67-94.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2\\_Gutachten\\_AAPV\\_-\\_Langfassung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf).
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2021): Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 2: 6-15, im Erscheinen.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018): Pflegereport 2018. BARMER: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf>.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Preuß, Benedikt (2020a): Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. BARMER: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 26. <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf>.
- Rothgang, Heinz / Wolf-Ostermann, Karin / Domhoff, Dominik / Heinze, Franziska / Heß, Moritz / Kalwitzki, Thomas / Ratz, Katrin / Schmidt, Annika / Seibert, Kathrin / Stolle, Claudia / Wiegelmann, Henrik (2020b). Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Schnellbericht. [https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht\\_Befragung\\_pfleger\\_Angewandter\\_-\\_print.pdf](https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht_Befragung_pfleger_Angewandter_-_print.pdf).

Sachverständigenkommission für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2017): Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.

<https://www.gleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/17.7/7/6ed793.pdf>.

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199005.xlsx;jsessionid=F13E9979E711F2FBAC63626E0C0E7B2E.live721?\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199005.xlsx;jsessionid=F13E9979E711F2FBAC63626E0C0E7B2E.live721?_blob=publicationFile).

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht des Beirats. [https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster Bericht des unabhaengigen Beirats 2019.pdf](https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster_Bericht_des_unabhaengigen_Beirats_2019.pdf).