

WISO

Januar 2015

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

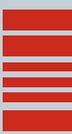


Soziale Sicherung unter dem Brennglas

Altersarmut und Alterssicherung
bei Beschäftigten im deutschen
Sozialsektor



Gesprächskreis
Sozialpolitik



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Soziale Sicherung unter dem Brennglas

Altersarmut und Alterssicherung
bei Beschäftigten im deutschen
Sozialsektor

Florian Blank

Susanne Eva Schulz

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Vorbemerkung	4
Kurzfassung	5
1. Einleitung	6
2. Das deutsche System der Alterssicherung: Altersarmut in Sicht?	8
2.1 Die Rückkehr der Altersarmut?	10
2.2 Die Analyse der Alterssicherung im Sozialsektor	12
3. Der Sozialsektor zwischen Aufwertung und Einschränkungen	15
4. Alterssicherung im Sozialsektor	19
4.1 Erzieher_innen	19
4.1.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus	19
4.1.2 Einkommen	21
4.1.3 Erwerbskarriere	21
4.1.4 Zwischenfazit	22
4.2 Altenpfleger_innen	22
4.2.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus	23
4.2.2 Einkommen	25
4.2.3 Erwerbskarriere	26
4.2.4 Zwischenfazit	27
4.3 Krankenpfleger_innen	28
4.3.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus	28
4.3.2 Einkommen	30
4.3.3 Erwerbskarriere	31
4.3.4 Zwischenfazit	32
4.4 Ärzt_innen	33
4.4.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus	33
4.4.2 Einkommen	34
4.4.3 Erwerbskarriere	35
4.4.4 Zwischenfazit	35
5. Exkurs: Care im privaten Bereich	36
6. Fazit	38
Literaturverzeichnis	40
Die Autor_innen	44

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autor_innen in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Fax 0228 883 9205 | www.fes.de/wiso | Gestaltung: pellens.de | Fotos: Fotolia | Druck: bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei | ISBN: 978-3-95861-047-7 |

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung des Sicherungsniveaus	8
Abbildung 2: Entwicklung der Armutrisikoquote für Ältere (65 Jahre und älter)	11
Abbildung 3: Entwicklung des Durchschnittsentgelts in der Gesetzlichen Rentenversicherung (1990-2014)	13
Abbildung 4: Entwicklung des aktuellen Rentenwerts (1990-2014)	13
Abbildung 5: Entwicklung von Beschäftigung und reduzierter Arbeitszeit im Pflegedienst	29
Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigung im Pflegedienst (Vollzeitäquivalente) nach Krankenhausträger	30
Abbildung 7: Entwicklung der Beschäftigung im ärztlichen Dienst (Vollzeitäquivalente) nach Krankenhausträger	34
Abbildung 8: Entwicklung von Beschäftigung und reduzierter Arbeitszeit im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern	34
Tabelle 1: Beschäftigte im Sozialsektor sowie Anteil von Beschäftigten mit reduzierter Arbeitszeit	17
Tabelle 2: Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen 2008 und 2013	20
Tabelle 3: Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen 2013	20
Tabelle 4: Beschäftigte in der stationären Pflege 2011	23
Tabelle 5: Trägerstruktur in der Altenpflege	24
Tabelle 6: Beschäftigte in der ambulanten Pflege 2011	24
Tabelle 7: Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 2013; Anteile nach Geschlecht und nach Beschäftigungsstatus	29
Tabelle 8: Ärztlicher Dienst in allgemeinen Krankenhäusern; Anteile nach Geschlecht und nach Beschäftigungsstatus	33
Tabelle 9: Tarifentgelte Ärzte Stufe 1 oder Ä1	35

Vorbemerkung

Die Bedeutung des Sozialsektors nimmt zu. Nicht nur der viel zitierte demografische Wandel trägt dazu bei, sondern auch gesellschaftliche Entwicklungen und der damit einhergehende steigende Bedarf an sozialer Infrastruktur. Wenn etwa die Erwerbsbeteiligung gesteigert werden soll, braucht dieses Land mehr qualitativ gute und zugängliche Sorgeeinrichtungen, beispielsweise Kindergärten oder Pflegeeinrichtungen. Ein Sozialsystem, das sich vorrangig auf die familiäre – meist weibliche – Sorgearbeit stützt, kann keine Zukunft haben.

Voraussetzung für eine professionelle und hochwertige soziale Infrastruktur sind die Beschäftigten. Letztlich können nur professionelle Mitarbeiter_innen für die erforderliche Qualität in den Einrichtungen sorgen. Das heißt auch, dass die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung stimmen müssen. Es heißt ebenfalls, dass die Beschäftigten die Perspektive auf eine ausreichende Alterssicherung haben sollten.

Die vorliegende Studie von Dr. Florian Blank und Susanne Eva Schulz nimmt den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Sozialsektor und ihrer sozialen Absicherung im Alter in den Blick. Dieser spezifische Blick lohnt, denn die Beschäftigungsverhältnisse im Sozialsektor, insbesondere in Sorgeeinrichtungen, sind symptomatisch für viele Wirtschaftsbereiche. Eine hohe Teilzeitquote, physische und

psychische Belastungen, frühe Austritte aus dem Erwerbsleben sowie eine niedrige Bezahlung – kurz: atypische Beschäftigungsverhältnisse und diskontinuierliche Erwerbsverläufe – finden sich in vielen Bereichen des deutschen Arbeitsmarktes. Eben diese Beschäftigungsverhältnisse stellen eine Herausforderung für das statusorientierte deutsche Alterssicherungssystem dar. An dieser Stelle besteht politischer Handlungsbedarf für die Zukunft.

Ich danke den Autor_innen für die gute Zusammenarbeit. Ich danke ihnen ebenfalls, dass sie in dem vorliegenden Text die besondere Situation von weiblichen Beschäftigten im Sozialsektor herausgearbeitet haben. Es ist nicht möglich, über die Situation der Beschäftigten im Sozialsektor zu sprechen, ohne eine geschlechterpolitische Perspektive einzunehmen.

Diese Publikation ist Teil einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen der Friedrich-Ebert-Stiftung zu arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Fragen. Diese Publikationen sind auf der Internetseite www.fes.de erhältlich. Ich hoffe, dass Sie den Text mit Gewinn lesen.

Severin Schmidt

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Kurzfassung

In Deutschland wurde in den vergangenen Jahren vermehrt über die Wiederkehr der Altersarmut diskutiert. Ausgangspunkt hierfür sind u. a. die politisch verantwortete Senkung des Leistungsniveaus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und der Übergang zum sogenannten „Drei-Säulen-Modell“ sowie die Beobachtung, dass Menschen aufgrund von veränderten Erwerbsbiografien zunehmend geringere Rentenansprüche erwerben und Elemente des sozialen Ausgleichs in der GRV abgebaut wurden.

Die vorliegende Analyse rückt die Alterssicherung von Beschäftigten im Sozialsektor ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Diesem Sektor wird eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zugeschrieben. Zugleich war er in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten Gegenstand einer Vielzahl von Reformmaßnahmen, die auch negative Folgen für die Beschäftigungsbedingungen hatten. Es besteht daher die Gefahr, dass Beschäftigte im Sozialsektor Leidtragende sowohl der rentenpolitischen Reformen sind als auch in Bezug auf ihre Arbeit infolge sozialpolitischer Umbauten zunehmend Probleme haben, ausreichende Ansprüche gegenüber dem Alterssicherungssystem zu erwerben.

Im Anschluss an allgemeine Überlegungen zur deutschen Alterssicherungspolitik und zum Wandel im Sozialsektor werden vier Berufsgruppen genauer betrachtet: Erzieher_innen, Altenpfleger_innen, Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen. Für diese Berufsgruppen werden Daten und Studien ausgewertet, die Aufschluss über ihre Einkommenssituation und Beschäftigungsbedingungen

geben. Dabei ist die zentrale Frage, ob und inwiefern eine rentenrechtlich gelungene Erwerbskarriere für diese Beschäftigten möglich ist.

Zentrales Ergebnis ist, dass für Beschäftigte im Sozialsektor der Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung zwar grundsätzlich möglich ist (bei erheblichen Differenzen zwischen den hier betrachteten Berufsgruppen). Voraussetzungen dafür sind aber eine Bezahlung nach Tarif, dass es sich um Vollzeitbeschäftigung handelt und ein langer Verbleib im Beruf gelingt. Alle drei Aspekte sind aber problematisch angesichts einer abnehmenden Tarifbindung im Sozialsektor und eines Bedeutungsverlusts der „Leitwährung“ TVöD, einem hohen – teils zunehmenden – Anteil an Teilzeitbeschäftigung und belastenden Arbeitsbedingungen. Zusammengenommen zeigt sich, dass für viele Beschäftigte dieser Sektor mit Blick auf die Alterssicherung keine guten Aussichten bietet.

Von dieser Situation sind vor allem Frauen betroffen, die im Sozialsektor die Mehrheit der Beschäftigten stellen. Die Kombination von rentenrechtlich wenig ergiebiger Beschäftigung mit Phasen der Erziehungs- und Pflegearbeit – die nach wie vor häufiger von Frauen übernommen werden – führt dazu, dass insbesondere Frauen Probleme haben, eine eigenständige Alterssicherung aufzubauen.

Abschließend geht die Studie auf Handlungsmöglichkeiten ein. Neben Handlungswegen im Rentensystem – die auch Beschäftigten außerhalb des Sozialsektors zugute kommen –, sind Lösungen innerhalb des Sektors zu suchen, bei verbesserter Entlohnung und besseren Arbeitsbedingungen.

1. Einleitung

Die Große Koalition hat sich ausweislich ihres Koalitionsvertrages in der Alterssicherungspolitik einiges vorgenommen (CDU et al. 2013: 71-74). Mit dem zum 1.7.2014 in Kraft getretenen Rentenpaket ist bereits ein Teil der Vorhaben umgesetzt worden, wie die „Rente mit 63“, die Verbesserung der „Mütterrente“ sowie Verbesserungen bei den Erwerbsminderungsrenten und im Rehabereich. Das Rentenpaket ist insofern eine Abkehr von der Rentenpolitik der vergangenen Jahre, als dass erstmals seit längerem Leistungsverbesserungen umgesetzt wurden und damit die Konzentration auf die Beitragssatzstabilität gemildert wurde. Die Leistungsverbesserungen sind aber sowohl inhaltlich als auch aufgrund der rechtlichen Voraussetzungen bezüglich des Personenkreises, der in den Genuss der Leistungen kommt, beschränkt. Das Rentenpaket stellt vor allem keine Abkehr von zentralen Entscheidungen der vergangenen Jahre dar, allenfalls wird der verfolgte Reformpfad in Details gemildert: Die allgemeine Einschränkung des Leistungsniveaus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) wird nicht zurückgenommen, sondern durch Rückwirkungen der (beschränkten) Leistungsausweitungen auf kommende Rentenanpassungen eher verschärft. Auch die „Rente mit 63“ – der vorzeitige abschlagsfreie Bezug von Altersrenten unter bestimmten Voraussetzungen, wobei überdies auch diese Altersgrenze auf 65 Jahre angehoben wird – ist keine Abkehr von der Rente mit 67, sondern eine Sonderregelung innerhalb des reformierten Systems.

Eine grundlegende Umorientierung scheint aber dringend geboten. In den vergangenen Jahren ist vielfach auf die negativen sozialen Folgen der Rentenreformen seit 2001 hingewiesen worden und sogar auf die Gefahr einer Wiederkehr von Altersarmut in Deutschland als gravierendem sozialen Problem. Diese Entwicklung ist einerseits durch die politische Entscheidung be-

dingt, das Leistungsniveau der GRV abzusenken. Zur Kompensation dieser Senkung sollen Beschäftigte seither die betriebliche Altersversorgung (bAV) nutzen oder staatlich geförderte private Vorsorgeverträge abschließen (Riester-Rente). Die bAV hat durch den Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung in Teilen den Charakter eines Mittels der individuellen Absicherung gewonnen. Andererseits erwerben jüngere Generationen aufgrund anderer, fragmentierter Lebenswege geringere Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung als frühere Generationen und können zugleich weniger stark als in vergangenen Jahrzehnten darauf vertrauen, dass Zeiten der Ausbildung oder der Erwerbslosigkeit rentenrechtlich ausgeglichen werden.

Die vorliegende Expertise untersucht das Zusammenspiel von Alterssicherung und Beschäftigung in einem Bereich, dem zunehmend mehr Bedeutung zugesprochen wird. Analysiert wird die Alterssicherung – bzw. deren Voraussetzungen – von Beschäftigten im Sozialsektor. Der Sozialsektor hat nicht nur große Bedeutung für die Lebensqualität und Sicherheit der Bevölkerung und trägt nicht nur allgemein zum Ziel sozialen Ausgleichs und sozialer Gerechtigkeit bei. Ihm wird außerdem eine große volkswirtschaftliche Bedeutung zugeschrieben: als Wirtschaftssektor aus eigenem Recht, als Bereich, in dem das gesellschaftliche Humankapital gebildet oder wiederhergestellt wird und dem ein hohes Innovationspotenzial bescheinigt wird.

Im Zentrum stehen Beschäftigte in den Bereichen Erziehung, Alten- und Krankenpflege sowie im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern. Die Analyse dieser „Care“-Berufe wird ergänzt durch einen Exkurs zu Absicherung privater Sorgearbeit aufgrund der nach wie vor großen Bedeutung der informellen Erbringung solcher Dienstleistungen. Der Sozialsektor war in den vergangenen Jahren Gegenstand einer Reihe von Reformen, die unter

anderem mit Konzepten wie Privatisierung, Kostendämpfungspolitik, Rationalisierung und Vermarktlichung, aber auch Professionalisierung in Zusammenhang gebracht werden. Auch wenn der Einfluss politischer Reformen und gesellschaftlicher Entwicklungen auf die konkreten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten nicht immer völlig eindeutig ist, stellt eine Reihe von Studien fest, dass die Arbeitsbelastung in vielen Teilen des Sozialsektors auch als Folge politischer Rahmensetzungen zugenommen hat.

Das deutsche System der Alterssicherung ist aber nach wie vor – und sogar wieder zunehmend mehr – an eine gelungene Erwerbskarriere und gute Arbeit gekoppelt (Blank/Schulze Buschhoff 2013): Unterbrechungen der Erwerbsarbeit, insbesondere längere Phasen der Arbeitslosigkeit, aber auch Kindererziehungszeiten können so empfindliche Auswirkungen auf spätere Alterseinkommen haben. Die Beschäftigten im Sozialsektor könnten so die Leidtragenden gleich zweier sozialpolitischer Entwicklungen sein: Sie werden, wie andere Beschäftigte auch, mit geänderten rentenrechtlichen Regelungen und der Aufforderung zur Eigenvorsorge konfrontiert und sind zugleich Neuregulierungen und Umstrukturierungen ihres Arbeitsumfeldes ausgesetzt, durch die es ihnen schwieriger gemacht wird, den neuen Anforderungen zu genügen.

Die Expertise beruht auf einer Auswertung einer Reihe von Datenquellen und Studien zu Beschäftigungsstrukturen, Einkommen und Arbeitsbedingungen im Sozialsektor, die unter dem Blickwinkel der künftigen Absicherung im Alter ausgewertet werden. Dabei wird einerseits die Frage nach der Entlohnung eine Rolle spielen, da Rentenansprüche nach wie vor der individuellen Position im Lohngefüge der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten folgen. Andererseits werden auch Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen einbezogen, da eine lange Berufskarriere mit wenigen Unterbrechungen nach wie vor zu einem ausreichenden (wenn auch nicht notwendigerweise individuell befriedigenden) Alterseinkommen beitragen kann.

Die Expertise ist wie folgt gegliedert: Auf eine allgemeine Einführung zum deutschen System der Alterssicherung und zum Problem der Altersarmut (2.) folgt ein Überblick über allgemeine Entwicklungen, die den deutschen Sozialsektor betreffen (3.). Das bildet die Grundlage für die Analyse von Einkommen und Arbeitsbedingungen für vier Berufsgruppen: Erzieher_innen, Altenpfleger_innen, Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen (4.) sowie einen Exkurs zu Absicherung von privater Sorgearbeit (5.). Die Analyse wird in einem Fazit zusammengefasst und beurteilt (6.).

2. Das deutsche System der Alterssicherung: Altersarmut in Sicht?

Zentraler Pfeiler des deutschen Systems der Alterssicherung ist die GRV. Sie soll für die meisten Beschäftigten im Zusammenspiel mit bAV bzw. privater, staatlich geförderter Vorsorge (Riester-Rente) für die Sicherung des Lebensstands im Alter sorgen. Der Übergang zu diesem System, das oft als „Drei-Säulen-Modell“ bezeichnet wird, folgte aus der Grundentscheidung, das Sicherungsniveau der GRV zu reduzieren. Damit sollte der erwartete Anstieg der Beitragssätze gemildert werden, der als übermäßige Belastung empfunden wurde.¹ Die Lücke zwischen sinkenden Leistungen der GRV und politisch gewünschtem Sicherungsniveau soll durch die kapitalgedeckten Vorsorge Wege geschlossen werden. Abbildung 1 illustriert diese Entwicklung – es handelt sich hier um Berechnungen aus dem Rentenbericht der Bundes-

regierung, wobei die zugrunde liegenden Annahmen jedoch als sehr voraussetzungsvoll gelten müssen und entsprechend kritisiert werden. Dies betrifft sowohl die Figur des Standardrentners mit 45 Jahren Beitragszahlung aus Durchschnittsverdienst, wie auch die Annahmen zur Entwicklung der kapitalgedeckten Altersvorsorge.

Mit Blick auf die GRV darf jedoch nicht nur deren durch Reformen geschwächte Leistungsfähigkeit diskutiert werden. Untersuchungen zeigen außerdem, dass immer mehr Menschen geringere Ansprüche an die Rentenversicherung erwerben. Darin spiegeln sich veränderte Lebensläufe wie ein höheres Risiko von Mitgliedern jüngerer Kohorten, arbeitslos zu werden, aber auch längere Bildungszeiten (Trischler 2012). Zugleich sind rentenrechtliche Änderungen vorgenommen worden,

Abbildung 1:

Entwicklung des Sicherungsniveaus



Hinweise/Annahmen:

Rechnung für Standardrentner (45 Jahre Beitragszahlung aus Durchschnittsverdienst)

Altersvorsorgeaufwand beträgt 4 %

Verzinsung der Riester-Rente mit 4 % p. a., Verwaltungskosten 10 %

Riester-Rente wird in der Auszahlungsphase wie Rente aus der GRV angepasst

Für Rentenzugänge vor 2010 wird kein Riester-Vertrag unterstellt

Quelle: eigene Darstellung; Daten: BMAS 2014: 39/Übersicht B8.

1 Zur Reform siehe Schmähl (2007).

durch die Phasen ohne Erwerbsarbeit häufig weniger Berücksichtigung erfahren (Blank/Schulze Buschoff 2013: 314-315). Insbesondere sind Zeiten der Arbeitslosigkeit, aber auch Ausbildungszeiten abgewertet worden. Aufgewertet worden sind dagegen Zeiten der Kindererziehung – zuletzt im Rahmen des sogenannten Rentenpakets im Sommer 2014 – und, in geringerem Umfang als Kindererziehungszeiten, Pflegezeiten.

Die durch die Rentenniveausenkung entstandene Versorgungslücke sollen Beschäftigte und ihre Angehörigen durch Eigenvorsorge ausgleichen. Daten zum „Drei-Säulen-Modell“ legen nahe, dass diese Absicherung nicht in allen Bevölkerungsteilen gleich gut gelingt und auch an der künftigen Leistungsfähigkeit und Effizienz der kapitalgedeckten Sicherungszweige bestehen Zweifel. Insbesondere ist hervorzuheben, dass ein Teil der Beschäftigten keine zusätzliche Vorsorge betreibt (bzw. betreiben kann) und die Nutzung

sowohl der privaten Vorsorge wie auch der betrieblichen Altersversorgung unter anderem eng mit dem Einkommen verbunden sind – je höher das Einkommen, desto eher ist auch eine zusätzliche Altersvorsorge vorhanden (Blank 2011, 2013). Als Folge des Übergangs in das „Drei-Säulen-Modell“ ist damit auch eine Ausdifferenzierung der Lebenslagen im Alter zu erwarten. Diese folgt nicht nur aus unterschiedlichen individuellen Einkommenssituationen und den Möglichkeiten zu sparen sowie unterschiedlichen Lebensentwürfen, sondern auch aus der „Angebotsstruktur“ an Vorsorgemöglichkeiten und -produkten: Bei einer Entscheidung für die private Vorsorge muss zwischen einer Vielzahl von Produkten gewählt werden. Im Falle der bAV hängen die Möglichkeiten und Bedingungen der Absicherung vom jeweiligen Betrieb und bei tarifgebundenen Betrieben vom Tarifvertrag ab.

Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Die bAV wird durch den/die Arbeitgeber_in organisiert. Die Finanzierung erfolgt durch den/die Arbeitgeber_in, durch die Beschäftigten oder durch beide Seiten. Seit der Rentenreform 2001 haben Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung. Sie können entscheiden, einen Teil ihres Entgelts in die bAV zu lenken. Damit ist die bAV nicht mehr nur Gegenstand der Personalpolitik des/der Arbeitgeber_in, sondern kann auch als Mittel individuellen Sparens genutzt werden. Tarifvertraglich vereinbarte Entgelte können nur umgewandelt werden, wenn ein Tarifvertrag das zulässt (Tarifvorbehalt). Die Tarifparteien haben die Entgeltumwandlung in einer Vielzahl von Tarifverträgen geregelt.

Daten zeigen, dass die bAV nur einen Teil der Beschäftigten erreicht: In der Privatwirtschaft verfügt die Hälfte der Betriebe über ein Angebot einer bAV, zugleich ist die Hälfte der Beschäftigten abgesichert (TNS Infratest 2012). Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen Branchen und Betrieben festzuhalten. Wird der öffentliche Dienst einbezogen, erhöht sich die Verbreitung auf 59,5 Prozent der Beschäftigten (Männer 59,2 Prozent, Frauen 59,8 Prozent). Die Teilnahme an der tarifvertraglich regulierten Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes ist – mit wenigen Ausnahmen – für die Beschäftigten verpflichtend.

Die bAV durch Entgeltumwandlung wird von rund einem Fünftel der Beschäftigten genutzt. Daten zur Verbreitung der Entgeltumwandlung und der bAV allgemein lassen aber noch keine Rückschlüsse auf den Umfang und die Bedingungen der Absicherung zu.

Die verfügbaren Studien lassen nur begrenzt Aussagen über den Sozialsektor bzw. einzelne Bereiche des Sektors zu. In dem Sektor bestehen zudem Einrichtungen des öffentlichen Dienstes mit Zusatzversorgung neben privatrechtlichen Einrichtungen. Die Arbeitskostenstatistik des Statistischen Bundesamtes 2008 hält einen Anteil der Beschäftigten mit bAV für alle Wirtschaftsbereiche von 50,7 Prozent fest (Anteil der Unternehmen mit bAV-Anwartschaften: 78,7 Prozent; Anteil der Beschäftigten mit Entgeltumwandlung: 19,8 Prozent). Für die „nicht marktbestimmten“ Dienstleistungen werden 71,1 Prozent angegeben (79,0 Prozent; 9,3 Prozent). Im Wirtschaftszweig „Erziehung und Unterricht“ sind 91,0 Prozent der Beschäftigten abgesichert (k. A.; 1,2 Prozent), im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen 57,4 Prozent (83,4 Prozent; 15,3 Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011: 73).

Auf individueller Ebene ist festzuhalten, dass die bAV mit steigendem Einkommen eher verbreitet ist.

Die Leistungsfähigkeit des deutschen Systems der Alterssicherung muss entsprechend kritisch beurteilt werden. Während Personen mit langen, stabilen Erwerbskarrieren, die zudem noch über eine gute Zusatzversorgung verfügen, nach wie vor ausreichend abgesichert sind, sind Lebensläufe mit Phasen der Erwerbslosigkeit, geringfügiger Beschäftigung und/oder prekärer Selbstständigkeit zunehmend schlecht abgesichert: Gesellschaftliche Entwicklung und insbesondere die Arbeitsmarktentwicklung und das soziale Sicherungssystem interagieren zunehmend schlechter miteinander. Jessoula und Hinrichs (2012: 239) ordnen das deutsche Alterssystem im Rahmen einer europäischen Vergleichsstudie entsprechend als „dis-integrating system“ ein; es sei gekennzeichnet durch „institutional maladjustment of pension architecture to changed labour market conditions“.

Ärzteversorgung

Für Ärzt_innen wird in Deutschland die Alterssicherung durch berufsständische Versorgungswerke organisiert. Die Versorgungswerke übernehmen für diese Berufsgruppe die Funktion der ersten Säule. Ärzt_innen sind zur Teilnahme an diesen Versorgungseinrichtungen verpflichtet. Sie können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der GRV befreien lassen. Andernfalls wären sie doppelt abgesichert.

Diese Versorgungswerke sind öffentlich-rechtliche, selbstverwaltete, teilsrechtsfähige Einrichtungen der Ärztekammern. Ihre Leistungen umfassen Altersrenten und Berufsunfähigkeitsrenten, Zuschüsse zur Rehabilitation und Hinterbliebenenrenten. Die Finanzierung erfolgt aus einkommensbezogenen Beiträgen und wird durch kapitaldeckende Verfahren mit Umlageelementen umgesetzt. Im Unterschied zur GRV werden keine Zuschüsse aus Steuermitteln geleistet. Für angestellte Ärzt_innen betrug der Beitrag 2014 analog zum Beitrag zur GRV 18,9 Prozent des Bruttoentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Für selbstständige Ärzt_innen gelten abweichende Regelungen.

Ansprüche für Erziehungszeiten (sogenannte Mütterrente) werden auch für Ärzt_innen innerhalb der GRV aufgebaut.

Die Rentenversicherung und ihre Leistungen sind aus Beschäftigtensicht noch aus einem anderen Blickwinkel unter Beschuss geraten: Mit dem Ziel einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit wird das Renteneintrittsalter schrittweise angehoben (Rente mit 67). Diese Anhebung betrifft nicht nur die Regelaltersrenten, sondern auch die Altersrente für Schwerbehinderte. Die Altersrente für Frauen und die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit, die eigene Altersgrenzen hatten, laufen aus. Weitere Möglichkeiten des früheren Ausstiegs aus dem Erwerbsleben wurden eingeschränkt oder abgeschafft („58er“-Regel, staatliche Förderung der Altersteilzeit). Schließlich wurden auch die Erwerbsminderungsrenten dergestalt reformiert, dass der Zugang erschwert wurde und das Rentensystem keinen Berufsschutz mehr bietet.

2.1 Die Rückkehr der Altersarmut?

In den vergangenen Jahren ist infolge der rentenpolitischen Reformen und der Arbeitsmarktentwicklung vermehrt auf die Gefahr einer künftigen Wiederkehr der Altersarmut hingewiesen worden (Seils 2013; Vogel/Motel-Klingebiel 2013; Kistler/Trischler 2014). Verglichen mit anderen Altersgruppen stehen Menschen im Rentenalter noch relativ gut da: Das Statistische Bundesamt (2014b) weist auf Grundlage des Mikrozensus für 2013 eine Armutsrisikoquote von 14,3 Prozent unter Menschen ab 65 Jahren aus gegenüber 15,5 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Die Armutsrisikoquote unter älteren Frauen ist dabei höher als unter Männern (16,2 Prozent gegenüber 12,0 Prozent, jeweils bezogen auf Personen ab 65 Jahren). Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Altersarmut in Deutschland geringer ausfällt als in anderen europäischen Ländern (Seils 2013: 363). Die Armutsrisikoquote ist unter den älteren Menschen in den vergangenen Jahren gestiegen (2006: 10,4 Prozent; vgl. Abbildung 2).

Eine Annäherung an das Problem Altersarmut kann aus drei Perspektiven erfolgen:

- *Erstens* über die Armutsrisikoquote der älteren Bevölkerung (siehe oben), wobei als Grenze häufig das 65. Lebensjahr gilt. Grundlage dieser Herangehensweise sind Befragungsdaten wie Mikrozensus, Sozio-oekonomisches Panel oder

Abbildung 2:

Entwicklung der Armutsrisikoquote für Ältere (65 Jahre und älter)

Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt 2014b Armutsgefährdungsquote gemessen am Bundesmedian nach Alter und Geschlecht in Prozent im Zeitvergleich
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/03AGQ_ZVBM_AlterGeschl.html

EU-Silc (Seils 2013: 361-363 zu Vor- und Nachteilen dieser Datenquellen). Diese Herangehensweise lässt Aussagen zur Verbreitung von Armut im Haushaltskontext zu und erlaubt Vergleiche zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Die Armutsrisikoquote bezieht sich dabei auf das Einkommen im Haushaltskontext gemessen am Medianeinkommen der Bevölkerung und gewichtet nach Haushaltszusammensetzung. Von Armutsrisiko wird dann gesprochen, wenn das gewichtete Einkommen pro Kopf unter 60 Prozent des Median-Einkommens liegt. Gemessen wird also Einkommensarmut – eventuell vorhandenes Vermögen, wie privates Wohneigentum wird ausgeblendet.

- *Zweitens* lässt sich auf die Grundsicherungsquote verweisen. Das ist der Anteil der Bezieher_innen von Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung an der Bevölkerung (oder an einer Gruppe wie den über 65-Jährigen). Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Fürsorgeleistung, die auf Antrag nach Bedürftigkeitsprüfung (verfügbares Einkommen und Vermögen im Haushaltskontext) gewährt wird. 2012 betrug der Anteil der Bezieher_innen von Grundsicherung im Alter an den über 65-Jährigen 2,7 Prozent (Statistische Ämter des Bunds und der Länder 2013),

wobei zu berücksichtigen ist, dass die Grundsicherungsschwelle unter der statistischen Armutsschwelle liegt. Dieser Zugang über administrative Daten hat mehrere Nachteile: Zunächst beantragt nicht jede Person, die Ansprüche hat, auch tatsächlich diese Fürsorgeleistung. Das kann etwa aus Unwissenheit oder aus Angst vor Stigmatisierung geschehen (Becker 2012). Zum anderen wirft dieser Zugang die Frage nach dem Verhältnis von sozialstaatlichen Leistungen und Armut auf: Sind die Leistungen tatsächlich armutssichernd (etwa im Sinne der Definition der Armutsrisikoquote)? Schließlich führt eine politische verantwortete Erweiterung oder Erschwerung des Zugangs zu dieser Leistung (etwa durch Anhebung der Regelleistung) zu einer Erhöhung bzw. Reduktion der Nutzungsquote. Gleichzeitig hat diese Perspektive aber den Vorteil, dass sie die politische Relevanz des Problems verdeutlicht: Eine steigende Inanspruchnahme der Grundsicherung wirft auch Fragen nach der Leistungsfähigkeit des regulären Alterssicherungssystems auf.

- *Drittens* können Daten zu den Leistungen der GRV herangezogen werden. Hier lässt sich auf das sinkende Rentenniveau verweisen, ebenso wie auf die durchschnittlichen monatlichen Zahlbeträge im Rentenzugang, die seit Jahren geringer sind als die durchschnittlichen Zahl-

eträge im Rentenbestand²: Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag für Altersrenten im Rentenzugang betrug im Jahr 2012 in den alten Bundesländern 898 Euro (Männer) bzw. 493 Euro (Frauen), in den neuen Bundesländern 903 Euro (Männer) bzw. 753 Euro (Frauen). Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag für Altersrenten im Rentenbestand zum 31.12.2012 betrug dagegen in den alten Bundesländern 1.005 Euro (Männer) bzw. 508 Euro (Frauen) und in den neuen Bundesländern 1.073 Euro (Männer) bzw. 730 Euro (Frauen) (Deutsche Rentenversicherung 2014). Jüngere Rentnergenerationen erhalten damit im Durchschnitt geringere Renten als frühere Generationen. Nachteilig ist bei der Nutzung von Daten der GRV, dass der weitere Haushaltskontext ausgeblendet und vor allem andere Einkommensquellen unberücksichtigt bleiben. Seit 2001 setzt die deutsche Alterssicherungspolitik aber explizit auf mehrere Einkommensquellen im Alter (siehe oben). Geringe GRV-Renten können zudem durch Alterseinkünfte aus einem anderen Beschäftigungsverhältnis kompensiert werden (etwa durch Wechsel in den Beamtenstatus oder zu einem Versorgungswerk der freien Berufe). Demnach können geringe Bezüge aus der GRV nicht in jedem Fall mit Altersarmut gleichgesetzt werden. Geringe Renten werfen jedoch die Frage nach der „strukturellen“ Armutsfestigkeit der GRV auf. Diese „strukturelle Armutsfestigkeit“ ist nach Bäcker und Schmitz (2013: 35-36) wie folgt zu verstehen: „Das Rentenniveau soll so bemessen sein, dass nach einer langjährigen Vollzeitbeschäftigung und einer entsprechenden Beitragsleistung die Nettorenten auf jeden Fall oberhalb der vorleistungsunabhängigen Grundsicherung liegen.“ Mit Blick auf bestimmte Beschäftigtengruppen ist zu prüfen, ob die entsprechenden Ansprüche überhaupt erworben werden können. Durch die enge Koppelung von GRV und Erwerbsbiografie ist eine plausible Aussage über künftige Alterseinkünfte spezifischer (Beschäftigten-)Gruppen eher machbar, als über die anderen beiden Zugänge.

Im Folgenden wird trotz aller damit verbundenen Probleme der dritte Zugang zur Diskussion der Alterssicherung von Beschäftigten im Sozialsektor genutzt. In den weiteren Abschnitten werden Daten zur aktuellen Einkommens- und Beschäftigungssituation zusammengestellt, die mit Ansprüchen gegenüber der GRV in Beziehung gesetzt werden können. Geringe sozialversicherungspflichtige Einkommen sind mit einem geringen Erwerb von Ansprüchen gegenüber der Rentenversicherung verbunden, schlechte Arbeitsbedingungen gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, eine unterbrochene Berufskarriere vorzuweisen und/oder nicht bis zum Rentenalter im Beruf bleiben zu können. Diese Herangehensweise hat allerdings Grenzen: Wenn beispielsweise festgestellt werden kann, dass Altenpfleger_innen mit einer belastenden oder zumindest nicht zufriedenstellenden Arbeitssituation konfrontiert sind, so kann das durchaus Folgen für die Erwerbskarriere haben – ein direkter Schluss auf drohende Altersarmut ist aber nur schwer möglich. Ebenso ist ein direkter Schluss von Arbeitsdauer, Arbeitsumfang, Einkommen und dadurch erworbenen Ansprüchen in Alterssicherungssystemen auf drohende Altersarmut methodisch nicht direkt möglich. In diesem Sinne kann die Expertise Hinweise und plausible Argumente liefern, weswegen bestimmte Gruppen relativ gefährdet sind, nicht jedoch eine eindeutige Prognose.³

2.2 Die Analyse der Alterssicherung im Sozialsektor

Bäcker (2014: 30, 34) hat mit Blick auf „Niedrigrenten“ das „Risiko Entgelt“ und das „Risiko Zeit“ unterschieden. In dieser Unterscheidung spiegeln sich die zwei zentralen Aspekte der rentenrechtlich relevanten Erwerbskarrieren wider: die relative Entgeltposition der Beschäftigten und die Dauer ihrer Erwerbskarriere. Für die folgende Analyse der Alterssicherung im Sozialsektor sind beide Aspekte zentral.

Anschließend an einen allgemeinen Überblick über die Beschäftigungsstrukturen in den

2 Der Rentenzahlbetrag ist die Rente abzüglich der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

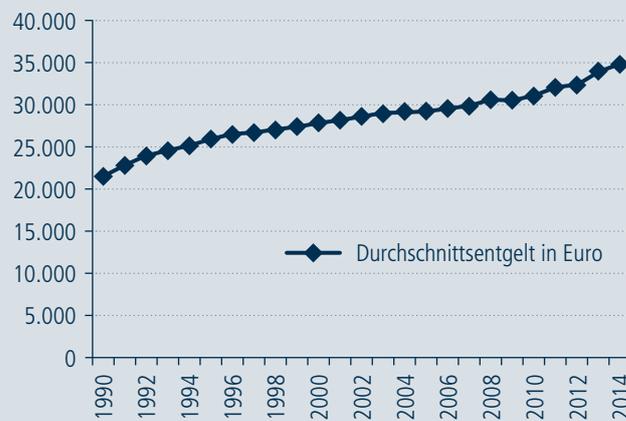
3 Es ist nach dem zuvor Gesagten klar, dass Armut im engen Sinne letztlich im Haushaltskontext zu messen und zu bewerten ist, als Ergebnis aller Haushaltseinkommen und unter Berücksichtigung von Vermögen (wie selbst genutzten Wohnraum).

jeweiligen Bereichen werden erstens jeweils Daten zum Einkommen der Beschäftigten herangezogen und damit das „Risiko Entgelt“ (Bäcker 2014: 34) abgebildet. Dabei werden unterschiedliche Quellen verwendet – Tarifverträge ebenso wie Befragungen der Beschäftigten (Mikrodaten). Die verfügbaren Daten werden verglichen mit dem durchschnittlichen Bruttojahresentgelt entsprechend Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung (SGB VI Anlage 1). Das Verhältnis vom individuellen versicherungspflichtigen Bruttoentgelt zum durchschnittlichen Bruttojahresent-

gelt bestimmt den Anspruch, der aus Beitragszahlungen gegenüber der GRV im jeweiligen Jahr entsteht. Ein durchschnittliches Bruttojahresentgelt erwirbt einen Entgeltspunkt. Ein Entgeltspunkt entspricht gegenwärtig (2014) einem Rentenanspruch von 28,61 Euro (alte Bundesländer) bzw. 26,39 Euro (neue Bundesländer). Unterdurchschnittliches Einkommen führt demzufolge zu geringeren Ansprüchen, überdurchschnittliches Einkommen umgekehrt zu höheren Ansprüchen (Äquivalenzprinzip).

Abbildung 3:

Entwicklung des Durchschnittsentgelts in der Gesetzlichen Rentenversicherung in Euro (1990-2014)



Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von SGB VI, Anlage 1.
Angaben bis 2001 umgerechnet in Euro, 2012 - 2014 vorläufiges Durchschnittsentgelt.

Abbildung 4:

Entwicklung des aktuellen Rentenwerts in Euro (1990-2004)



Quelle: eigene Darstellung, Daten: Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b: 261. Angaben bis 2001 umgerechnet in Euro.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese Messung am Durchschnittsentgelt noch keine Aussage darüber zulässt, ob die Rente angesichts eines weiter sinkenden Rentenniveaus selbst bei langer Erwerbslaufbahn armutssichernd sein wird. Eine Erwerbskarriere mit 40 Jahren Durchschnittsverdienst entspricht im Jahr 2014 1.144,40 Euro Bruttorente, also vor Steuern und Sozialabgaben. Durch das sinkende Rentenniveau bietet also auch eine durchschnittliche Erwerbskarriere nicht unbedingt eine Garantie für einen materiell gut abgesicherten Ruhestand.

Ansprüche gegenüber der GRV wie auch andere Vorsorgewege reflektieren die gesamte Erwerbslaufbahn. Daher werden zweitens im Weiteren auch Angaben zu Berufskarrieren und Arbeitsbedingungen zusammengefasst, die potenziell die Dauer der Beitragszahlung beeinflussen,

also das „Risiko Zeit“ (Bäcker 2014: 30). Dabei ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise ein Berufsausstieg oder eine Unterbrechung der Erwerbsarbeit nicht notwendig mit einer Verschlechterung der Einkommenslage verbunden sein muss.⁴ Allerdings machen belastende Arbeitsbedingungen, die möglicherweise sogar zu chronischen Erkrankungen beitragen, einen „Ausstieg“ in die Arbeitslosigkeit oder in die Erwerbsminderungsrente wahrscheinlicher. Diese Problematik ist insofern mit Blick auf das Alterseinkommen von großer Bedeutung, als das Phasen längerer Arbeitslosigkeit zu deutlichen Lücken im rentenrechtlichen Lebenslauf führen (für Empfänger_innen von Arbeitslosengeld II werden keine Beiträge mehr an die GRV geleistet) und eine vorgezogene Inanspruchnahme einer Altersrente mit Abschlägen erkaufte wird.

4 Analysen zeigen allerdings, dass gerade die Unterbrechung der Erwerbslaufbahn aus Gründen der Kindererziehung mit geringeren Ansprüchen gegenüber der GRV verbunden ist (Frommert et al. 2013). Auch weil diese Unterbrechungen nach wie vor eher bei Frauen auftritt, wird im Folgenden auch die Gender-Struktur der Beschäftigung in den einzelnen Bereichen des Sozialsektors berücksichtigt.

3. Der Sozialsektor zwischen Aufwertung und Einschränkungen

Der deutsche Sozialstaat und damit auch der Sozialsektor waren in den vergangenen Jahrzehnten Ziel einer Vielzahl von Reformen. Diese trugen häufig den Charakter einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ (Leibfried/Obinger 2003: 200) und lassen sich als Versuche der Konsolidierung oder des Rückbaus des Sozialstaats begreifen. Teils führten Reformen aber auch zu Veränderungen des „Charakters“ von Sozialstaatlichkeit oder beinhalteten Ausbauten wie die 1995 neu geschaffene Pflegeversicherung. Gerade der Bereich der sozialen Dienstleistungen befindet sich damit in einem Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen politischen Tendenzen, zwischen Versuchen der Bekämpfung einer vermeintlichen „Kostenexplosion“ und einem politisch gewollten Ausbau.

Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Reformen häufig auch Auswirkungen auf die Beschäftigten im Sozialsektor hatten, die ihrer Arbeit nun unter veränderten Bedingungen nachgehen. Diese veränderten Bedingungen sind nicht nur durch einen höheren finanziellen Druck auf ihre Arbeitgeber_innen gekennzeichnet, sondern auch – und in Verbindung damit – durch Wettbewerb, Privatisierung und den Umbau von gemeinnützigen Einrichtungen zu Sozialunternehmen sowie Formalisierung, Professionalisierung und auch Rationalisierung und Subjektivierung der Arbeit.⁵ Ein Ausdruck dieser Entwicklung ist die sich wandelnde Rolle und Bedeutung des Staates in der Erbringung sozialer Dienstleistungen. Einerseits hat sich der Staat in manchen Bereichen zurückgezogen: Öffentliche Einrichtungen, etwa im Krankenhaussektor, wurden privatisiert. Dennoch halten Bispinck und das WSI-Tarifarchiv (2013: 204) fest: „Der öffentliche Dienst,

namentlich die Gemeinden, sind der größte Arbeitgeber für Beschäftigte in Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufen.“ Andererseits haben sich die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Dienst dergestalt geändert, dass die Rolle des Staats als Vorbildarbeitgeber infrage gestellt wird. „Öffentliche Arbeitgeber geben ihre Vorbildfunktion auf, die sie ehemals als ‚Modellarbeitgeber‘ auch für die Privatwirtschaft und den Gesamtarbeitsmarkt hatten, und gleichen ihre Strategien denen der privaten an“ (Keller 2006: 94; siehe auch Brandl/Stelzl 2013: 21-22). Diese (ehemalige) Vorreiterrolle des öffentlichen Dienstes ist allerdings auch aus einem anderen Blickwinkel kritisch zu beleuchten, nämlich insofern sich nichtöffentliche Anbieter von Sozialleistungen immer weniger an diesem Vorbild orientieren (Kühnlein/Wohlfahrt 2006).

Der Eindruck des Sozialsektors als eines Beschäftigungsbereichs, der zunehmend unter Druck geraten ist, zeigt sich auch mit Blick auf Tariflöhne im Sozialsektor, die gegenüber anderen Branchen bei vergleichbaren Qualifizierungsniveaus abfallen: „Insgesamt zeigt sich in der vergleichenden Betrachtung der Tariflohnentwicklung in Westdeutschland nach Branchen, dass gegenwärtig in der Metallindustrie als einem industriellen Kernsektor, in dem zugleich überwiegend Männer beschäftigt sind, wie auch in dem gemischt geschlechtlich besetzten Banken- und Versicherungsbereich deutlich höhere Tariflöhne erzielt werden als in den durch öffentliche oder quasi-öffentliche Beschäftigung gekennzeichneten und frauendominierten Gesundheits- und Sozialbereichen. Diese Differenz hat sich im Zeitverlauf tendenziell verstärkt“ (Bispinck/WSI-Tarifarchiv 2013: 209).⁶

5 Zur subjektivierten Leistungspolitik insbesondere in Hinblick auf interaktive (Dienstleistungs-)Arbeit siehe im Überblick Brandl/Stelzl (2013). Dagegen weist allerdings Kühn (2003: 20) für den Bereich der Krankenpflege auf Tendenzen der Entsubjektivierung hin, da aufgrund ökonomischen Kalküls Entscheidungen von der individuellen Ebene auf die Institution übertragen werden.

Allerdings sind die Entwicklungen im Sozialsektor nicht allein in der Kategorie „Abbau“ zu verbuchen. Gerade soziale Dienstleistungen sind in der politischen Diskussion aufgewertet worden: Der Sozialsektor hat nicht nur dank seiner Größe ökonomische Relevanz, ihm wird auch eine spezielle Bedeutung bezüglich der Bildung und des Erhalts von Humankapital zugeschrieben. Während etwa im Bereich Gesundheitswesen von einem Wachstumssektor gesprochen wird, wird Kindererziehung vor dem Hintergrund des Ziels der Vereinbarkeit von Familie und Beruf aber auch mit Blick auf frühkindliche Erziehung neu beurteilt. Altenpflege schließlich gerät angesichts der zunehmenden Alterung der Gesellschaft (neu) in den Blick. Dieser Aufwertung in der politischen Diskussion folgen die politischen Reformen aber nur teilweise. Aus Sicht der Beschäftigten sind die Aspekte der „Professionalisierung“ und der „Formalisierung“ ihrer Arbeit hervorzuheben, wobei steigende Anforderungen an die Beschäftigten und ihre Kompetenzen allerdings nicht notwendig mit besseren Arbeitsbedingungen korrespondieren müssen.

Selbst eine differenzierte Analyse der verschiedenen Entwicklungen im Sozialsektor muss jedoch beachten, dass der Sozialsektor wieder in eine Vielzahl von Berufs- und Statusgruppen zerfällt, wie auch in unterschiedliche „Arbeitswelten“, vom Kleinbetrieb bis zum Sozialkonzern, die selber in den vergangenen Jahren einem Wandel unterworfen waren (etwa Ausgliederung von Einheiten in Krankenhäusern) und allgemeinere Trends und politische Zwänge unterschiedlich verarbeiten konnten (Dahme et al. 2005: 159). So merkt Jaehrling (2007: 206) an, dass Sparzwänge die Beschäftigtengruppen im Krankenhaus in unterschiedlichem Maße getroffen hätten: „Während es der Gruppe der Ärzte gelungen ist, gegen den Trend ihr Lohnniveau zu halten oder sogar zu verbessern, sinken die Verdienstmöglichkeiten insbesondere für die Beschäftigtengruppen am unteren Rand der Qualifikationshierarchie. Dies gilt auch für Reinigungs- und Pflegehilfskräfte;

allerdings nehmen die Sparmaßnahmen dabei unterschiedliche Formen an: Lohnabsenkungen, Stundenkürzungen und verschlechterte Aufstiegsmöglichkeiten in höher entlohnte Positionen betreffen vor allem die Reinigungskräfte. In der Pflege hingegen nimmt mit den Pflegehilfskräften der Anteil wenig qualifizierter und gering bezahlter Beschäftigter ab.“

Obwohl die im Weiteren behandelten Bereiche einen hohen Beschäftigtenumfang aufweisen (siehe Tabelle 1), bilden sie letztlich nur einen Teil der Realität im Sozialsektor ab. Insbesondere ist zu bedenken, dass wir uns auf diejenigen Beschäftigten konzentrieren, die den Kern des Sozialsektors insofern ausmachen, als dass sie die eigentlichen personenbezogenen Dienstleistungen erbringen. Es handelt sich um Beschäftigte mit Ausbildung oder Studium. Um diesen Kern herum gruppieren sich selbstverständlich andere Berufe und Tätigkeiten mit unterschiedlichen Ausbildungsprofilen, von einfachen Hilfstätigkeiten bis hin zu eher administrativen oder kaufmännischen Aufgaben.

Unterschiede sind auch zwischen den analysierten Bereichen zu erwarten. So heben beispielsweise Nock et al. (2013: 44) hervor, dass im Vergleich zu anderen sozialen Branchen Krankenhauspflege und stationäre Altenpflege von der „Ökonomisierung des sozialen Sektors“ am stärksten negativ betroffen seien. Trotz dieser Unterschiede schließen Hielscher et al. (2013: 222) doch, „[...] dass es zwar deutliche Unterschiede zwischen den Branchen bezüglich der Ursprünge, Formen und Mechanismen von Ökonomisierung gibt. Andererseits lassen sich branchenübergreifend ähnliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten erkennen: Zeitnot, Druck zur Kostenersparnis und Verdichtung von Arbeit“. Zudem sind sich die untersuchten Branchen in einer Hinsicht ähnlich: „Was den Sektor allerdings tatsächlich eint, ist seine geschlechtsspezifische Ausrichtung: Es handelt sich in allen Subsektoren um ein traditionelles Segment von Frauen(erwerbs)arbeit und damit zugleich um ein

6 Die Zugrunde liegende Analyse berücksichtigt die Entwicklung der Jahre 1995-2010, d. h. die letzten Tarifrunden sind hier noch nicht eingeflossen.

Tabelle 1:

Beschäftigte im Sozialsektor sowie Anteil von Beschäftigten mit reduzierter Arbeitszeit

	Jahr	Anzahl	davon in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung	Anteil in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung
Kindererziehung	2013	496.299	298.218	60,1
Altenpflege	2011	901.077	609.906	67,7
Krankenpflege	2013	419.140	204.198	48,7
medizinischer Dienst	2013	159.764	30.570	19,1

Anmerkung: Im Bereich der Kindererziehung werden nur die Beschäftigten in einer Kindertageseinrichtung berücksichtigt (keine Angaben zur Arbeitszeit bei den Tagespflegepersonen), in der Krankenpflege und im medizinischen Dienst sind Beschäftigte aller Krankenhausparten berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, eigene Berechnungen.

klassisches Segment struktureller Benachteiligung von Frauen“, so Dahme et al. (2005: 159). Eine Ausnahme von der Regel stellt die Beschäftigtengruppe der Ärzt_innen dar (s.u.).

Mit Blick auf die Alterssicherung ist hervorzuheben, dass im Sozialsektor Teilzeitbeschäftigung eine erhebliche Bedeutung spielt. Besonders im Bereich der Altenpflege sind Beschäftigte mit reduzierter Arbeitszeit (67,7 Prozent) vorzufinden. Einen vergleichsweise geringen Anteil mit 19,1 Prozent Teilzeitbeschäftigten weisen die Ärzt_innen auf (siehe Tabelle 1). Eine Beschäftigung in Teilzeit hat unterschiedliche Gründe. Zum Beispiel kann auf der einen Seite eine Beschäftigung mit reduzierter Stundenzahl den Wünschen der überwiegend weiblichen Beschäftigten entsprechen, weil dadurch der private und der berufliche Bereich miteinander vereinbart werden können. Auf der anderen Seite gehen Personen auch einer Teilzeitbeschäftigung nach, wenn ein Zugang zu Vollzeitbeschäftigungen nur schwer möglich ist. Unabhängig davon, warum einer Teilzeitbeschäftigung nachgegangen wird, können sich negative Folgewirkungen ergeben, die nicht nur im weiteren Erwerbsverlauf, sondern auch in der Alterssicherung sichtbar werden (Klenner/Schmidt 2011). Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die geringfügige Beschäftigung, mit der häufig ein geringerer Schutz in der Rentenversicherung verbunden ist. Ein Aufbau gesetzlicher oder privater Rentenan-

sprüche mit ausschließlich dieser Beschäftigungsform ist nur unzureichend möglich.

Wie stellt sich die Lage in den verschiedenen Bereichen des Sektors im Überblick dar? Der Bereich *Kinderbetreuung* ist in den vergangenen Jahren ein politischer „Dauerbrenner“ gewesen, der sowohl in den Ausbau der Kindertagesbetreuung und schließlich den Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz ab dem vollendeten ersten Lebensjahr mündete als auch in die Einführung des Betreuungsgeldes, zu dem Brandl und Stelzl (2013: 62) anmerken, dass es „möglicherweise ein Eingeständnis [ist], dass die in jüngster Zeit erheblichen Anstrengungen im öffentlichen Bereich doch nicht ausreichen, um den Bedarf an professioneller Kinderbetreuung zu decken“. Der Bereich ist gewachsen, sowohl gemessen an der Zahl der betreuten Kinder wie auch der Einrichtungen (Brandl/Stelzl: 2013: 62). Die politische Aufwertung dieses Bereichs korrespondiert allerdings nicht mit einer generellen Verbesserung der Arbeitsbedingungen, etwa mit Blick auf die Bezahlung (Brandl/Stelzl 2013: 66).

Im Bereich der *Altenpflege* wurden im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung private, freigemeinnützige und öffentliche Anbieter gleichgestellt, die nun auf „Quasi“-Märkten miteinander konkurrieren – Märkten also, die einer spezifischen staatlichen Regulierung unterliegen. Hervorzuheben ist, dass der Wettbewerb der Anbieter von Pflegeleistungen auch dadurch beein-

flusst wird, dass keine Regulierung der Anbietermenge stattfindet. Die Pluralisierung der Trägerstruktur und auch die (teilweise) Neuausrichtung der freigemeinnützigen Pflegeanbieter gingen einher mit einer Enttariflichung und Abkehr von der Orientierung am öffentlichen Dienst. 2011 wurde allerdings ein allgemein verbindlicher Mindestlohn in der Altenpflege und in der ambulanten Krankenpflege eingeführt. Mit Einführung der Pflegeversicherung ist es auch zu einer stärkeren Formalisierung und Professionalisierung der Pflege gekommen (Auth 2013: 419-420).

Die (Teil-)Finanzierung der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung bedingt bei den Einrichtungen einen hohen Kostendruck, der sich ähnlich wie in der Krankenhausversorgung auf die Beschäftigten auswirkt. Denn mit einem hohen Anteil an den Gesamtkosten sind die Personalkosten nahezu die einzige Möglichkeit, Kosten einzusparen. Daraus ergibt sich eine „Dynamik, in der die Zeit, die Pflegekräften zur Verfügung steht, immer knapper wird, während gleichzeitig die Anforderungen an Pflegearbeit immer weiter steigen und höhere Qualitätsstandards entwickelt werden“ (Nowak 2011: 5). Auth (2013: 420) spricht in der Folge auch von einer „Prekarisierung trotz Formalisierung und Professionalisierung“ der Pflegenden.

In den letzten Jahrzehnten wurde in der *Gesundheitspolitik* unter anderem das Ziel verfolgt, die Kosten für Gesundheitsleistungen und damit den Beitragssatz in der GKV zu senken oder zumindest zu stabilisieren (Gerlinger/Mosebach 2009: 10). Zu den bedeutendsten Reformen gehört die Anfang der 2000er Jahre erfolgte Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs), die die pauschalen Tagessätze als Teil der dualen Krankenhausfinanzierung ablöste. Mit dieser Reform nimmt das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Erbringung von medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen eine zunehmend dominante Rolle ein (Braun et al. 2010: 66-69). Es wurden Anreize geschaffen, die Kosten für Leistungen zu senken sowie jene Leistungen

einzustellen, die zu keiner Kostendeckung führen, und im Gegenzug besonders lukrative Leistungen auszuweiten. Damit zusammenhängend sollten auch die Verweildauer der Liegezeiten von Patient_innen weiter verkürzt, die Bettenzahl reduziert und durch organisatorische Neuerungen Rationalisierungsreserven erschlossen werden sowie eine Spezialisierung der Einrichtungen auf bestimmte Leistungen erfolgen (Friedrich et al. 2010: 128-129; Gerlinger/Mosebach 2009: 28). Mit dieser Ausrichtung legte der Staat einen auf Marktprinzipien basierenden Rahmen fest, indem sich auch die Beschäftigten bei ihren medizinischen und pflegerischen Versorgungstätigkeiten bewegen müssen. Hervorzuheben ist das mit der Regelung verbundene Ausmaß der ökonomischen Ausrichtung der Gesundheitspolitik, die nunmehr bis auf die Ebene der Beschäftigten reicht und damit (nicht zuletzt) auch auf die Herstellung der Wohlfahrtsdienstleistungen durch die Ärzt_innen und der Krankenpfleger_innen wirkt. Für die Beschäftigten im stationären Sektor bedeutet diese Ausrichtung eine Veränderung der Arbeitsanforderungen und eine Intensivierung der Arbeit bis hin zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (Braun et al. 2010). Zugleich mit den Arbeitsbedingungen sind auch die Beschäftigungsstrukturen unter Druck geraten. Atypische Beschäftigung ist in diesem Sektor zunehmend verbreitet (Evans et al. 2011: 31).

Damit sind für alle im Folgenden untersuchten Bereiche des Sozialsektors Umbauten und Anpassungen anzunehmen, die sich auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten auswirken und Konsequenzen auch für deren Alterssicherung haben können. Die Entwicklungen sind durchaus nicht einheitlich oder widerspruchsfrei: Allerdings sind etwa Tendenzen einer gesellschaftlichen Aufwertung von bestimmten Dienstleistungsarbeiten und auch ihrer Professionalisierung vor dem Hintergrund einer Debatte um den Umfang und die – vermeintliche – Unbezahlbarkeit von Sozialleistungen zu sehen, die durchaus materielle Wirkungen entfaltet (hat).

4. Alterssicherung im Sozialsektor

Mit dem Sozialsektor wird ein Teilbereich des Wohlfahrtsstaats beschrieben, in dem ganz unterschiedliche Dienstleistungen in den Bereichen Erziehung, Pflege und Gesundheit erbracht werden – häufig professionell und gegen ein Entgelt. Entsprechend den verschiedenen Bereichen umfasst der Sozialsektor eine Vielzahl von Berufsgruppen, deren zentrale Aufgabe es ist, Personen zu unterstützen, sozialen Risiken und Problemen vorzubeugen und sie zu bewältigen. Mit diesen Berufsgruppen sind auch verschiedene Berufs- und Ausbildungswege verbunden. Im Folgenden werden Erzieher_innen, Altenpfleger_innen, Krankenpfleger_innen sowie Ärzt_innen hinsichtlich ihrer Einkommens- und Beschäftigungssituation näher betrachtet, um daraus plausible Aussagen für ihre Alterssicherung abzuleiten. Die fokussierten Gruppen zeichnen sich durch ihren direkten Personenbezug zu den Kindern, Pflegebedürftigen sowie Patient_innen aus.

4.1 Erzieher_innen

Die Kinderbetreuung wurde in den vergangenen Jahren stark ausgebaut, was mit einem erheblichen Bedarf an Beschäftigten einherging. Mit dem Kinderförderungsgesetz wurde ein Rechtsanspruch auf Tagesbetreuung für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr geschaffen (ab dem 1.8.2013). Bereits seit 1996 bestand ein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr. Damit einher ging auch eine qualitative Neube-

wertung dieses Bereichs sozialer Dienstleistungen: Seine gesamtgesellschaftliche Bedeutung wurde sowohl unter dem Blickpunkt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betont als auch mit Blick auf die Vorzüge frühkindlicher Erziehung. Statt von einer einfachen Betreuung ist von einer Erweiterung zu einem „umfassenden Dienstleistungsangebot für Familien“ (Hielscher et al. 2013: 175) auszugehen.⁷

Erzieher_innen übernehmen in ganz unterschiedlicher Form und in unterschiedlichen Einrichtungen die Betreuung und Versorgung von Kindern: In Kindertageseinrichtungen, in der Kindertagespflege oder in der Großtagespflege. Die Betreuung richtet sich auch an unterschiedliche Altersklassen, von der Kleinkindbetreuung über die Betreuung von Kindern zwischen drei und acht Jahren bis hin zu Schulkindern.

4.1.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus

Die Beschäftigung im Bereich der Kinderbetreuung hat einen erheblichen Zuwachs erfahren (Tabelle 2). Insgesamt arbeiteten zum 1.3.2013 496.299 Personen in Tageseinrichtungen (ohne hauswirtschaftliches und technisches Personal).⁸ Von den beschäftigten Personen in einer Tageseinrichtung sind 39,9 Prozent in Vollzeit, also mit 38,5 Stunden pro Woche und mehr, beschäftigt. Die restlichen Beschäftigten weisen reduzierte Arbeitszeiten auf: 17,9 Prozent der Beschäftigten haben ein wöchentliches Arbeitsvolumen zwischen 32 und 38,5 Stunden, 26,4 Prozent arbeiten 21 bis 32 Stunden in der Woche. 12,5 Prozent der

⁷ Zu den politischen und gesellschaftlichen Debatten vgl. Hielscher et al. (2013: 175-178).

⁸ Zu den beschäftigten Erzieher_innen in Tageseinrichtungen kommen noch rund 43.953 Tagespflegepersonen hinzu. Sie betreuen Kinder beispielsweise in der eigenen Wohnung, in der Wohnung des Kindes/der Kinder oder in eigens angemieteten Räumen (Statistisches Bundesamt 2013c). Eine differenzierte Betrachtung wie bei den Beschäftigten in Tageseinrichtungen ist auf der bestehenden Datengrundlage nicht möglich.

Erzieher_innen haben eine wöchentliche Arbeitszeit von zehn bis 21 Stunden, und weitere 3,4 Prozent arbeiten weniger als zehn Stunden (Statistisches Bundesamt 2013c, siehe Tabelle 3).

45,4 Prozent der Erzieher_innen sind in einer öffentlichen Einrichtung beschäftigt. Etwas

geringer ist der Anteil der in gemeinnützigen Einrichtungen Beschäftigten mit 39,4 Prozent. Den geringsten Anteil machen die Beschäftigten in privaten Einrichtungen aus, hier arbeiten 9,1 Prozent (6,2 Prozent der Erzieher_innen geben an, „anderswo“ zu arbeiten; Stoll et al. 2014: 7).⁹

Tabelle 2:

Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen 2008 und 2013

	2008		2013	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
gesamt	382.417	100,0	496.299	100,0
weiblich	369.590	96,6	473.695	95,4
männlich	12.827	3,4	22.604	4,6
Teilzeit	232.643	60,8	298.218	60,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, 2013c, eigene Berechnungen.

Tabelle 3:

Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen 2013

	insgesamt	Anteil in Prozent
Personen mit 38,5 und mehr Wochenstunden	198.081	39,9
Personen mit 32 bis unter 38,5 Wochenstunden	88.593	17,9
Personen mit 21 bis unter 32 Wochenstunden	131.012	26,4
Personen mit 10 bis unter 21 Wochenstunden	61.914	12,5
Personen unter 10 Wochenstunden	16.699	3,4
insgesamt	496.299	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013c, eigene Berechnungen.

⁹ Der Lohnspiegel weist als Arbeitsstätte für die Erzieher_innen neben den Kindergärten zum Beispiel auch Heime, Einrichtungen im Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung sowie Parteien, Gewerkschaften und Wirtschaftsverbände mit aus. Hier zeigen sich auch erhebliche Geschlechterunterschiede: Während Frauen überwiegend in Kindergärten, Vor- oder Grundschulen arbeiten, sind Männer vielfach in Heimen beschäftigt (Stoll et al. 2014).

4.1.2 Einkommen

Das Einkommen von Erzieher_innen unterscheidet sich nicht zuletzt danach, ob sie in einem tarifgebundenen Betrieb arbeiten. Daten des WSI-Lohnspiegels¹⁰ zeigen, dass 75,2 Prozent der Erzieher_innen in einem tarifgebundenen Betrieb beschäftigt sind. Beschäftigte in diesen Einrichtungen verdienen durchschnittlich mit 2.562,00 Euro/Monat (hochgerechnet auf eine 38-Stunden-Woche) 9,4 Prozent mehr als die Beschäftigten eines Betriebs ohne Tarifvertrag (2.342,00 Euro/Monat) (Stoll et al. 2014: 11).

Angesichts der Trägerstruktur ist es naheliegend, dass der TVöD-SuE (Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes, Entgelttabelle Sozial- und Erziehungsdienst) zu den relevanten Tarifverträgen in diesem Bereich zählt. Nach dem TVöD-SuE verdienen Erzieher_innen mit Fachschulausbildung¹¹ bei Berufseinstieg ab dem 1.3.2014 monatlich brutto 2.528,98 Euro (Entgeltgruppe 6, Stufe 2).¹² Wird die Sonderzahlung (West) anteilig hinzugerechnet, sind das monatlich 2.718,65 Euro brutto. In dieser Entgeltgruppe beträgt das Einkommen in Stufe 6, die 14 Jahre nach dem Einstieg in Stufe 2 erreicht werden kann, monatlich 3.211,97 Euro brutto, einschließlich anteiliger Sonderzahlung 3.452,87 Euro brutto. Die Leitung einer Kindertagesstätte ab 40 Kindern verdient im selben Jahr monatlich 3.880,37 Euro brutto (Entgeltgruppe 10, Stufe 6) bzw. einschließlich anteiliger Jahressonderzahlung monatlich 4.139,06 Euro brutto.

Allerdings unterliegen die Kindertageseinrichtungen nicht notwendig dem TVöD. Der WSI-Lohnspiegel ermöglicht hier ein differenzierteres Bild. Danach verdienen Erzieher_innen bei Vollzeitbeschäftigung im öffentlichen Dienst 2.552,00 Euro/Monat. Beschäftigte gemeinnütziger Einrichtungen erhalten monatlich 2.493 Euro. Mit 2.307,00 Euro/Monat verdienen die Erzieher_innen am geringsten, die im privatwirtschaftlichen Bereich arbeiten (Stoll et al. 2014: 7).

Unterschiede im Einkommen bestehen nicht nur zwischen verschiedenen Trägern, sondern auch nach dem Geschlecht. Mit 95,4 Prozent sind Frauen in diesem Bereich deutlich am stärksten vertreten (Statistisches Bundesamt 2013c). Mit Blick auf den Beschäftigungsumfang sind es dennoch die männlichen Erzieher, die im Vergleich zu den Erzieherinnen häufiger einer Vollzeittätigkeit nachgehen (Fuchs-Rechlin 2010: 13-14). Frauen verdienen durchschnittlich 180,00 Euro/Monat weniger als Männer (im Median sind es „nur“ 100,00 Euro/Monat) (Stoll et al. 2014: 10). Allerdings ist der Unterschied zwischen den Einkommen von Frauen und Männern nicht so groß wie in der Gesamtwirtschaft (Fuchs-Rechlin 2010: 29). Fuchs-Rechlin (2010: 26) vergleicht zudem das Einkommen von Erzieher_innen mit denen von erwerbstätigen Frauen insgesamt. Dabei stellt sie fest, dass Erzieher_innen ihren Lebensunterhalt eher aus der eigenen Erwerbstätigkeit bestreiten können als erwerbstätige Frauen insgesamt.¹³

4.1.3 Erwerbskarriere

Studien berichten von allgemein hohen körperlichen und psychischen Anforderungen, allerdings auch von positiven Elementen: Fuchs und Trischler (2008: 43) nennen den hohen Anteil der angesichts mangelhafter Arbeitsbedingungen mit ihrer Arbeitssituation Zufriedenen „überraschend hoch“ und verweisen auf die Identifikation mit ihrer Tätigkeit und intrinsische Motivation. Trotz dieser positiven Einschätzung bleibt mit Blick auf eine stabile und lange Erwerbsbiografie bedenklich, dass nur ein kleiner Teil der Beschäftigten annimmt, unter den gegebenen Umständen bis zum Rentenalter als Erzieher_in tätig zu sein, zumal von einer Mehrheit auch körperliche Beschwerden bei oder nach der Arbeit berichtet wird (ebda.: 46-49). „Die Gründe für die negative Prognose für einen regulären Renteneintritt sind vielfältig. Neben Lärm, Gruppengröße, Arbeits-

10 Die Daten basieren auf Angaben von 716 Erzieher_innen, die einen Online-Fragebogen zu ihrer Einkommenssituation auf der Internetseite www.lohnspiegel.de ausgefüllt haben. Um eine Vergleichbarkeit der Monatsverdienste zu ermöglichen, wurden die Gehälter auf 38 Wochenstunden umgerechnet (Stoll et al. 2014).

11 Der Großteil der Erzieher_innen hat einen Fachschulabschluss. Nur ein geringer Prozentsatz hat einen (Fach-)Hochschulabschluss (Hielscher et al. 2013: 179).

12 Die Eingruppierung folgt hier wie in der weiteren Analyse der Einstufung bei Bispinck/WSI-Tarifarchiv (2013). Die „mittlere“ Einstufung ist von den den Autor_innen hinzugefügt.

13 Auch nach den Bundesländern zeigen sich Einkommensunterschiede: In den neuen Bundesländern liegt das Einkommen bei 2.337,00 Euro/Monat, in den alten bei 2.543,00 Euro/Monat (Stoll et al. 2014: 10).

aufgaben werden auch die Arbeitsprozesse selbst als belastend wahrgenommen. Ein wesentlicher Aspekt ist die zu leistende Emotionsarbeit“ (Brandl/Stelzl 2013: 64).

Die Abwanderung in eine andere Tätigkeit ist unter den jüngeren Beschäftigten nicht so weit verbreitet, nimmt aber mit zunehmendem Alter zu. Besonders die männlichen Beschäftigten wandern ab. So waren in einer Analyse auf Grundlage des Mikrozensus unter Personen mit einer einschlägigen Ausbildung bzw. einer Tätigkeit im Erziehungsberuf zum Befragungszeitpunkt 42 Prozent der Männer nicht mehr als Erzieher oder Kinderpfleger beschäftigt, bei den Frauen dagegen ein Drittel (Fuchs-Rechlin 2010: 42-43). Durch einen Wechsel in eine andere Tätigkeit ist eine Beschäftigung bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter vielleicht eher möglich, geht aber nicht unbedingt mit einer besseren Bezahlung einher. Zu den häufigsten Berufsgruppen, in denen vormalige Erzieher_innen im Anschluss arbeiten, gehören überwiegend andere soziale Berufe wie in der Sozialarbeit oder Altenpflege, aber auch andere Beschäftigungen wie Büroberufe (Fuchs-Rechlin 2010: 43-44). Anzumerken ist, dass überproportional viele Personen, die in eine berufsfremde Tätigkeit gewechselt haben, einen geringeren Arbeitszeitumfang (unter 21 Stunden) aufweisen als diejenigen, die im Erziehungsberuf geblieben sind – und dementsprechend mutmaßlich nur ein reduziertes Einkommen generieren können.

Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt sowohl bei denjenigen, die im Erziehungsberuf geblieben sind, als auch bei den Abgewanderten bei 59 Jahren. Bei den Gründen für den Ruhestandseintritt zeigen sich jedoch Unterschiede: 25,8 Prozent der im Erziehungsberuf Gebliebenen gehen vorzeitig aufgrund einer Vorruhestandsregelung oder von Arbeitslosigkeit in Rente, während es bei den Abgewanderten nur 19,8 Prozent sind. Bei den Erzieher_innen im Beruf werden dagegen mit 47,1 Prozent Altersgründe (und andere Gründe) weniger benannt als bei den abgewanderten Erzieher_innen (52,4 Prozent). Der Renteneintritt aus gesundheitlichen Gründen ist der Anteil bei den im Beruf verbliebenen Erzieher_innen (27,0 Prozent) und bei den Abgewanderten (27,7 Prozent) etwa gleich groß (Fuchs-Rechlin 2010: 45-46).

4.1.4 Zwischenfazit

Das Durchschnittsentgelt in der GRV betrug 2014 Euro 34.857,00 jährlich/2.904,75 Euro monatlich. Vergleicht man diese Größe mit dem durchschnittlichen Gehalt von Erzieher_innen auf Basis des Lohnspiegels, dann wird deutlich, dass Beschäftigte durchschnittlich weniger Einkommen beziehen als dieses durchschnittliche Entgelt. Die tariflichen Entgelte nach TVöD liegen bei Berufsbeginn unter dem Durchschnittswert der Rentenversicherung, nach längerer Beschäftigung aber am oder bei einer Kitaleitung dann deutlich über dem Durchschnitt. Berücksichtigt man, dass ein Großteil (rund 60 Prozent) der Beschäftigten mit reduzierter Stundenzahl arbeitet, erscheint der Aufbau einer ausreichenden Rente allein auf Grundlage dieses Berufs nur schwer möglich. Hinzu kommt, dass ein Teil der Erzieher_innen nicht annimmt, dass sie ihre Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters nachgehen können. Sofern dann ein Übergang aus dem Berufsleben in die Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderung erfolgt, hat dies auch negative Folgen für die Rentenhöhe. Es muss also für einen erheblichen Anteil der Beschäftigten angenommen werden, dass sie in der Rentenversicherung Ansprüche von weniger als einem Entgeltpunkt im Jahr erwirtschaften.

4.2 Altenpfleger_innen

Die informelle Pflege durch Familienangehörige und die formelle Pflege über professionelle Dienste erhielt durch die Einführung der Pflegeversicherung 1995 einen neuen institutionellen und finanziellen Rahmen. Ein damit verfolgtes Ziel war der Ausbau der pflegerischen Versorgung insbesondere im formellen Bereich der ambulanten Pflege (Grundsatz „ambulant vor stationär“), um die private Versorgung als kostengünstigstes Pflegearrangement zu unterstützen (Auth 2013: 413). In diesem Zusammenhang wurden freigeinnützige und private Anbieter gleichgestellt, um den Wettbewerb unter ihnen zu fördern. Im Zeitverlauf ist eine Formalisierung der Pflegearbeit festzuhalten, also eine Zunahme an Versorgung durch Pflegebedürftige durch professionelle Pflegedienste im Unterschied zur informellen

Pflege durch Angehörige (Auth 2013: 420). Der Mechanismus der Pflegeversicherung sieht nach Schwere der Pflegebedürftigkeit gestaffelte Leistungen vor, die allerdings nicht notwendig den vollen Bedarf der Pflegebedürftigen abdecken. Zudem waren die Leistungen lange Zeit nicht dynamisiert. Im Folgenden werden professionell Pflegenden sowohl im stationären wie im ambulanten Sektor untersucht.

4.2.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus

In Alten- bzw. Pflegeheimen übernahmen 2011 616.650 Beschäftigte die stationäre Pflege. In Teilzeit mit mehr als 50 Prozent der üblichen Arbeitszeit arbeiteten 39,1 Prozent, 16,5 Prozent der Beschäftigten arbeiteten in einer Teilzeitbeschäftigung mit 50 Prozent oder weniger der üblichen Arbeitszeit, in einer geringfügigen Beschäftigung waren 10,1 Prozent der Pflegenden. Dagegen waren nur 34,4 Prozent Vollzeit beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2013b, siehe Tabelle 4).

Tabelle 4:

Beschäftigte in der stationären Pflege 2011

	absolut	Anteil in Prozent
Altenpfleger_innen*	616.650	100,0
darunter:		
Vollzeit	212.416	34,4
über 50 Prozent	241.000	39,1
50 Prozent und weniger	101.863	16,5
geringfügig	62.371	10,1

*Altenpfleger_innen: einschließlich Altenpflegehelfer_innen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013b, eigene Berechnungen.

24 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten 2010 Pflegekräfte auf Honorar- oder Abrechnungsbasis und 21 Prozent arbeiteten mit Personal von Zeitarbeitsfirmen. Diese Einrichtungen beschäftigten durchschnittlich 7,3 Honorarkräfte und 2,9 Zeitarbeitskräfte überwiegend in der Pflege und Therapie (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Die Anzahl der Anbieter von Pflegedienstleistungen hat seit Einführung der Pflegeversicherung zugenommen. In der stationären Pflege waren 2011 mit 54,4 Prozent überwiegend die freigemeinnützigen Träger vertreten (siehe Tabelle 5). Danach folgten die Einrichtungen in privater Trägerschaft (40,5 Prozent). Mit 5,1 Prozent machten die öffentlichen Einrichtungen nur einen geringen Anteil aus (Statistisches Bundesamt 2013b). Gegenüber 1999 haben insbesondere Pflegeheime mit privaten und freigemeinnützigen Trägern zugelegt (von 3.092 auf 4.998 Einrichtungen bzw. von 5.017 auf 6.721 Einrichtungen); eine anteilige Zunahme von 34,9 Prozent (1999) auf 40,5 Prozent (2011) ist bei den Einrichtungen mit privaten Trägern zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2001, 2013b).

Tabelle 5:

Trägerstruktur in der Altenpflege

Träger	Anzahl und Anteil der Träger								Anzahl und Anteil der zu versorgenden Personen									
	ambulante Dienste				Pflegeheime				ambulante Dienste		Pflegeheime							
	1999	2011		1999	2011		2011		2011									
privat	5.504	50,9		7.772	62,9		3.092	34,9		4.998	40,5		279.964	48,6		323.976	37,0	
freigemeinnützig	5.103	47,2		4.406	35,7		5.017	56,6		6.721	54,4		287.244	49,8		498.410	56,9	
öffentlich	213	2,0		171	1,4		750	8,5		635	5,1		9056	1,6		53.163	6,1	
gesamt	10.820	100,0		12.349	100,0		8.859	100,0		12.354	100,0		576.264	100,0		875.549	100,0	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, Statistisches Bundesamt 2013a, 2013b, eigene Berechnungen.

In der ambulanten Pflege arbeiteten 2011 284.427 Personen. In Teilzeit mit mehr als 50 Prozent der üblichen Arbeitszeit waren 35,3 Prozent beschäftigt, 14,9 Prozent der Beschäftigten arbeiteten in einer Teilzeitbeschäftigung mit 50 Prozent oder weniger der üblichen Arbeitszeit, in einer geringfügigen Beschäftigung waren es sogar 21,7 Prozent der Pflegenden. Dagegen waren nur 28,0 Prozent Vollzeit beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2013a, siehe Tabelle 6). Ein Fünftel der ambulanten Pflegedienste beschäftigten Personal auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis; in lediglich drei Prozent der Dienste waren Leiharbeitskräfte beschäftigt (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Festzuhl-

ten ist zudem der große Anteil an befristeten Stellen in der Altenpflege (Bispinck et al. 2013: 19).

Schaut man auf die Entwicklung der ambulanten Dienste (siehe Tabelle 6), wird zunächst deutlich, dass die Anzahl der Anbieter seit Einführung der Pflegeversicherung zugenommen hat. Hierbei haben vor allem Anbieter in privater Trägerschaft von 1999 bis 2011 nicht nur zahlenmäßig zugelegt (von 5.504 auf 7.772 Einrichtungen), sondern auch im Vergleich zu den freigemeinnützigen und öffentlichen ambulanten Diensten mit einem Anteil von 62,9 Prozent (2011) gegenüber 50,9 Prozent (1999). Bei den freigemeinnützigen Anbietern sind Anzahl (1999: 5.103 Dienste; 2011: 4.406 Dienste) und Anteil (1999: 47,2 Prozent; 2011: 35,7 Prozent) gesunken. Anteil (1999: 2,0 Prozent; 2011: 1,4 Prozent) und Bestand (1999: 213; 2011: 171) der Dienste in öffentlicher Trägerschaft sind auf einem konstant niedrigem Niveau geblieben und sogar noch weiter gesunken (Statistisches Bundesamt 2001, 2013a). Bemerkenswert ist, dass sich die Größenverhältnisse bei den privaten und freigemeinnützigen Trägern nicht direkt im Umfang der zu versorgenden Personen widerspiegeln: Knapp jeweils die Hälfte der Pflegebedürftigen wird durch private und freigemeinnützige Anbieter ambulant versorgt (Statistisches Bundesamt 2013a, siehe Tabelle 5). Demnach sind die ambulanten freigemeinnützigen Einrichtungen zwar tendenziell größer, zumindest die versorgten Pflegebedürftigen betreffend.

Tabelle 6:

Beschäftigte in der ambulanten Pflege 2011

	absolut	Anteil in Prozent
Altenpfleger_innen*	284.427	100,0
darunter:		
Vollzeit	79.755	28,0
über 50 Prozent	100.514	35,3
50 Prozent und weniger	42.487	14,9
geringfügig	61.671	21,7

*Altenpfleger_innen: einschließlich Altenpflegehelfer_innen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, eigene Berechnungen.

Verschiebungen sind auch mit Blick auf das Ausbildungsprofil festzuhalten. Unter den Beschäftigten in der Pflegebranche sind sowohl Anzahl als auch Anteil der Pflegefachkräfte gestiegen, und darüber hinaus – wenn auch auf weiter sehr geringem Niveau – die Anzahl der Personen mit einem akademischen Abschluss. Dennoch ist festzuhalten, dass in der stationären Versorgung 2011 43,6 Prozent der Beschäftigten keine pflegerische Qualifikation hatten, in der ambulanten Versorgung 26,5 Prozent (Auth 2013: 417). Auth (2013: 418) spricht entsprechend von „widersprüchlichen Tendenzen im Hinblick auf die Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen in der Pflegebranche“, wobei auf der einen Seite Formalisierung, (Semi-)Professionalisierung und Akademisierung stünden, auf der anderen Seite ein Ausbau des Sektors auf der Basis von Teilzeitbeschäftigung.

4.2.2 Einkommen

Nach Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst für Pflege- und Betreuungseinrichtungen (TVöD BT-B) verdienen examinierte Altenpfleger_innen ohne Leitungsfunktion bei Berufseinstieg mit einer Vollzeitstelle ab dem 1.3.2014 monatlich 2.282,63 Euro brutto (Entgeltgruppe 7a, Stufe 1), einschließlich anteilig berücksichtigter Sonderzahlung monatlich 2.453,83 Euro brutto.¹⁴ In dieser Entgeltgruppe beträgt das Einkommen in Stufe 6, die 15 Jahre nach dem Einstieg in Stufe 1 erreicht werden kann, monatlich 3.070,84 Euro brutto, einschließlich anteiliger Sonderzahlung 3.301,15 Euro brutto. Eine Pflegedienstleitung mit mindestens zehn unterstellten Pflegepersonen verdient monatlich 3.839,29 Euro brutto (Entgeltgruppe 9d, Stufe 3), einschließlich anteiliger Sonderzahlung monatlich 4.095,24 Euro brutto.

Die Mehrzahl der Beschäftigten in der Pflegebranche wird jedoch nicht nach Tarif bezahlt: „Faktisch fallen weder die Beschäftigten der privaten Träger noch der Großteil der Beschäftigten

kirchlicher oder sonstiger freigemeinnütziger Träger in den Geltungsbereich von Tarifverträgen“ (Auth 2013: 415). Laut der Befragung Lohnspiegel fielen 39 Prozent der Altenpfleger_innen unter einen Tarifvertrag (Stationsleiter_innen allerdings 49 Prozent, Altenpflegehelfer_innen 48 Prozent). Löhne in privaten Pflegediensten liegen unter denen im öffentlichen Dienst und den in den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Wohlfahrtsverbände festgehaltenen Löhnen. Nach Auth (2013: 417) überwiegen mittlerweile individualvertragliche Abkommen in der Branche, sie spricht von Enttariflichung im Kontext einer pluralisierten, privatisierten Trägerstruktur. „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das traditionelle deutsche Beschäftigungsmodell mit flächendeckenden Branchentarifverträgen und ausgebauten betrieblichen Mitbestimmungsrechten in der Altenpflege niemals angekommen ist“ (Auth 2013: 417).

Bispinck und das WSI-Tarifarchiv (2013: 206-207) halten die durchschnittlichen Tariflöhne von Altenpfleger_innen in den Tarifverträgen bzw. Arbeitsvertragsrichtlinien ausgewählter Wohlfahrtsverbände fest (Stand: September 2012, jeweils einschließlich Einmalzahlungen und fester Zulagen): Je nach Tarifvertrag kann hier das monatliche Einstiegsgehalt nach einer dreijährigen Ausbildung zwischen monatlich 2.206,00 Euro (TV AWO NRW) und monatlich 2.585,00 Euro (AVR DW Bayern) liegen. Die Tarifeinkommen in der maximalen Erfahrungsstufe variieren zwischen 2.695,00 Euro/Monat (AVB des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes) und 3.149,00 Euro/Monat (DRK-Reformtarif). Die tarifliche Vergütung von Pflegedienstleitungen der Wohlfahrtsverbände variiert zwischen monatlich 2.695,00 Euro (AVB des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, West) und monatlich 3.193,00 (AVR Diakonie Bayern, West); in der maximalen Erfahrungsstufe liegen die Beträge zwischen monatlich 3.047,00 Euro (AVB des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, West) und monatlich 3.684,00 (AVR Caritas, West). Da-

14 Ein Großteil der in der Pflege Beschäftigten hat eine Fachausbildung (etwa Altenpfleger_innen) oder eine verwandte Qualifikation (etwa Altenpflegehelfer_innen) (Auth 2013: 419; Theobald et al. 2013: 38).

mit liegen die Gehälter teils über den im Vergleichsjahr 2010 im öffentlichen Dienst gezahlten (Bispinck/WSI-Tarifarchiv 2013: 206-207). Nach Auth (2013: 416) lagen die durchschnittlichen Tarifabschlüsse (West) der Jahre 2008-2012 regelmäßig über den Lohnsteigerungen von Altenpfleger_innen und Pflegedienstleitungen (Ausnahme: 2009).

Die Reichweite der Tarifverträge und AVR sind – wie gesagt – begrenzt. Nach dem Lohnspiegel verdienen Altenpfleger_innen im Monat durchschnittlich 2.188,00 Euro, Altenpflegehelfer_innen erhalten durchschnittlich 1.887,00 Euro/Monat (Bispinck et al. 2013: 7).¹⁵ Seit 2010 gibt es einen Mindestlohn in der Pflegebranche (Altenpflege und ambulante Krankenpflege). Dieser beträgt seit Juli 2013 9,00 Euro (West) bzw. 8,00 Euro (Ost) und soll ab 2015 auf 9,40 Euro bzw. 8,65 Euro steigen. Laut BMAS fallen 780.000 Beschäftigte unter den Mindestlohn.¹⁶

Im ambulanten Dienst liegt der Frauenanteil an den Beschäftigten bei 87,6 Prozent und in der stationären Versorgung bei 85,0 Prozent. Wie in anderen Bereichen des Sozialsektors sind damit insbesondere Frauen von Teilzeitarbeit oder geringfügiger Beschäftigung betroffen. Dennoch muss darauf verwiesen werden, dass der Lohnspiegel keine geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede in der Altenpflege ausweist; Frauen verdienen sogar minimal mehr (Bräutigam et al. 2014: 29).

4.2.3 Erwerbskarriere

Die Arbeit in der Pflege ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden, die sich in Krankenschreibungen, Erwerbsminderungen und Frühverrentungen niederschlagen und eine kontinuierliche Beschäftigung in diesem Bereich nur schwer möglich machen (Backes et al. 2008; Backes et al. 2011; Theobald et al. 2013). Auth (2013: 418) verweist auf Studien, die eine Verschlechterung der

Arbeitsbedingungen seit Einführung der Pflegeversicherung belegen, und nennt als Hauptgründe Personalabbau und daraus folgend Zeitdruck, verringerte Entscheidungsspielräume und erhöhtes Arbeitsvolumen. Das Pflegestärkungsgesetz I soll auch dazu beitragen, die Anzahl der Betreuungskräfte in der stationären Pflege zu erhöhen. Inwiefern diese Maßnahme greift und auch zu einer tatsächlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen beiträgt, bleibt noch offen.

Dabei spielen im stationären und ambulanten Bereich unterschiedliche Belastungsfaktoren eine Rolle. Beispielsweise empfinden Pfleger_innen aus dem stationären Bereich (sowohl Krankenhaus als auch Pflegeheim) Lärm und den Umgang mit gefährlichen Stoffen als belastend, wohingegen im ambulanten Bereich unangenehme Temperaturen als Belastung benannt werden (Simon et al. 2005).¹⁷ Hinzu kommen in der Altenpflege Belastungen, die sich durch die Arbeitszeitgestaltung ergeben. Mit hohen Anforderungen sind Wechselschichten und geteilter Dienst verbunden – Arbeitszeiten, die einen Großteil der beschäftigten Pflegekräfte betreffen. Auch körperliche Belastungen, durch z. B. wiederholende Ausführung von Heben und Rumpfdrehungen, führen zu Schmerzleiden im Rücken- und Nackenbereich. Ferner bestehen organisationsbedingte Belastungen wie hoher Zeit- und Leistungsdruck und fehlende Pausen (Grabbe et al. 2006: 37-40). Aber auch Ressourcen als fördernde Aspekte spielen in der Pflege eine Rolle. Dazu zählt die Aufgabenvielfalt, die im ambulanten Dienst als höher empfunden wird als in der stationären Pflege. Die Unterstützung durch Kolleg_innen ist in den ambulanten Diensten vergleichsweise weniger vorhanden, weil hier der Kontakt zu anderen Kolleg_innen eher weniger gegeben ist (Grabbe et al. 2006).

Auch Theobald et al. (2013: 38-40) sehen als Folgen von Teilzeitbeschäftigung und atypischer Beschäftigung sowie einer hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastung, die mit Schicht-

15 Die Daten basieren auf Angaben von 534 Altenpfleger_innen sowie 268 Altenpflegehelfer_innen, die einen Online-Fragebogen zu ihrer Einkommenssituation auf der Internetseite www.lohnspiegel.de ausgefüllt haben. Um eine Vergleichbarkeit der Monatsverdienste zu ermöglichen, wurden die Gehälter auf 38 Wochenstunden umgerechnet.

16 Vgl. <http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/pflegemindestlohn-steigt.html> (19.11.2014).

17 Weitere Ausführungen siehe Simon et al. (2005).

und Nachtdiensten, Zeitdruck und Schwierigkeiten der Arbeitsorganisation verbunden ist, „[...] gesundheitliche Konsequenzen, einen Einfluss auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz sowie Fluktuation und Frühverrentung“ (Theobald et al. 2013: 42).¹⁸ Dennoch würden Studien darauf hinweisen, dass viele Pflegende mit ihrem Beruf zufrieden seien. Zum Abschluss ihrer Analyse weisen Theobald et al. (2013: 145) auf Unterschiede in der Gruppe der Pflegenden hin und – im Vergleich zum Fall Schweden – problematische Rahmenbedingungen in Deutschland: „In Deutschland finden insbesondere weniger qualifizierte Pflegekräfte deutlich schwierigere Bedingungen für kontinuierliche Erwerbsintegration vor. Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Anforderungen lassen sich in Deutschland als weitere Hürde erkennen. Die in geringem Umfang vorhandene öffentliche Unterstützung führt zur Notwendigkeit, einen Mix aus öffentlichen und privaten Unterstützungssystemen aufzubauen, der die außerberuflichen Belastungen weniger reduziert und generell von Selektionsprozessen begleitet wird.“

Es ist naheliegend, dass besonders die belastenden Faktoren seit Einführung der Pflegeversicherung eher weiter gestiegen sind. Hintergrund sind die mit der Pflegeversicherung geschaffenen Quasi-Märkte und der damit einhergehende Kostendruck für die Einrichtungen. Da Ausgaben für das Personal den größten Anteil an den Gesamtkosten ausmachen und hier die wesentlichen Einsparmöglichkeiten gesehen werden, wird auf der einen Seite die verfügbare Zeit der Pflegekräfte für ihre Aufgaben immer knapper, während auf der anderen Seite die Aufgaben zunehmen (Nowak 2011: 5).

Entsprechend der „Next-Studie“ (nurses' early exit study) zum Berufsausstieg von Fachkräften in Pflegeberufen wirkt kein anderer Aspekt so stark mit dem Wunsch nach einem Berufsausstieg zusammen, wie hohe quantitative Anforderungen. Diese Anforderungen tragen auch dazu bei,

dass die betroffenen Personen eher ausgebrannt sind und häufiger Fehltag aufweisen. Aber auch körperliche Anforderungen sind besonders in der stationären Pflege ausgeprägt (Simon et al. 2005: 14-18).

Der Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ zeigt auf Ebene der Einrichtungen, dass 2009 lediglich in 33 Prozent der ambulanten Dienste keine examinierten Pflegekräfte ausgeschieden sind. Dabei wiesen 19 Prozent der Einrichtungen 2009 eine Fluktuation von höchstens zehn Prozent auf, aber 13 Prozent verloren mindestens 30 Prozent ihrer ausgebildeten Pflegekräfte (Bundesministerium für Gesundheit 2011: 101). Hinsichtlich der nicht examinierten Pflegekräfte verhält es sich etwas anders; 2009 waren es hier 57 Prozent der Dienste mit solchem Personal, in denen keine nicht examinierten Pflegekräfte ausgestiegen sind, dafür haben aber bei 21 Prozent der Dienste die Hälfte der nicht examinierten Pflegekräfte den Arbeitgeber verlassen (wahrscheinlich hat sich hier die Wechselbereitschaft durch die gestiegene Nachfrage erhöht; Bundesministerium für Gesundheit 2011: 103). In einer anderen Studie wird deutlich, dass die Beschäftigten zwar häufig länger im Beruf arbeiten (zehn Jahre und mehr), die innerberufliche Mobilität aber sehr hoch ist, z.B. ein Wechsel von der stationären in die ambulante Pflege (Grabbe et al. 2006: 33).

4.2.4 Zwischenfazit

Der Vergleich des durchschnittlichen Gehalts von Altenpfleger_innen auf Basis des Lohnspiegels zum Durchschnittsentgelt in der Rentenversicherung (2014: 34.857,00 Euro jährlich/ 2.904,75 Euro monatlich) macht deutlich, dass Beschäftigte durchschnittlich weniger Einkommen beziehen als das Durchschnittsentgelt in der GRV. Mit Blick auf den Tariflohn kann davon ausgegangen werden, dass die Alterssicherung zwar im Falle langer, stabiler Berufslaufbahnen über

18 Die Autorinnen verweisen zudem auf die „Narbeneffekte“ der Teilzeitarbeit: „Sie zeigen sich beispielsweise in verminderten Partizipationschancen an Vollzeitarbeitsverhältnissen, geringeren Einkommens- und Karrieremöglichkeiten sowie eingeschränkten Zugängen zu Leistungen der sozialen Sicherung. Als besonders gefährdend werden hierbei geringfügige Beschäftigungsverhältnisse eingeschätzt, wohingegen Teilzeitarbeitsverhältnisse von mehr als 30 Stunden als unproblematischer für den weiteren Erwerbsverlauf und die soziale Absicherung erachtet werden“ (Theobald et al. 2013: 38).

die GRV möglich ist. Jedoch ist mit Verweis auf den tatsächlichen Arbeitsumfang der Beschäftigten, die Trägerstruktur und die abnehmende Tarifbindung sowie durch Unterbrechungen des Erwerbslebens bzw. vorzeitige Ausstiege aus der Erwerbstätigkeit eher zu vermuten, dass ein Großteil der Beschäftigten in diesem Bereich des Sozialsektors keine ausreichenden Ansprüche in der GRV aufbauen und keine private Vorsorge betreiben kann. Auth (2013: 421) schließt entsprechend aus ihrer Analyse der Beschäftigung im Pflegesektor: „Die in der Pflegebranche dominierenden Teilzeitbeschäftigungen gehen meist nicht mit existenzsichernden Löhnen und Renten oberhalb der Armutsgrenze einher“.

4.3 Krankenpfleger_innen

Krankenpfleger_innen (sowie Krankenpflegehelfer_innen) betreuen und versorgen Patient_innen in Krankenhäusern. Die Krankenhauskosten machen etwa ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Deutschland aus. „Von daher ist es nicht verwunderlich, dass vor allem die Krankenhäuser zu Arenen tief greifender Strukturreformen und zum Zielort von Einsparungsbemühungen wurden“ (Nock et al. 2013: 9). Zugleich stellen die über 2.000 Krankenhäuser den größten Beschäftigungssektor im Gesundheitssystem dar (Nock et al. 2013). Wie oben angedeutet, zielte eine Reihe von Reformen auf eine Eindämmung der Kosten im Krankenhaussektor, darunter die Einführung des DRG-Systems und die Schaffung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern.

4.3.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus

Im *Pflegedienst der Krankenhäuser* waren 2013 382.278 Personen tätig.¹⁹ Mit 86,9 Prozent sind überwiegend Frauen in diesem Bereich beschäftigt (Männer: 13,1 Prozent). 49,1 Prozent der im Pflegedienst beschäftigten Personen arbeiten in einer Teilzeit- oder einer geringfügigen Beschäftigung. Während 53,1 Prozent der Frauen eine reduzierte Arbeitszeit aufweisen, sind es nur 23,2 Prozent der Männer (Statistisches Bundesamt 2014a, siehe Tabelle 7).²⁰ Verglichen mit dem Personalstand von 1993 wird deutlich (siehe Abbildung 5), dass nach einer längeren Phase des Beschäftigtenrückgangs wieder mehr Personen in der Krankenpflege tätig sind. Wird jedoch berücksichtigt, wie sich die Teilzeitanteile der Beschäftigten und die Vollzeitäquivalente entwickeln, dann wird diese Entwicklung relativiert – es sind zwar wieder mehr „Köpfe“ beschäftigt, die vorhandene Arbeitskraft erreicht aber nicht mehr das Niveau von 1993.

Damit ist festzuhalten: „Die Gesundheitswirtschaft präsentiert sich als ein Beschäftigungsfeld, in dem die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung derzeit eine dominierende Position einnimmt. Parallel zum Ausbau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist das Berufsfeld ‚Gesundheit und Pflege‘ jedoch durch erhebliche beschäftigungsstrukturelle Umbrüche gekennzeichnet, die sich durch den Ausbau von Teilzeitarbeit, geringfügiger und befristeter Beschäftigung charakterisieren lassen. Die atypische Beschäftigung hat in den vergangenen Jahren im ‚Jobmotor Gesundheitswirtschaft‘ an Bedeutung gewonnen“ (Evans et al. 2011: 31).

19 Es werden hier nur die Krankenhäuser betrachtet, die vom Statistischen Bundesamt als Allgemeine Krankenhäuser zusammengefasst sind. Dazu gehören jene Einrichtungen mit vollstationären Abteilungen. Nicht berücksichtigt werden Krankenhäuser, die ausschließlich Betten für Behandlungen von psychiatrischen, psychotherapeutischen oder neurologischen Patient_innen vorsehen (Statistisches Bundesamt 2014: 3).

20 Von diesen Personen sind 15.395 Pflegehelfer_innen.

Tabelle 7:

Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 2013; Anteile nach Geschlecht und nach Beschäftigungsstatus

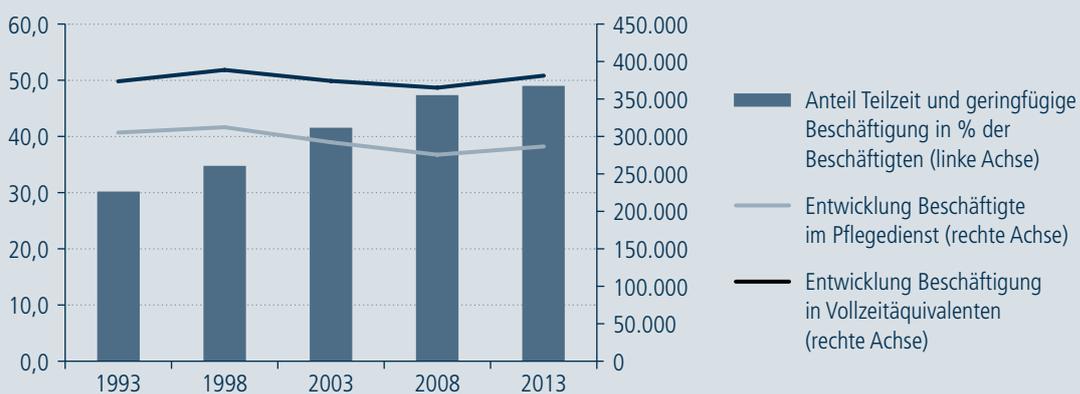
Beschäftigung und Anteil Frauen/Männer an Beschäftigten und Teilzeit/geringfügig Beschäftigten		
	absolut	Anteil in Prozent
Beschäftigte im Pflegedienst	382.278	100,0
weiblich	332.156	86,9
männlich	50.122	13,1
teilzeit/geringfügig beschäftigt	187.876	49,1
darunter:		
weiblich	176.229	93,8
männlich	11.647	6,2
Anteil Teilzeit/geringfügig Beschäftigter an Frauen/Männern		
	weiblich	männlich
gesamt	332.156	50.122
Anzahl teilzeit/geringfügig beschäftigt	176.229	11.647
Anteil in Prozent	53,1	23,2

Der Pflegedienst umfasst Krankenpfleger_innen sowie Krankenpflegehelfer_innen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014a, eigene Berechnungen.

Abbildung 5:

Entwicklung von Beschäftigung und reduzierter Arbeitszeit im Pflegedienst



Der Pflegedienst umfasst Krankenpfleger_innen sowie Krankenpflegehelfer_innen.

Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge).

In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl der Krankenhäuser (nur Allgemeine Krankenhäuser) zurückgegangen: In einem Zeitraum von 20 Jahren (von 1993 bis 2013) hat die Anzahl an Kliniken um 21 Prozent abgenommen (Statistisches Bundesamt 1995, 2000, 2005, 2010, 2014a). Daneben haben sich insbesondere die Anteile der Krankenhäuser mit öffentlichen und privaten Trägern verschoben. Waren 1993 noch 43,4 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Hand, sind es 2013 nur noch 30,0 Prozent. Im selben Zeitraum ist der Anteil an privaten Kliniken von 16,5 Prozent auf 34,6 Prozent angewachsen. Lag der Anteil der freigemeinnützigen Einrichtungen bis 2000 über 40 Prozent, sank er bis 2013 auf 35,4 Prozent. Damit machen die öffentlichen Einrichtungen mittlerweile den geringsten Anteil aus.

Mit dem Rückgang an öffentlichen Krankenhäusern sank auch der Anteil der dort beschäftigten Pflegekräfte (umgerechnet in Vollzeitäquivalente) zwischen 1993 und 2013 von 62,3 Prozent auf 51,3 Prozent, wohingegen im selben Zeitraum der Anteil der Beschäftigten in den privaten Einrichtungen von 3,9 auf 15,9 Prozent zunahm. Der Beschäftigtenumfang in den freigemeinnützigen Krankenhäusern blieb auf einem etwa

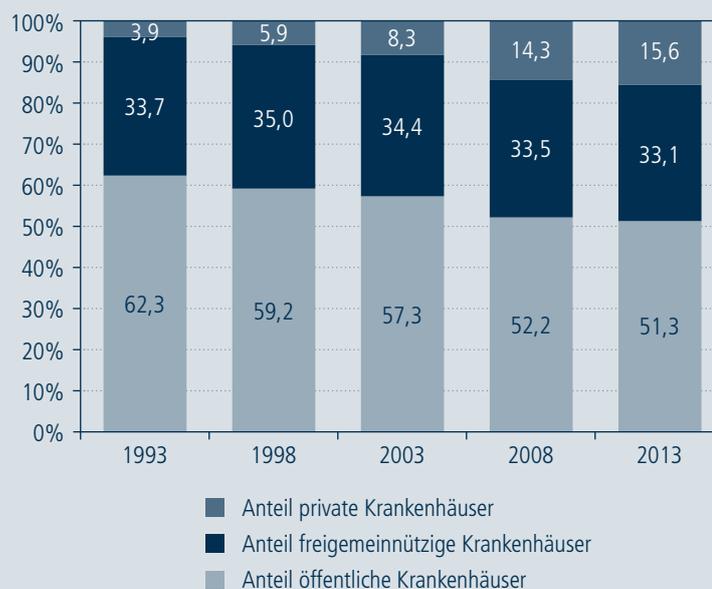
gleich hohen Niveau (1993: 33,5 Prozent; 2013: 33,1 Prozent) (Abbildung 6). Obwohl der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser und damit auch der Anteil die öffentlich Beschäftigten zurückgegangen sind, stellen sie verglichen mit den Beschäftigten in freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern die größte Gruppe.

4.3.2 Einkommen

Nach TVöD Krankenhäuser (TVÖD BT-K) verdienen examinierte Krankenpfleger_innen bei Berufseinstieg seit dem 1.3.2014 monatlich 2.282,63 Euro brutto (E 7a, Stufe 1), bei anteiliger Berücksichtigung der Sonderzahlung monatlich 2.453,83 brutto. In dieser Entgeltgruppe beträgt das Einkommen in Stufe 6, die 15 Jahre nach dem Einstieg in Stufe 1 erreicht werden kann, monatlich 3.070,84 Euro brutto, einschließlich anteiliger Sonderzahlung 3.301,15 Euro brutto. Pflegedienstleitungen (mind. 200 Personen unterstellt) erzielen nach Tarifvertrag ein Einkommen von monatlich 4.380,13 Euro brutto (E 11a, Stufe 5), bei anteiliger Berücksichtigung der Sonderzahlung 4.672,14 Euro brutto.

Abbildung 6:

Entwicklung der Beschäftigung im Pflegedienst (Vollzeitäquivalente) nach Krankenhausträger



Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge).

Die Tarifbindung in Krankenhäusern liegt – auf Grundlage des Lohnspiegels – bei 87 Prozent der Beschäftigten (Bispinck et al. 2013: 16). Die Regelungen des TVöD gelten jedoch nur für die Krankenpfleger_innen, die in einem öffentlichen Krankenhaus angestellt sind. Die Entgelte für die Krankenpflegekräfte in privaten Krankenhäusern sind zumeist geringer als die der Krankenpfleger_innen in öffentlichen Einrichtungen (Schulzen/Böhlke 2009: 111-112).

Weitere Erkenntnisse zur Einkommenssituation von Krankenpfleger_innen ermöglicht der Lohnspiegel. Danach verdienen Pflegekräfte in Krankenhäusern 2.753,00 Euro/Monat und damit um einiges mehr als Altenpfleger_innen (Bispinck et al. 2013: 9).²¹ Die Einkommen unterscheiden sich nach dem Geschlecht. So arbeiten Männer vermehrt als Operationspfleger oder als Anästhesiepfleger, also in Bereichen, in denen das durchschnittliche Einkommen am höchsten ist (Bispinck et al. 2013:15). Bräutigam et al. (2014: 29) halten darüber hinaus fest, dass in allen Berufsgruppen in den Gesundheits- und Pflegeberufen mit der Ausnahme der Altenpflege Männer mehr verdienen als Frauen – dies träfe auch für die Gesundheitsberufe insgesamt zu. Der ausgeübte Beruf zähle zu den wichtigsten Faktoren zur Erklärung der Einkommensunterschiede. „Auch in typischen Frauenberufen des Gesundheitswesens verdienen Frauen jedoch weniger als ihre männlichen Kollegen, so dass gängige Erklärungsmuster wie typische Frauen- oder Männerberufe hier nur bedingt tragfähig sind.“

4.3.3 Erwerbskarriere

Die Arbeit in der Krankenpflege ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden (Glaser/Höge 2005). Dass diese Belastungen auch zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben beitragen können, ist nahe liegend. Zu unterscheiden sind quantitative, körperliche und psychosoziale Anforderungen. Insbesondere Krankenpfleger_in-

nen auf Intensivstationen und Normalstationen geben hohe quantitative Anforderungen an (Simon et al. 2005: 15). Krankenpfleger_innen von Normalstationen weisen zudem erhöhte körperliche Anforderungen auf, wohingegen die Krankenpfleger_innen auf den Intensivstationen etwas mehr emotionalen Anforderungen ausgesetzt sind (Simon et al. 2005: 16-20). Besonders im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs wird für den Bereich der Krankenhausversorgung eine zunehmende Arbeitsverdichtung beobachtet (Buhr/Klinke 2006). Zu den größten empfundenen Belastungen gehören hoher Zeitdruck und Unterbrechungen, aber auch die Angst um den eigenen Arbeitsplatz, die mit der Einführung der Fallpauschalen zum Teil angestiegen sind (Braun et al. 2010). Auch Belastungen, die sich durch das Arbeiten in Schichten ergeben, sind relevant, da dies einen nicht unerheblichen Teil der Krankenpfleger_innen betrifft (Nock et al. 2013: 23).²² Nock et al. (2013: 25) präsentieren auf Daten aus einer Erhebung unter Krankenpflegekräften, denen zufolge zwar eine Mehrheit (56,3 Prozent) angab, dass ihr Krankenhaus finanziell gut ausgestattet sei, das Personal aber nicht ausreiche (87,5 Prozent), Arbeit unter Zeitdruck erfolge (92 Prozent), die Pflegekräfte darauf achten müssten, Kosten sparend zu arbeiten (79,3 Prozent) und sie immer mehr Arbeit in immer kürzerer Zeit erledigen müssten (95,1 Prozent). „Was die empfundene Arbeitsbelastung und die gesundheitlichen Folgen anbelangt, so stießen beinahe neun von zehn Pflegekräfte bei der Arbeit an ihre Belastbarkeitsgrenzen und hatten bereits gesundheitliche Probleme, die sie in Verbindung mit ihrer Tätigkeit sehen. Des Weiteren können es sich mehr als zwei Drittel der Befragten nicht vorstellen, auch in zehn Jahren noch im Krankenhaus arbeiten zu können. [...] Angesichts dieser pessimistischen Prognose und der relativ ausgeprägten Unzufriedenheit der Beschäftigten mit ihren Arbeitsbedingungen kann es überraschen, dass ‚nur‘ knapp 40 Prozent der Pflegekräfte über

21 Die Daten basieren auf Angaben von 1.407 Beschäftigten in Pflegeberufen in Krankenhäusern, die einen Online-Fragebogen zu ihrer Einkommenssituation auf der Internetseite www.lohnspiegel.de ausgefüllt haben. Um eine Vergleichbarkeit der Monatsverdienste zu ermöglichen, wurden die Gehälter auf 38 Wochenstunden umgerechnet.

22 Vgl. zur Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen im Zeitverlauf auch Bräutigam et al. (2014: 44).

einen Wechsel in eine andere Einrichtung bzw. in einen anderen Beruf nachdenken. Dies mag zum einen mit der als stark empfundenen Arbeitsplatzsicherheit zu tun haben, sind doch 84,1 Prozent unbesorgt, was den Fortbestand ihrer Beschäftigung betrifft. Zum anderen gehen – trotz der vielfach als widrig erlebten Umstände – immerhin 71 Prozent der Pflegekräfte an den meisten Tagen gerne zur Arbeit“ (Nock et al. 2013: 31-32).²³

Vergleicht man die Verweildauern nach der Erstausbildung im mittleren Erwerbstätigenalter, lassen sich Unterschiede zwischen Krankenpfleger_innen und Altenpfleger_innen feststellen.²⁴ Behrens et al. (2008: 31) zeigen, dass Krankenpfleger_innen nach der Ausbildung länger im Beruf verbleiben als Krankenpflegehelfer_innen und Altenpfleger_innen. Dennoch zeigen sich hier für alle Berufsgruppen stabile Verläufe, da die überwiegende Mehrheit nach zehn Jahren weiterhin in einem dieser Berufe beschäftigt ist (Behrens et al. 2008: 28-32). Auch werden hohe Rückkehraten nach der Familienphase nachgewiesen, insbesondere bei den Krankenpfleger_innen. Diese kehren auch vergleichsweise schneller als Beschäftigte anderer Berufsgruppen in ihren Beruf zurück (Behrens et al. 2008: 37-40). Die Krankenpfleger_innen zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie im Beobachtungszeitraum von 15 Jahren die meisten Tage aufweisen, an denen sie beschäftigt waren. Ihnen folgen die Altenpfleger_innen und die Krankenpflegehelfer_innen (Behrens et al. 2008: 40-42). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Braun und Müller (2005) auf Basis ihrer Untersuchung von Routinedaten der GEK. Die Pflegehelfer_innen haben dabei die höchsten Übergangsraten und die kürzesten Erwerbsepisoden. Auch im Hinblick auf einen Berufswechsel weisen die Pflegehelfer_innen eine höhere Wahr-

scheinlichkeit als Krankenpfleger_innen auf, den Beruf zu wechseln (Braun/Müller 2005: 137-139).

4.3.4 Zwischenfazit

Im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Berufsgruppen sind die Krankenpfleger_innen hinsichtlich des Einkommens besser gestellt und zudem ist der Umfang der Erwerbstätigkeit größer und die Berufskarrieren in diesem Beruf sind stabiler. Dennoch kommen auch hier atypische Formen der Beschäftigung, insbesondere Teilzeit, in großem Maße vor und sind belastende Arbeitsbedingungen festzuhalten, die dem Aufbau einer ausreichenden individuellen Rente entgegenwirken. Deutlich wird auch hier, dass die Teilzeitarbeit insbesondere die weiblichen Beschäftigten in diesen Berufen betrifft. Ähnlich wie in der Altenpflege kann ein Lohn nach Tarifvertrag zu einer guten Alterssicherung beitragen, die Daten des Lohnspiegels legen aber nahe, dass vielfach Löhne unterhalb des Durchschnitts in der Rentenversicherung gezahlt werden. Der Lohnspiegel zeigt außerdem, dass sich hinter dem Bild der Krankenpflegerin und des Krankenpflegers spezialisierte Berufe verbergen, die mit unterschiedlich hohen Gehältern verbunden sind (etwa Operationspfleger_innen).

Durchaus passend dokumentieren Bräutigam et al. (2014: 40) Skepsis bezüglich der materiellen Folgen der eigenen Arbeit: In einer Online-Erhebung unter Beschäftigten im Pflegedienst und ärztlichen Dienst bewerteten 48,5 Prozent der Befragten aus dem Pflegedienst die Aussage „Durch meine Arbeit kann ich meine Rente nicht sichern“ als völlig oder ziemlich zutreffend gegenüber 28,3 Prozent, die sie als nicht so zutreffend bzw. völlig unzutreffend zurückwiesen.

23 Hier aus Platzgründen ausgespart blieb die Beobachtung, dass die Pflegenden die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie ihr Gehalt kritisch beurteilen (Nock et al. 2013: 31).

24 Pflegekräfte nach der Erstausbildung im Alter zwischen 20 und 25 Jahren und im mittleren Erwerbstätigenalter zwischen 35 und 44 Jahren, Beobachtungszeitraum von 1995-2005, Daten der GEK, Vergleich von Pflegekräften in Rheinland-Pfalz mit dem restlichen Bundesländern (Behrens et al. 2008).

4.4 Ärzt_innen

Die Betrachtung der Ärzt_innen als weiterer Beschäftigtengruppe ist nahe liegend, weil sich, obwohl sie im gleichen Feld beschäftigt sind, ihre Einkommens- und Arbeitsbedingungen stark von denen der Krankenpflege unterscheiden und es dementsprechend auch Differenzen in der Alterssicherung gibt. Zentrale Aufgaben der Ärzt_innen sind es, Diagnosen zu erstellen und entsprechende Behandlungen durchzuführen, um die Gesundheit und Lebensqualität von Patient_innen zu verbessern oder wiederherzustellen. Ärzt_innen können sowohl selbstständig, d.h. als niedergelassene Ärzt_innen mit eigenen Praxen arbeiten, als auch abhängig Beschäftigte sein, die überwiegend in Krankenhäusern angestellt sind. Die abhängig Beschäftigten stehen im Weiteren im Vordergrund.

4.4.1 Beschäftigung und Beschäftigungsstatus

Insgesamt waren 2013 156.574 Ärzt_innen in Krankenhäusern beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2014a). Dabei hat sich, ähnlich wie bei

den Pflegekräften, die Arbeitgeberlandschaft im Laufe der Zeit geändert (vgl. Abbildung 7). Waren 1993 noch 68,1 Prozent der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) in einer öffentlichen Einrichtung beschäftigt, waren es 2013 55,4 Prozent. Demgegenüber nahm der Anteil der Ärzt_innen in privaten Krankenhäusern im selben Zeitraum von 2,8 Prozent auf 15,0 Prozent zu. Bemerkenswert an den Ärzt_innen in Krankenhäusern gegenüber den anderen betrachteten Berufsgruppen ist der hohe Anteil (55 Prozent) an männlichen Beschäftigten (Tabelle 8). Blickt man auf den Beschäftigungsstatus, wird deutlich, dass 2013 jede/jeder fünfte einer Teilzeitbeschäftigung nachging. Während aber nur 10,2 Prozent der Männer einer Teilzeittätigkeit nachgingen, waren es immerhin 30,9 Prozent der Frauen (Statistisches Bundesamt 2014a). Seit 1993 nahm nicht nur die Anzahl der beschäftigten Ärzt_innen zu, sondern auch die Teilzeit, sodass die Entwicklung der Vollzeitäquivalente weniger steil ausfällt (vgl. Abbildung 8). Dennoch hat hier im Unterschied zum Pflegedienst tatsächlich ein Beschäftigungszuwachs stattgefunden.

Tabelle 8:

Ärztlicher Dienst in allgemeinen Krankenhäusern; Anteile nach Geschlecht und nach Beschäftigungsstatus

	absolut	Anteil in Prozent
Beschäftigte im ärztlichen Dienst	156.574	100,0
weiblich	70.460	45,0
männlich	86.114	55,0
teilzeit/geringfügig beschäftigt	30.570	19,5
darunter:		
weiblich	21.755	71,2
männlich	8.815	28,8
Anteil Teilzeit/geringfügig Beschäftigter an Frauen/Männern		
	weiblich	männlich
gesamt	70.460	86.114
Anzahl teilzeit/geringfügig beschäftigt	21.755	8.815
Anteil in Prozent	30,9	10,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014a.

Abbildung 7:

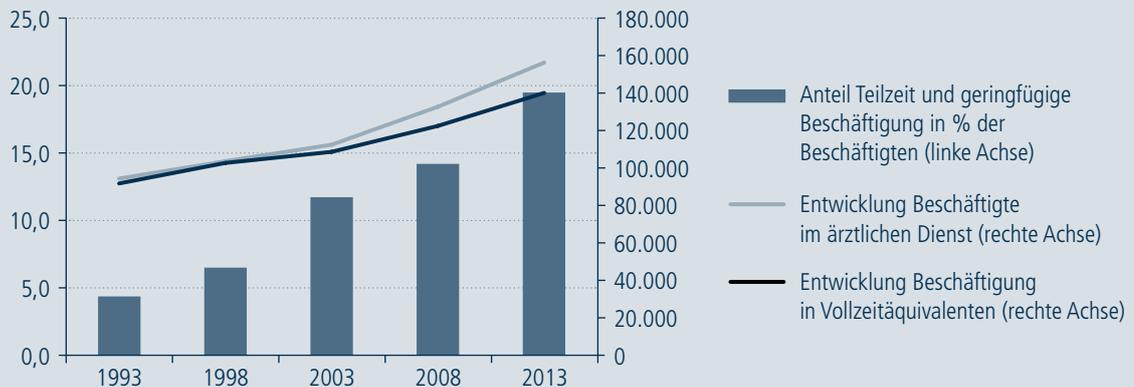
Entwicklung der Beschäftigung im ärztlichen Dienst (Vollzeitäquivalente) nach Krankenhausträger



Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge).

Abbildung 8:

Entwicklung von Beschäftigung und reduzierter Arbeitszeit im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern



Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge).

4.4.2 Einkommen

Dem Einkommen der Ärzt_innen kann man sich über die tariflichen Vereinbarungen, die der Marburger Bund mit den kommunalen Arbeitgeber_innen vereinbart hat, nähern (Tabelle 9): Im Rahmen des TV-Ärzte VKA verdienen Ärzt_innen

2014 in der Entgeltstufe I 4.023,08 Euro/Monat. Ein höheres Gehalt erzielen Ärzt_innen einer vergleichbaren Eingruppierung in privaten Kliniken, wie beispielsweise für Helios angeführt. Schlechtere Einkommen werden dagegen in freigemeinnützigen Einrichtungen gezahlt.

Tabelle 9:

Tarifentgelte Ärzte Stufe 1 oder Ä1

Stufe 1 oder Ä1	kommunale Krankenhäuser Ab 1.1.2014	Helios Ab 1.1.2014	DRK Süd-West Ab 1.10.2010
Arzt (Entgeltgruppe 1)	4.023,08	4.204,38	3.717,60
Facharzt (EG 2)	5.309,81	5.422,34	4.906,62
Oberarzt (EG 3)	6.650,86	6.920,29	6.145,83
Leitender Oberarzt (EG4)	7.823,56 und <	8.030,86 und < AT	7.229,49

Quelle: Tarifvertrag für Ärzt_innen an den Kliniken der DRK Trägergesellschaft Süd-West vom 5.5.2009; Entgelttarifvertrag für Unternehmen des HELIOS-Konzerns vom 14.12.2006; Tarifvertrag für Ärzt_innen an kommunalen Krankenhäusern vom 17.8.2006.

Lohnunterschiede können auch zwischen Frauen und Männern ausgemacht werden. Auf Basis der Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien (SIAB) wird für Vollzeit beschäftigte männliche Krankenhausärzte ein durchschnittliches Bruttoeinkommen von 5.286,00 Euro/Monat und für Ärztinnen von 4.633,00 Euro/Monat ausgewiesen (Bellmann et al. 2013: 81). Jedoch ist im Ärzterberuf der Gender Pay Gap nach den Beschäftigten in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (10,2 Prozent) mit 12,3 Prozent am geringsten (Belmann et al. 2013: 85).

4.4.3 Erwerbskarriere

Ähnlich wie beim Krankenpflegepersonal empfinden auch Ärzt_innen eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen (Bräutigam et al. 2014: 44). Auch die DRG-Folgenforschung zeigt, dass Ärzt_innen zunehmend insbesondere über ständigen Zeitdruck und unregelmäßige Arbeitszeiten klagen (Braun et al. 2010: 128). Aber auch der Personalmangel scheint für die eigene Arbeit als belastend empfunden zu werden (Bräutigam et al. 2014: 130). Trotz bestehender Ähnlichkeiten hinsichtlich der Belastungen bei den Pflegekräften und Ärzt_innen scheinen sich alternative berufliche Optionen, wie der Ausstieg aus der Krankenhausarbeit, zwischen Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen zu unterscheiden. Zu vermuten ist, dass eine Beendigung der Beschäftigung von Krankenhausärzt_innen nicht unbedingt mit einschneidenden Verlusten im Einkommen einhergeht, da Ärzt_innen auch als Selbstständige ein

Einkommen erzielen können und diese Aufnahme von Selbstständigkeit nach einer Assistenzarztphase bzw. Phase der Ausbildung zum/zur Fachärzt_in für viele eine „reguläre“ Laufbahn darstellt. Auch ein Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit ist möglich, also etwa ein Wechsel zu Tätigkeiten im Gesundheitsmanagement, zu gutachterlichen Tätigkeiten oder in die Arbeitsmedizin (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004: 87).

4.4.4 Zwischenfazit

Die Arbeitsbelastungen und -anforderungen sind bei den Ärzt_innen und den Krankenpfleger_innen ähnlich hoch (Glaser/Höge 2005). Dagegen sind die Einkommensbedingungen für einen Großteil der Ärzt_innen nach ihrer eigenen Einschätzung für die eigene Altersvorsorge ausreichend (Bräutigam et al. 2014: 18). Die Tarifentgelte liegen deutlich über dem Durchschnittsentgelt der GRV. Erwerbsverläufe, die mit Übergängen in Erwerbsminderungsrenten oder in mutmaßlich schlechter bezahlte Tätigkeiten verbunden sind, können mit der bestehenden Datenlage nicht nachgewiesen werden. Auch hier sind es die Frauen, die durch einen höheren Anteil an atypischer Beschäftigung in diesem Bereich auffallen, wobei Frauen zugleich einen zunehmenden Anteil der Ärzt_innen stellen (Statistisches Bundesamt 2014a). Es ist davon auszugehen, dass sich atypische Beschäftigung insbesondere bei einer länger andauernden Tätigkeit mit reduziertem Stundenumfang negativ auf die Vorsorgemöglichkeiten auswirkt.

5. Exkurs: Care im privaten Bereich

Nicht professionelle, im privaten bzw. familiären Bereich erbrachte Betreuungs- und Versorgungsleistungen gehen meist Hand in Hand mit oder sind komplementär zu den Leistungen des Sozialsektors. Zu den Versorgungsbereichen, die im Privaten geleistet werden (können), gehört die Versorgung und Erziehung von Kindern und die Pflege älterer Angehöriger. Beide Versorgungsarbeiten unterscheiden sich jedoch erheblich voneinander – nicht zuletzt in der sozialpolitischen Anerkennung und Regulierung.

Für die Versorgung von Kindern ist eine Erwerbsunterbrechung durch das Elternzeitgesetz (und durch den Mutterschutz) geregelt. Damit besteht ein rechtlicher Rahmen, durch den der Ausstieg aus Beschäftigung, die Unterbrechungsphase und der Wiedereinstieg in die Beschäftigung der Eltern abgesichert sind. Anspruch auf Elternzeit haben lediglich Arbeitnehmer_innen (unabhängig von der Beschäftigungsform). Der Anspruch besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes. Eine Beschäftigung ist in dieser Zeit bis zu 30 Stunden in der Woche möglich. Die Geburt eines Kindes geht insbesondere für Frauen mit einer Unterbrechung der Erwerbsbiografie einher. So unterbrechen 29 Prozent der Mütter ihre Beschäftigung für weniger als ein Jahr; weitere 16 Prozent für ein bis zwei Jahre, über 40 Prozent länger als zwei Jahre und zwölf Prozent sogar für zehn Jahre und mehr (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: 18).

Seit 2007 können Eltern ab der Geburt des Kindes bis zu 14 Monate Elterngeld beziehen (es besteht auch die Möglichkeit, bei entsprechend reduzierten Zahlbeträgen den Bezug zu verlängern), dessen Höhe sich an dem vorangegangenen Einkommen orientiert (mindestens 300,00 Euro; höchstens 1.800,00 Euro). Voraussetzung ist die Betreuung des Kindes und dass eine Erwerbstätig-

keit auf höchstens 30 Stunden/Woche beschränkt wird. Der Bezug von 14 Monaten dieser Leistung ist an die Bedingung gebunden, dass jeder Partner mindestens zwei Monate bezieht (sogenannte Partnermonate). Während der Bezugszeit bleibt die Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bestehen, das Elterngeld wird nicht verbeitragt.

Zeiten der Kindererziehung werden in der GRV in einem gewissen Umfang als Pflichtbeitragszeiten behandelt. Kindererziehungszeiten für ab 1992 geborene Kinder werden einem Elternteil für drei Jahre mit je einem Entgeltpunkt – also dem durchschnittlichen Einkommen entsprechend – gutgeschrieben und begründeten Ansprüche (für vor 1992 geborene Kinder werden zwei Entgeltpunkte gutgeschrieben). Ist das Elternteil gleichzeitig erwerbstätig, werden die daraus entstehenden Ansprüche mit jenen für die Kindererziehungszeit addiert und in der Höhe durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. Problematisch aus Sicht des Alterssicherungssystems erscheint angesichts dieser Regulierung eine durch Kindererziehung bedingte Unterbrechung der Erwerbskarriere vor allem mit Blick auf den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben bzw. bezüglich der Fortsetzung einer Erwerbskarriere.

Auch die Pflege von älteren Angehörigen fällt bei einer Vielzahl von Personen in das erwerbsfähige Alter (Lüdecke et al. 2008: 11; Schneekloth 2005: 77). Die Mehrheit der Pflegenden ist zwischen 30 und 64 Jahren alt. Dennoch befindet sich immerhin ein Drittel in der Nacherwerbsphase (hier werden insbesondere partnerschaftliche Pflegeformen relevant) (Runde et al. 2009: 15). Bei der durchschnittlichen Länge der pflegerischen Versorgung reichen die Angaben von 3,5 Jahren bis hin zu 8,2 Jahren. Unter Berücksichtigung der Hilfebedürftigkeit (also unter Einschluss von Zeiten ohne Bezug von Pflegeleis-

tungen) ergibt sich eine Dauer von bis zu 9,2 Jahren (Schneekloth 2005: 73; Rothgang et al. 2009: 139-140; Müller et al. 2010: 231). Mit Blick auf die Erwerbsunterbrechungen bei den Pflegenden wird deutlich, dass die Hälfte bereits zu Beginn der pflegerischen Versorgung keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Weitere zehn Prozent gaben zugunsten der Pflege ihre Beschäftigung auf und elf Prozent reduzierten die Arbeitszeit (Schneekloth 2005: 79).

Für Zeiten der Pflege von Angehörigen sind die sozialpolitischen Maßnahmen zur Unterstützung von Pflegepersonen weniger umfassend als bei der Kindererziehung. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I erhalten Pflegende ab 2015 mit dem Pflegeunterstützungsgeld eine Lohnersatzleistung. Ein Anspruch für maximal zehn Tage liegt dann vor, wenn kurzfristig für einen nahen Angehörigen ein Pflegearrangement organisiert werden muss. Einkommensersatzleistungen für längere Phasen der Angehörigenpflege (etwa der gesetzlich geregelten Pflegezeit), die nur durch eine Erwerbsunterbrechung oder mit einer Arbeitszeitreduzierung möglich sind, werden nicht geleistet. Hier haben aber die Pflegebedürftigen die Möglichkeit, über das Pflegegeld die Pflegenden zu bezahlen.

Im Rahmen der „Familienpflegezeit“ können Beschäftigte in einer ersten Phase die Arbeitszeit für maximal zwei Jahre bis auf 15 Stunden in der Woche und ihr Entgelt auf 75 Prozent reduzieren. In der zweiten Phase erfolgt wieder eine Beschäftigung in Vollzeit, während das Entgelt bei 75 Prozent bleibt.

Für pflegende Angehörige werden jedoch Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Unfallversicherung von der Pflegekasse übernommen, sofern die Pflegenden nicht mehr als 30 Stunden in der Woche einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Dabei ist hervorzuheben, dass vor allem die Beiträge zur sozialen Sicherung im Alter durch die Pflegeversicherung unterhalb des durchschnittlichen Einkommensniveaus und da-

mit auch unterhalb der rentenrechtlichen Anerkennung von Kindererziehungszeiten liegen. Die Pflege von Angehörigen wird dann rentenrechtlich berücksichtigt, wenn die pflegebedürftige Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche die pflegebedürftige Person unentgeltlich in der häuslichen Umgebung pflegt. Die Höhe der Rentenansprüche orientiert sich an der Pflegestufe und dem zeitlichen Pflegeaufwand. Beispielsweise erhalten Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person mit der Pflegestufe I 14 Stunden pro Woche pflegen, 26,6667 Prozent der Bezugsgröße pro Monat. Maximal 80 Prozent der Bezugsgröße können die Pflegenden generieren, wenn die pflegebedürftige Person in der Pflegestufe III mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird. Das bedeutet, dass 2013 mindestens 718,67 Euro, maximal 2.156,00 Euro als Bemessungsgrundlage (West) dienen.

Zusammengenommen erfährt die familiäre Sorgearbeit eine unterschiedliche sozialpolitische Rahmung. Eine Erwerbsunterbrechung für die Kinderversorgung wird von staatlicher Seite her wesentlich länger finanziell unterstützt, als es für die Pflege der Fall ist. Auch im Hinblick auf den Erwerb von Rentenansprüchen werden Kindererziehungszeiten mit insgesamt maximal drei Entgeltpunkten pro Kind honoriert. Dagegen werden Unterbrechungen für die Versorgung von Pflegebedürftigen vom Staat nicht direkt finanziell gesichert. Zwar können die Pflegebedürftigen das Pflegegeld an die Pflegenden auszahlen, doch bleibt der Umfang dieser Leistung tendenziell gegenüber dem Elterngeld zurück und ist nicht an das vorherige Erwerbseinkommen gekoppelt. Hinzu kommt, dass die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegezeiten nicht in dem Umfang ermöglicht wird, wie es für die Kindererziehung geschieht. Es zeigt sich damit, dass die formelle Versorgung von Pflegebedürftigen letztlich faktisch höher bewertet wird als die informelle.

6. Fazit

Die Analyse von Einflüssen auf die Alterssicherung der Beschäftigten im Sozialsektor in den vorangegangenen Abschnitten legt nahe, dass für viele Beschäftigte in diesem Bereich geringe Renten zu erwarten sind. Insbesondere zwei Aspekte sind hervorzuheben, entsprechend der oben genannten Unterscheidungen zwischen einem „Risiko Entgelt“ und einem „Risiko Zeit“.

Mit Blick auf das „Risiko Entgelt“ lässt sich schließen, dass in Tarifverträgen zwar durchaus Entgelte vereinbart sind, die bei längerer Berufslaufbahn und insbesondere bei einem Aufstieg im Beruf durchaus dazu beitragen können, durchschnittliche Ansprüche auf eine Rente (im Vergleich zu anderen Beschäftigten) zu erwirtschaften. Allerdings sinkt der Wert dieser durchschnittlichen Anwartschaften durch die Dämpfung der jährlichen Rentenanpassung. Darüber hinaus legen Befragungsdaten zu tatsächlich gezahlten Löhnen ebenso wie Studien zur Verbreitung bzw. Anwendung der tariflichen Regelungen nahe, dass die tatsächlich gezahlten Gehälter häufig hinter denen des Tarifvertrags zurückbleiben. Zudem sind die oben genannten Zahlen jeweils auf eine Vollzeitstelle bezogen. Im Sozialsektor – auch das wurde für die einzelnen Bereiche gezeigt – ist aber Teilzeitbeschäftigung üblich, in einigen Bereichen arbeitet die Mehrheit der Beschäftigten in Teilzeit. Damit verbunden sind letztlich geringere Ansprüche gegenüber dem Alterssicherungssystem.

Mit Blick auf das „Risiko Zeit“, also die Dauer einer Erwerbskarriere wurden Studien zusammengefasst, die zumindest skeptisch stimmen, wenn es um die Möglichkeiten einer langen Berufslaufbahn im Sozialsektor geht, und auch auf eine kritische Selbsteinschätzung der Beschäftigten bezüglich ihrer Fähigkeit zur Arbeit bis zur Rente hinweisen. Damit ist nicht gesagt, dass eine lange Berufslaufbahn prinzipiell unmöglich ist. Aber es wird auf Hindernisse und Probleme

hingewiesen, die sich aus einem Mangel an „Guter Arbeit“ ergeben.

Angesichts des eingangs Gesagten kann aus den Analysen nicht direkt auf drohende Altersarmut geschlossen werden. Die Ergebnisse legen allerdings Zweifel nahe, ob aus einer Beschäftigung im Sozialsektor allein regelmäßig eine armutsfeste Alterssicherung folgt, bzw. eine eigenständige Alterssicherung erzielt werden kann. Betroffen von dieser Problematik einer mangelhaften Absicherung sind angesichts der Genderstruktur des Sozialsektors insbesondere Frauen, für die damit entweder ein (zumindest) unbefriedigendes Alterseinkommen wahrscheinlicher wird oder die Alterssicherung von einem (besser verdienenden) Partner abhängt.

Lösungswege können – wie allgemein in der Debatte um die Zukunft der Alterssicherung – an zwei Seiten ansetzen: zum einen auf dem Arbeitsmarkt und damit den Möglichkeiten, Sicherheitsansprüche in der GRV, aber auch in Systemen der bAV zu erwerben. Hier wären drei Elemente für eine verbesserte Absicherung vonnöten:

- Ein Ausbau der Reichweite der einschlägigen Tarifverträge – etwa durch Allgemeinverbindlicherklärungen – sowie ein Aufholen des Rückstandes der Vereinbarungen im Sozialsektor auf andere Sektoren.
- Ein Zurückdrängen von Teilzeitbeschäftigung und die Schaffung der Rahmenbedingungen zur Nutzung von Vollzeit oder vollzeitnaher Teilzeit; das bedeutet letztlich auch den Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten und anderen Care-Angeboten zur Unterstützung der Beschäftigten im Sozialsektor.
- Die Schaffung der Voraussetzungen für „Gute Arbeit“, die einen langen Verbleib im Beruf sichern.

Diese drei Elemente bedeuten letztlich, dass der Sozialsektor mit den Ressourcen ausgestattet wer-

den muss, die seiner gesellschaftlichen – und politisch betonten – Bedeutung entsprechen. Sie weisen außerdem auf die Notwendigkeit zur Korrektur sozialpolitischer Entwicklungen hin, durch die die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verschlechtert werden.

Darüber hinaus sind rentenpolitische Maßnahmen im gegenwärtigen Alterssicherungssystem möglich. Diese können im Wesentlichen mit zwei Aspekten beschrieben werden:

- Die Stabilisierung oder sogar die Anhebung des Sicherungsniveaus in der Rentenversicherung. Damit würden Beschäftigte im Sozialsektor zwar nicht relativ – im Vergleich zu anderen Beschäftigten – besser gestellt, allerdings würde der Wert ihrer Ansprüche absolut steigen.
- Die Stärkung von Elementen des sozialen Ausgleichs in der Rentenversicherung, angefangen bei einer höheren rentenrechtlichen Bewertung von Zeiten ohne Erwerbseinkommen bis hin zu einer Aufwertung von Zeiten mit niedrigen Einkommen.

Letztlich laufen diese Maßnahmen auf eine Abkehr von der bisherigen Sozialpolitik als Rahmenbedingung der Beschäftigung im Sozialsektor sowie der Rentenpolitik der vergangenen Jahre hinaus. Die im Rentenpaket umgesetzten Maßnahmen der Bundesregierung stellen zwar eine Abkehr von der bisherigen (alleinigen) Fixierung auf Beitragssatzstabilität dar, können aber noch nicht als Trendwende gewertet werden. Die weiteren im Koalitionsvertrag vorgesehenen Maßnahmen (Ausbau der bAV, „solidarische Lebensleistungsrente“) haben zwar möglicherweise das Potenzial für eine bessere Absicherung, sind aber mit einer Reihe von offenen Fragen und Problemen verbunden, die Zweifel aufkommen lassen, ob sie Verbesserungen für die Alterssicherung der Beschäftigten im Sozialsektor bieten. Gefragt sind damit eine Politik im Sozialsektor, die dem Stellenwert des Sektors und der Arbeit der dort Beschäftigten angemessen ist, und eine Rentenpolitik, die verstärkt wieder eine substanzielle Zielvorstellung definiert und verfolgt.

Literaturverzeichnis

- Auth, Diana 2013: Ökonomisierung der Pflege. Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: WSI-Mitteilungen 66 (6), S. 412-422.
- Bäcker, Gerhard 2014: Niedrigrente, Arbeitsmarkt und Rentenversicherung. Erfordernis einer integrierten Ursachenanalyse und Reformstrategie, in: Kistler, Ernst; Trischler, Falko (Hrsg.): Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung – Folgen für die Einkunftsfrage im Alter, Düsseldorf, S. 23-60.
- Bäcker, Gerhard; Schmitz, Jutta 2013: Altersarmut und Rentenversicherung. Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen, in: Vogel, Claudia; Motel-Klingebiel, Andreas (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden, S. 25-53.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina 2008: Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik, Bonn.
- Backes, Gertrud M.; Wolfinger, Martina; Amrhein, Ludwig 2011: Geschlechterpolitik zu Pflege/Care. Anregungen aus europäischen Ländern, Bonn.
- Becker, Irene 2012: Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter, in: Zeitschrift für Sozialreform 58 (2), S. 123-148.
- Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf 2008: Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht, Halle.
- Bellmann, Lutz; Grunau, Philipp; Maier, Friederike; Thiele, Günter 2013: Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008, in: Sozialer Fortschritt 62 (3), S. 77-87.
- Bispinck, Reinhard; WSI-Tarifarchiv 2013: Tarifvergütungen für berufsfachlich qualifizierte Beschäftigte, in: WSI-Mitteilungen 66 (3), S. 201-209.
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn 2013: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf.
- Blank, Florian 2011: Die Riester-Rente. Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren, in: Sozialer Fortschritt 60 (6), S. 109-115.
- Blank, Florian 2013: Die betriebliche Altersversorgung. Ihre Verbreitung, ihre Finanzierung, ihre Leistungen und Reformbedarfe, in: Soziale Sicherheit 62 (6), S. 205-213.
- Blank, Florian; Schulze Buschoff, Karin 2013: Arbeit, Leistungsgerechtigkeit und soziale Sicherung im deutschen Wohlfahrtsstaat, in: WSI-Mitteilungen 66 (5), S. 313-320.
- Brandl, Sebastian; Stelzl 2013: Arbeitsbedingungen und Belastungen im öffentlichen Dienst. Ein Überblick zum Forschungsstand und Forschungsbedarf, Düsseldorf.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf 2005: Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, in: Pflege & Gesellschaft 10 (3), S. 131-141.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret 2014: Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf.

- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian 2006: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, Bremen.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2014: Rentenversicherungsbericht 2014, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: Perspektive Wiedereinstieg, Ziele, Motive und Erfahrungen von Frauen vor, während und nach dem beruflichen Wiedereinstieg, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; von TNS Infratest Sozialforschung, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004: Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Abschlussbericht, Hamburg.
- CDU; CSU; SPD 2013: Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD.
- Dahme, Heinz-Jürgen; Kühnlein, Gertrud; Wohlfahrt, Norbert; Burmester, Monika 2005: Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft, Düsseldorf.
- Deutsche Rentenversicherung 2014: Aktuelle Daten 2014.
- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef 2011: Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft. Von heimlichen Helden und blinden Flecken, Bonn
- Friedrich, Jörg; Leber, Wulf-Dietrich; Wolff, Johannes 2010: Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen, in: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart, S. 128-147.
- Frommert, Dina; Heien, Thorsten; Loose, Brigitte L. 2013: Auswirkungen von Kindererziehung auf Erwerbsbiografien und Alterseinkommen von Frauen, in: WSI-Mitteilungen 66 (5), S. 338-349.
- Fuchs, Tatjana; Trischler, Falko 2008: Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern, Stadtbergen.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten 2010: Die berufliche, familiäre und ökonomische Situation von Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen. Sonderauswertung des Mikrozensus; im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung der GEW, Frankfurt am Main.
- Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai 2009: Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Böhlke, Nils; Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf; Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 10-40.
- Glaser, Jürgen; Höge, Thomas 2005: Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit, in: Badura, Bernhard (Hrsg.): Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin, S. 51-64.
- Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans Dieter; Loos, Stefan; Krämer, Katrin 2006: DAK-BGW. Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg.
- Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine; Blass, Kerstin 2013: Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden.
- Jaehrling, Karen 2007: Wo das Sparen am leichtesten fällt. Reinigungs- und Pflegehilfskräfte im Krankenhaus, in: Bosch, Gerhard; Weinkopf, Claudia (Hrsg.): Arbeiten für wenig Geld. Niedriglohnbeschäftigung in Deutschland, Frankfurt am Main.
- Jessoula, Matteo; Hinrichs, Karl 2012: Flexible Today, Secure Tomorrow?, in: Hinrichs, Karl; Jessoula, Matteo (Hrsg.): Labour Market Flexibility and Pension Reforms. Flexible Today, Secure Tomorrow? Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York, S. 233-250.
- Keller, Berndt 2006: Aktuelle Entwicklungen der Beschäftigungsbeziehungen im öffentlichen Dienst, in: Die Verwaltung 39, S. 79-99.
- Kistler, Ernst; Trischler, Falko (Hrsg.) 2014: Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung – Folgen für die Einkunftsfrage im Alter, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

- Klenner, Christina; Schmidt, Tanja 2011: Teilzeitarbeit im Lebensverlauf von abhängig beschäftigten Frauen, in: Klammer, Ute; Motz, Markus (Hrsg.): Neue Wege – Gleiche Chancen. Expertisen zum Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Wiesbaden, S. 253-311.
- Kühn, Hagen 2003: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssing, André; Glaser Jürgen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 77-98.
- Kühnlein, Gertrud; Wohlfahrt, Norbert 2006: Soziale Träger auf Niedriglohnkurs? Zur aktuellen Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor, in: WSI-Mitteilungen 59 (7), S. 389-395.
- Leibfried, Stephan; Obinger, Herbert 2003: The State of the Welfare State: German Social Policy between Macroeconomic Retrenchment and Microeconomic Recalibration, in: West European Politics 26 (4), S. 199-218.
- Lüdecke, Daniel; Mnich, Eva; Kofahl, Christopher 2008: Characteristics of the Sample, in: Family Care for Older People in Germany, Results from the European Project EUROFAMCARE, in: Döhner, Hanneli; Kofahl, Christopher; Lüdecke, Daniel; Mnich, Eva (Hrsg.): Family Care for Older People in Germany, Results from the European Project EUROFAMCARE, Zürich, S. 107-124.
- Müller, Rolf; Unger, Rainer; Rothgang, Heinz 2010: Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer?, in: Soziale Sicherheit 59 (6-7), S. 230-237.
- Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine 2013: Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe, Düsseldorf.
- Nowak, Iris 2011: Prekäre Arbeitsverhältnisse in Gesundheitseinrichtungen. Am Beispiel stationärer Altenpflege. Vortrag auf dem Fachtag „Sozialer Dialog in der Diakonie“, Leipzig.
- Rothgang, Heinz; Kulik, David; Müller, Rolf; Unger, Rainer 2009: GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, St. Augustin.
- Runde, Peter; Giese, Reinhard; Kaphengst, Claudia; Hess, Julius 2009: AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Hamburg.
- Schneekloth, Ulrich 2005: Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativbefragung, in: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, S. 55-98.
- Schulten, Thorsten; Böhlke, Nils 2009: Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten, in: Böhlke, Nils; Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf; Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 97-123.
- Seils, Eric 2013: Armut im Alter – aktuelle Daten und Entwicklungen, in: WSI-Mitteilungen 66 (5), S. 360-368.
- Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Haselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, A.; Müller, B. H. 2005: Auswertungen der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland.
- Statistische Ämter des Bunds und der Länder 2013: Sozialberichterstattung. Armut und soziale Ausgrenzung. B 3 Quote der Empfänger/-innen und Grundsicherung im Alter.
- Statistisches Bundesamt 1995: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1993. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2000: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1998. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt 2001: Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Bonn.
- Statistisches Bundesamt 2005: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen 2003. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2010: Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2013a: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2013b: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2013c: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1.3.2013, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2014a: Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2014b: Sozialberichterstattung. Armutsgefährdung.
- Stoll, Evelyn; Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret 2014: Was verdienen Erzieherinnen und Erzieher? Eine Analyse von Einkommensdaten auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf.
- Theobald, Hildegard; Szebehely, Marta; Preuß, Maren 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin.
- TNS Infratest 2012: Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst (BAV 2011). Endbericht, München.
- Trischler 2012: Auswirkungen diskontinuierlicher Erwerbsbiografien auf die Rentenanwartschaften, in: WSI-Mitteilungen 65 (4), S. 253-261.
- Vogel, Claudia; Motel-Klingebiel, Andreas (Hrsg.) 2013: Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?, Wiesbaden.

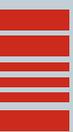
Die Autor_innen

Dr. Florian Blank

ist Wissenschaftler im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung mit den Arbeitsschwerpunkten Renten- und Krankenversicherung, betriebliche und private Alterssicherung.

MA Susanne Eva Schulz

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitspolitik.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Thomas Piketty und die wachsende Ungleichheit im Kapitalismus

WISO direkt

Außenwirtschaft

Brauchen Investitionen im TTIP Schutz? Überlegungen zum Investitionsschutz im Transatlantischen Freihandelsabkommen

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

Die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP): Kann das geplante Abkommen halten, was es verspricht?

WISO direkt

Außenwirtschaft

TTIP oder Transatlantische Währungs Kooperation?

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Soziale Innovationspolitik

WISO Diskurs

Steuerpolitik

Steuer- und Transferpolitik auf dem Weg in die Sackgasse – eine Analyse der Umverteilungswirkung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Modernisierungsoptionen für die handwerkliche Selbstverwaltung

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Chancen und Risiken der Transatlantischen Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) für die Verbraucherwohlfahrt

WISO Diskurs

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Vermeintliche und tatsächliche Wachstums- und Beschäftigungseffekte des Luftverkehrs

Eine kritische Würdigung angewandter

Berechnungsmethoden

WISO Diskurs

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Kommunikationsstrategien zur Beeinflussung von Gesetzesinitiativen

Am Beispiel des Luftverkehrssteuergesetzes

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Zwischen Transparenz und Geheimhaltung

Was bedeutet TTIP für die Veröffentlichungspraxis klinischer Studien im Arzneimittelbereich?

WISO direkt

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Renaissance der Arbeitszeitpolitik: selbstbestimmt, variabel und differenziert

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Humanisierung der Arbeit braucht Forschung

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – gestalten und finanzieren

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Interkulturelle Öffnung von politischen

Organisationen

WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

