

Beschäftigung im Sozialsektor: Risiken und Nebenwirkungen für die Alterssicherung

SUSANNE EVA SCHULZ,
FLORIAN BLANK

Susanne Eva Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung in Düsseldorf

Dr. Florian Blank leitet das Referat Sozialpolitik am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung in Düsseldorf

Beschäftigte im Sozialsektor arbeiten in einem Umfeld, das Gegenstand permanenter Reformbemühungen ist. Der gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung von Dienstleistungen in den Bereichen Kindererziehung, Alten- und Krankenpflege und ärztliche Versorgung stehen Versuche der Kostensenkung oder zumindest -dämpfung gegenüber, durch die auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten berührt werden. Zugleich haben Rentenreformen das Leistungsniveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gesenkt und Elemente des sozialen Ausgleichs geschwächt. Der Beitrag untersucht die Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor mit Blick auf die Konsequenzen für einen Aufbau einer (ausreichenden) Alterssicherung.¹

1. Einleitung

Erzieher_innen, Alten- und Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen werden, wie andere Beschäftigte auch, seit 2001 mit geänderten rentenrechtlichen Regelungen und der Aufforderung zur Eigenvorsorge konfrontiert. Zugleich sind sie Neuregulierungen und Umstrukturierungen ihres Arbeitsumfeldes ausgesetzt, die es ihnen schwieriger machen, den neuen Anforderungen zu genügen und individuelle Ansprüche gegenüber dem Alterssicherungssystem aufzubauen. Die Beschäftigten im Sozialsektor könnten so die Leidtragenden gleich zweier sozialpolitischer Entwicklungen sein, die in der Summe zu einer mangelhaften oder zumindest unbefriedigenden Alterssicherung führen.

Der Beitrag zieht verschiedene Datenquellen und Studien zu Beschäftigungsstrukturen und zum Einkommen im Sozialsektor heran, die unter dem Blickwinkel der künftigen Alterssiche-

rung der Beschäftigten ausgewertet werden. Dabei wird einerseits die Frage nach der Entlohnung eine Rolle spielen, da Rentenansprüche der individuellen Position im Lohngefüge sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung folgen. Andererseits werden auch Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen einbezogen, da eine lange Berufskarriere mit wenigen Unterbrechungen eher zu einem ausreichenden Alterseinkommen beitragen kann.

2. Hintergrund und Vorgehen

In den vergangenen Jahren sind die negativen sozialen Folgen der Rentenrefor-

¹ Der Beitrag beruht auf der für die Friedrich-Ebert-Stiftung verfassten Expertise „Soziale Sicherung unter dem Brennglas – Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor“, WISO-Diskurs, Januar 2015 (<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11144.pdf>). Das Dokument enthält auch weitere Literatur und Ausführungen.

men seit 2001 breit diskutiert worden. Dabei wurden auch Befürchtungen laut, dass die Altersarmut als weit verbreitetes soziales Problem wiederkehren könnte. Diese Entwicklung ist zum einen durch die politische Entscheidung bedingt, das Leistungsniveau der GRV abzusenken, um so den Anstieg der Beitragssätze zu mildern. Die Beschäftigten sollen diese Senkung durch die Nutzung der betrieblichen Altersversorgung kompensieren oder staatlich geförderte private Vorsorgeverträge abschließen („Riester-Rente“). Dieses „Drei-Säulen-Modell“ zeigt aber bisher deutliche Sicherungslücken, insbesondere unter Geringverdienern.

Zum anderen erwerben jüngere Generationen aufgrund zunehmend fragmentierter Lebenswege geringere Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung als frühere Generationen und können weniger stark auf einen Ausgleich von Zeiten der Ausbildung oder Arbeitslosigkeit vertrauen (Trischler 2012; Blank/Schulze Buschoff 2013: 314f.; allerdings sind Zeiten der Kindererziehung und Pflegezeiten aufgewertet worden). Lebensläufe mit Phasen der Erwerbslosigkeit, geringfügiger Beschäftigung und/oder prekärer Selbstständigkeit sind zunehmend schlecht abgesichert.

Wie stellt sich die Situation für Beschäftigte im Sozialsektor dar? Für eine plausible Abschätzung der Aussichten von Erzieher_innen, Alten- und Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen ist es sinnvoll, zwischen dem „Risiko Entgelt“ und dem „Risiko Zeit“ zu unterscheiden (Bäcker 2014: 30, 34). Entsprechend wird im Weiteren für die jeweiligen Berufsgruppen ein Überblick über die Beschäftigungsstrukturen (wie Vollzeit-/Teilzeit-Beschäftigung) und über Daten zum Einkommen der Beschäftigten gegeben und damit das „Risiko Entgelt“ abgebildet. Die verfügbaren Daten werden mit dem durchschnittlichen Bruttojahresentgelt entsprechend Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung (SGB VI Anlage 1) verglichen. Dieses betrug 2014 34.857,00 € jährlich/2.904,75 € monatlich (vorläufiges Durchschnittsentgelt). Das Verhältnis des individuellen versicherungspflichtigen Bruttoentgelts zum durchschnittlichen Bruttojahresentgelt bestimmt den Anspruch, der aus Beitragzahlungen erworben wird. Ein durchschnittliches Bruttojahresentgelt führt gegenwärtig (ab 01.07.2014) zu einem Rentenanspruch von 28,61 € (alte Bun-

desländer) bzw. 26,39 € (neue Bundesländer). Unterdurchschnittliches Einkommen führt demzufolge zu geringeren Ansprüchen, überdurchschnittliches Einkommen zu höheren Ansprüchen (Äquivalenzprinzip). Eine Erwerbskarriere mit 40 Jahren Durchschnittsverdienst entspricht also derzeit 1.144,40 € Bruttorente (vor Steuern und Sozialabgaben).

Zusätzlich werden Angaben zu den Berufskarrieren und Arbeitsbedingungen zusammengefasst, die potenziell die Dauer der Beitragszahlung beeinflussen. Damit wird das „Risiko Zeit“ abgebildet. Belastende Arbeitsbedingungen, die möglicherweise sogar zu chronischen Erkrankungen beitragen, machen einen „Ausstieg“ aus der Erwerbsarbeit oder Lücken im rentenrechtlichen Lebenslauf wahrscheinlicher.

Die gewählte Vorgehensweise hat insofern Grenzen, als ein direkter Schluss von Daten zu Arbeitsdauer, Arbeitsumfang, Einkommen und dadurch erworbenen Ansprüchen in Alterssicherungssystemen auf die individuelle Einkommenslage im Alter oder sogar auf drohende Altersarmut methodisch nicht direkt möglich ist.

Der Beitrag kann damit nur Hinweise und plausible Argumente liefern, weshalb die untersuchten Beschäftigtengruppen relativ gefährdet sind.

Obwohl die im Weiteren behandelten Gruppen einen hohen Beschäftigtenumfang aufweisen (siehe Tabelle 1), bilden sie nur einen Teil der Realität im Sozialsektor ab. Wir konzentrieren uns auf diejenigen Beschäftigten, die den Kern des Sozialsektors insofern ausmachen, als dass sie die eigentlichen personenbezogenen Dienstleistungen erbringen.

3. Beschäftigung und Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor

3.1 Erzieher_innen

Insgesamt arbeiteten zum 1.3.2014 527.418 Personen in Kindertageseinrichtungen (ohne hauswirtschaftliches und technisches Personal). Von den beschäftigten Personen in einer Tageseinrichtung sind 35,6 % in Vollzeit, also mit 38,5 Stunden pro Woche und mehr, beschäftigt (Tabelle 1). Die restlichen

Tabelle 1: Beschäftigte im Sozialsektor, nach reduzierter Arbeitszeit und Geschlecht

	Jahr	Anzahl	davon	
			in Vollzeit	Weiblich
Kindererziehung*	2014	527.418	35,6%	95,1%
Altenpflege**	2011	951.893	30,7%	85,5%
ambulante Pflege***	2011	284.427	28,0%	k.A.
stationäre Pflege***	2011	617.650	34,4%	k.A.
Krankenpflege****	2013	382.278	50,9%	86,9%
medizinischer Dienst****	2013	156.574	80,5%	45,0%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund): Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen (Dokumentationsstand 04.06.2014), Statistisches Bundesamt, eingesehen unter: <https://www.gbe-bund.de/>, am 09.02.2015; 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 2014a: Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12 Reihe 6.1, Wiesbaden; Statistisches Bundesamt 2014b: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2013, Wiesbaden.

Anmerkung:

* Nur Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen ohne den hauswirtschaftlichen und technischen Bereich

** Einschließlich sonstiger Beschäftigte wie z.B. Praktikant_innen oder Helfer_innen im freiwilligen sozialen Jahr

*** Ohne sonstige Beschäftigte wie z.B. Praktikant_innen oder Helfer_innen im freiwilligen sozialen Jahr

**** Beschäftigte aus Allgemeinen Krankenhäusern

Beschäftigten weisen reduzierte Arbeitszeiten auf: 17,1 % der Beschäftigten haben ein wöchentliches Arbeitsvolumen zwischen 32 und 38,5 Stunden, 29,0 % arbeiten 21 bis 32 Stunden in der Woche. 14,8 % der Erzieher_innen haben eine wöchentliche Arbeitszeit von zehn bis 21 Stunden, und weitere 3,5 % arbeiten weniger als zehn Stunden (Statistisches Bundesamt 2014b).

45,4 % der Erzieher_innen sind laut WSI-Lohnspiegel² in einer öffentlichen Einrichtung beschäftigt. Etwas geringer fällt der Anteil der in gemeinnützigen Einrichtungen Beschäftigten aus (39,4 %). Den geringsten Anteil machen die Beschäftigten in privaten Einrichtungen aus (9,1 %) (Stoll et al. 2014: 7; verbleibende 6,2%: „anderswo“).

Das Einkommen von Erzieher_innen unterscheidet sich nicht zuletzt danach, ob sie in einem tarifgebundenen Betrieb arbeiten. Daten des WSI-Lohnspiegels

Vollzeitbeschäftigung im öffentlichen Dienst 2.552,00 €/Monat. Beschäftigte gemeinnütziger Einrichtungen erhalten monatlich 2.493,00 €. Mit 2.307,00 €/Monat verdienen die Erzieher_innen am geringsten, die im privatwirtschaftlichen Bereich arbeiten (Stoll et al. 2014: 7).

Verglichen mit dem Durchschnittsentgelt in der GRV liegen die tariflichen Entgelte nach TVöD bei Berufsbeginn unter dem Durchschnittswert der Rentenversicherung, nach längerer Beschäftigung oder Aufstieg zur Kitaleitung aber am bzw. deutlich über dem Durchschnitt. Die Daten des Lohnspiegels zeigen dagegen, dass Beschäftigte durchschnittlich weniger Einkommen beziehen als das GRV-Durchschnittsentgelt. Da ein Großteil der Beschäftigten zudem mit reduzierter Stundenzahl arbeitet, erscheint der Aufbau einer ausreichenden Rente allein auf Grundlage dieses Berufs nur schwer möglich.

Hinsichtlich des Risikos „Zeit“ berichten Studien von allgemein hohen körperlichen und psychischen Anforderungen, allerdings auch von positiven Elementen: Fuchs und Trischler (2008: 43) nennen den hohen Anteil der ange-sichts mangelhafter Arbeitsbedingungen mit ihrer Arbeitssituation Zufriedenen „überraschend hoch“ und verweisen auf die Identifikation mit ihrer Tätigkeit und intrinsische Motivation. Trotz dieser 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 (Fuchs/Trischler 2008: 46 – 49).

3.2 Altenpfleger_innen im ambulanten und stationären Sektor

In Alten- bzw. Pflegeheimen übernahmen 2011 617.650 Beschäftigte die stationäre Pflege. In Teilzeit mit mehr als der Hälfte der üblichen Arbeitszeit arbeiteten 39,1 %, 16,5 % der Beschäftigten waren in einer Teilzeit mit 50 % oder weniger der üblichen Arbeitszeit beschäftigt, in einer geringfügigen Beschäftigung waren 10,1 % der Pflegenden. Dagegen waren nur 34,4 % Vollzeit beschäftigt. In der stationären Pflege sind 2011 überwiegend die freigemeinnützigen Träger

vertreten (54,4 %). Danach folgen die Einrichtungen in privater Trägerschaft (40,5 %). Mit 5,1 % machten die öffentlichen Einrichtungen nur einen gerin-gen Anteil aus (Statistisches Bundesamt 2013b).

In der ambulanten Pflege arbeiteten 2011 284.427 Personen. In Teilzeit mit mehr als 50 % der üblichen Arbeitszeit waren 35,3 % beschäftigt, 14,9 % der Beschäftigten arbeiten in einer Teilzeitbeschäftigung mit 50 % oder weniger der üblichen Arbeitszeit, in einer gering-fügigen Beschäftigung waren es sogar 21,7 % der Pflegenden. Dagegen waren nur 28,0 % Vollzeit beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2013a, siehe Tabelle 1). 62,9 % der ambulanten Anbieter sind private Unternehmen, die freigemeinnützigen Anbieter haben einen Anteil von 35,7 %, 1,4 % der Dienste sind in öffentlicher Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2013a).

Nach dem Tarifvertrag des 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 2.453,83 € brutto (Entgeltgruppe 7a, Stufe 1, inkl. anteiliger Sonderzahlung). In dieser Entgeltgruppe beträgt das Einkommen in Stufe 6, die 15 Jahre nach dem Einstieg in Stufe 1 erreicht werden kann, monatlich 3.301,15 € brutto (inkl. anteiliger Sonderzahlung). Eine Pflegedienstleitung mit mindestens zehn unterstellten Pflegepersonen verdient monatlich 4.095,24 € brutto (Entgeltgruppe 9d, Stufe 3, inkl. anteiliger Sonderzahlung). Die Mehrzahl der Beschäftigten in der Pflegebranche wird jedoch nicht nach Tarif bezahlt.

Bispinck und das WSI-Tarifarchiv (2013: 206f.) halten die durchschnittlichen Löhne von Altenpfleger_innen in den Tarifverträgen bzw. Arbeitsvertragsrichtlinien ausgewählter Wohlfahrtsverbände fest (Stand: September 2012, jeweils einschließlich Einmalzahlungen und fester Zulagen): Das

2 Der WSI-Lohnspiegel ist eine Online-Erhebung (www.lohnspiegel.de). Die in diesem Beitrag zitierten Zahlen basieren auf den Angaben von 716 Erzieher_innen, 534 Altenpfleger_innen und 268 Altenpflegehelfer_innen sowie 1.407 Beschäftigten in Pflegeberufen in Krankenhäusern. Um eine Vergleichbarkeit der Monatsverdienste zu ermöglichen, wurden in allen Fällen die Gehälter auf 38 Wochenstunden umgerechnet.

monatliche Einstiegsgehalt nach einer dreijährigen Ausbildung liegt zwischen 2.206,00 € (TV AWO NRW) und 2.585,00 € (AVR DW Bayern). Die tarifliche Vergütung von Pflegedienstleistungen der Wohlfahrtsverbände variiert in der maximalen Erfahrungsstufe zwischen monatlich 3.047,00 € (AVB des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, West) und monatlich 3.684,00 € (AVR Caritas, West). Damit liegen die Gehälter teils über den im Vergleichsjahr 2010 im öffentlichen Dienst gezahlten (Bispinck/WSI-Tarifarchiv 2013: 206f.).

Löhne in privaten Pflegediensten liegen unter denen im öffentlichen Dienst und den in den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Wohlfahrtsverbände festgehaltenen Löhnen (Auth 2013: 417). Auth (2013: 417) zufolge überwiegen

Zeitgestaltung (Wechselschichten und geteilter Dienst) ergeben, ebenso wie Leiden durch körperliche Belastungen, z. B. durch wiederholende Ausführungen von Hebe- und Drehbewegungen. Ferner bestehen organisationsbedingte Belastungen wie hoher Zeit- und Leistungsdruck (Grabbe et al. 2006: 37ff.). Positive Arbeitsaspekte sind in Aufgabenvielfalt und Unterstützung durch Kolleg_innen, die in der ambulanten und stationären Pflege unterschiedlich ausgeprägt sind, zu sehen (Grabbe et al. 2006).

3.3 Krankenpfleger_innen

Die Krankenhauskosten machen etwa ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Deutschland aus, was dazu beitragen mag, dass dieser Sektor wiederholtes Ziel von Sparpolitiken war. Zugeleich stellen die über 2.000 Krankenhäuser den größten Beschäftigungssektor im Gesundheitssystem dar (Nock et al. 2013: 9).

Im Pflegedienst der Krankenhäuser (allgemeine Krankenhäuser) waren 2013 382.278 Personen tätig. 49,1 % der Krankenpfleger_innen arbeiten

zudem mittlerweile individualvertragliche Abkommen in der Branche. Nach dem Lohnspiegel verdienen Altenpfleger_innen weniger als in den genannten Vereinbarungen: im Monat durchschnittlich 2.188,00 €, Altenpflegehelfer_innen durchschnittlich 1.887,00 €/Monat (Bispinck et al. 2013: 7).

Verglichen mit dem Durchschnittsentgelt in der Rentenversicherung ist durch Tariflöhne der Aufbau einer Alterssicherung zwar gerade bei einem längeren Verbleib im Beruf möglich. Allerdings weisen die Daten des Lohnspiegels sowie die Erkenntnisse zur Trägerstruktur darauf hin, dass die meisten Beschäftigten nicht nach Tarif bezahlt werden. Ebenso ist der tatsächliche Arbeitsumfang der Beschäftigten dem Aufbau einer Alterssicherung abträglich.

Auch die Arbeit in der Pflege ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden, die sich bspw. in Frühverrentungen niederschlagen oder in einer diskontinuierlichen Beschäftigung in diesem Bereich ausdrücken (Backes et al. 2011; Theobald et al. 2013). Für beide Pflegesektoren sind besonders Belastungen festzuhalten, die sich aus der Arbeits-

Nach TVöD Krankenhäuser (TVÖD BT-K) verdienen examinierte Krankenpfleger_innen bei Berufseinstieg seit dem 1.3.2014 monatlich 2.453,83 € brutto (E 7a, Stufe 1, inkl. anteiliger Sonderzahlung). In dieser Entgeltgruppe beträgt das Einkommen in Stufe 6, die 15 Jahre nach dem Einstieg in Stufe 1 erreicht werden kann, monatlich 3.301,15 € brutto (inkl. anteiliger Sonderzahlung). Pflegedienstleistungen (mind. 200 Personen unterstellt) erzielten nach Tarifvertrag ein Einkommen von monatlich 4.672,14 € brutto (E 11a, Stufe 5, inkl. anteiliger Sonderzahlung). Die Tarifbindung in Krankenhäusern liegt – auf Grundlage des Lohnspiegels – bei 87 % der Beschäftigten (Bispinck et al. 2013: 16). Die Entgelte für die Krankenpflegekräfte in privaten Krankenhäusern sind zumeist geringer als die der Krankenpfleger_innen in öffentlichen Einrichtungen (Schulzen/Böhlke 2009: 111f.).

Laut Lohnspiegel verdienen Pflegekräfte in Krankenhäusern 2.753,00 €/Monat und damit um einiges mehr als Altenpfleger_innen (Bispinck et al. 2013: 9).

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

Wie die Arbeit in den anderen Bereichen des Sozialsektors ist auch Krankenpflege mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden (Glaser/Höge 2005). Dass diese quantitativen, körperlichen und psychosozialen Belastungen auch zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben beitragen können, ist naheliegend. Insbesondere Krankenpfleger_innen auf Intensivstationen und Normalstationen geben hohe quantitative Anforderungen an. Krankenpfleger_innen von Normalstationen weisen zudem erhöhte körperliche Anforderungen auf, wohingegen die Krankenpfleger_innen auf den In-

Lohnspiegel und Erkenntnisse zur Trägerstruktur weisen darauf hin, dass die meisten Beschäftigten in der Pflegebranche nicht nach Tarif bezahlt werden.

in einer Teilzeit- oder einer geringfügigen Beschäftigung (Statistisches Bundesamt 2014a). Nach einer längeren Phase des Beschäftigtenrückgangs sind zwar wieder mehr Personen in der Krankenpflege tätig, mit Blick auf Vollzeitäquivalente wird aber nach wie vor nicht das Niveau von 1993 erreicht – der Stellenaufwuchs erfolgte damit durch Teilzeitbeschäftigung oder Minijobs (Evans et al. 2011: 31).

In den letzten Jahrzehnten ist nicht nur die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt zurückgegangen, auch der Anteil öffentlicher Krankenhäuser verringerte sich auf 30,0 %, während die privaten Einrichtungen anteilig zunahmen (34,6 %). Mit 35,4 % sind die freigemeinnützigen Einrichtungen aktuell am weitesten verbreitet. Mit dem Rückgang an öffentlichen Krankenhäusern sank auch der Anteil der dort beschäftigten Pflegekräfte. Dennoch sind über die Hälfte der Pflegekräfte in einer öffentlichen Einrichtung beschäftigt (51,3 % bezogen auf Vollzeitäquivalente). Beschäftigte in Krankenhäusern mit privatem Träger machen dagegen nur 15,6 % aus. Der Anteil der Beschäftigten der freigemeinnützigen Krankenhäuser liegt bei 33,1 % (Statistisches Bundesamt 2014a).

tensivstationen etwas mehr emotionalen Anforderungen ausgesetzt sind (Simon et al. 2005: 15ff.). Besonders im Zusammenhang mit der Umstellung der Finanzierung auf Fallpauschalen wird für den Bereich der Krankenhausversorgung eine zunehmende Arbeitsverdichtung beobachtet (Buhr/Klinke 2006).

3.4 Ärzt_innen

Insgesamt waren 2013 156.574 Ärzt_innen in Krankenhäusern beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2014). Trotz Veränderungen in der Arbeitgeberlandschaft sind wie bei den Pflegekräften über die Hälfte der Ärzt_innen in öffentlichen Einrichtungen beschäftigt. Demgegenüber arbeiten nur 15,0 % in privaten Krankenhäusern. Bemerkenswert an den Ärzt_innen gegenüber den anderen betrachteten Berufsgruppen ist der hohe Anteil (55 %) an männlichen Beschäftigten (Tabelle 1). 2013 ging jede/jeder Fünfte einer Teilzeitbeschäftigung nach (Statistisches Bundesamt 2014a). Im medizinischen Dienst stieg in den vergangenen Jahren die Zahl der Beschäftigten und – wenn auch geringer – die Beschäftigung nach Vollzeitäquivalenten (Statistisches Bundesamt 2014a).

Dem Einkommen der Ärzt_innen kann man sich über die vom Marburger Bund geschlossenen Tarifverträge nähern: Im Rahmen des TV-Ärzte VKA verdienen die in öffentlichen Krankenhäusern angestellten Ärzt_innen 2014 bei Berufseinstieg in der Stufe 1/Entgeltgruppe 1 4.023,08 €/Monat. Abweichungen sind bei Berufseinstieg in beide Richtungen möglich: Ein höheres Gehalt erzielen Ärzt_innen einer vergleichbaren Eingruppierung bei den privaten Helios-Kliniken (4.204,38 Euro/Monat), ein schlechteres beim freigemeinnützigen DRK Süd-West (3.717,60 Euro/Monat).

Die Ergebnisse der Analysen legen Zweifel nahe, ob aus einer Beschäftigung im Sozialsektor eine armutsfeste Alterssicherung folgt.

Die Einkommensbedingungen sind 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. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass sich atypische Beschäftigung insbesondere bei einer länger andauernden Tätigkeit mit reduziertem Stundenumfang negativ auf obligatorische Sicherung und Vorsorgemöglichkeiten auswirkt.

Die Arbeitsbelastungen und -anforderungen sind bei den Ärzt_innen und den Krankenpfleger_innen ähnlich hoch, und wie die Krankenpflegekräfte empfinden auch Ärzt_innen eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen (Bräutigam et al. 2014: 44). Auch die DRG-Folgenforschung zeigt, dass Ärzt_innen zunehmend über ständigen Zeitdruck und unregelmäßige Arbeitszeiten klagen (Braun et al. 2010: 128). Zu vermuten ist aber, dass ein Ausstieg aus der Beschäftigung im Krankenhaus nicht unbedingt mit einschneidenden Verlusten im Einkommen einhergeht, da dieser Ausstieg mit einer möglichen Umorientierung im Beruf (etwa Wechsel in die Selbstständigkeit) zusammenfallen kann.

4. Fazit

Die Analyse von Einflüssen auf die Alterssicherung der Beschäftigten im Sozialsektor in den vorangegangenen Abschnitten legt nahe, dass für viele Beschäftigte geringe Renten zu erwarten sind. Mit Blick auf das „Risiko Entgelt“ lässt sich schließen, dass in Tarifverträgen zwar durchaus Entgelte vereinbart sind, die bei längerer Erwerbstätigkeit und insbesondere bei einem Aufstieg im Beruf dazu beitragen können, durchschnittliche Ansprüche auf eine Rente zu erreichen. Allerdings sinkt der Wert dieser Anwartschaften durch die Dämpfung der jährlichen Rentenanpassung. Darüber hinaus legen Studien und Daten zu tatsächlich gezahlten Löhnen ebenso wie zur Verbreitung bzw. Anwendung der tariflichen Regelungen nahe, dass die tatsächlichen Gehälter häufig hinter denen des Tarifvertrags zurückbleiben. Mit Blick auf die Alterssicherung ist vor allem hervorzuheben, dass im Sozialsektor Teilzeitbeschäftigung eine erhebliche

Rolle spielt. In einigen Bereichen arbeitet sogar die Mehrheit der Beschäftigten in Teilzeit. Damit verbunden sind letztlich geringere Ansprüche gegenüber dem Al-

terssicherungssystem. Eine Beschäftigung in Teilzeit kann unterschiedliche Gründe haben, etwa den Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder aber eine fehlende Möglichkeit zu Vollzeitarbeit. Negative Folgewirkungen, die nicht nur im weiteren Erwerbsverlauf, sondern auch in der Alterssicherung sichtbar werden, können sich aber unabhängig vom Grund ergeben (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 Rentenansprüche mit ausschließlich dieser Beschäftigungsform ist nur unzureichend möglich.

Beschäftigung und Alterssicherung im Sozialsektor sind auch aus einer Gender-Perspektive hoch relevant. Nicht nur sind überwiegend Frauen in diesem Berufsfeld tätig, sie sind es auch, die überwiegend eine reduzierte Arbeitszeit aufweisen. Bezuglich des Einkommens bestehen unabhängig von der vergüteten Arbeitszeit in der Altenpflege kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Bräutigam et al. 2014: 29). Im Bereich der Kinderbetreuung liegt dagegen das monatliche Gehalt der Erzieherinnen 180 € unter dem der Erzieher (Stoll et al. 2014: 10). In der Krankenpflege ergeben sich Einkommensunterschiede auch aus dem Einsatzbereich: Männer arbeiten vermehrt als Operations- oder Anästhesiepfleger und damit in Bereichen mit dem höchsten durchschnittlichen Einkommen (Bispinck et al. 2013:15). Lohnunterschiede können auch zwischen Ärztinnen und Ärzten beobachtet werden: Als durchschnittliches Bruttoeinkommen wird für die Ärzte 5.286,00 €/Monat und für die Ärztinnen 4.633,00 €/Monat ausgewiesen. Jedoch ist im Ärzteberuf der Gender Pay Gap nach den Beschäftigten in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (10,2 %) mit 12,3 % am geringsten (Bellmann et al. 2013: 81ff.). Gerade für Frauen wird damit entweder ein (zumindest) unbefriedigendes Alterseinkommen wahrscheinlicher oder die Alterssicherung hängt für sie von einem (besser verdienenden) Partner ab.

Mit Blick auf das „Risiko Zeit“, also die Dauer einer Erwerbskarriere, wurden Beobachtungen zusammengefasst, die zumindest skeptisch stimmen, wenn es um die Möglichkeiten einer langen Erwerbstätigkeit im Sozialsektor geht.

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.

Aus den in diesem Beitrag zusammengeführten Analysen kann nicht direkt auf drohende Altersarmut geschlossen werden. Die Ergebnisse legen allerdings Zweifel nahe, ob aus einer Beschäftigung im Sozialsektor allein eine armutsfeste Alterssicherung folgt, bzw. eine eigenständige Alterssicherung erzielt werden kann.

Lösungswege können an zwei Seiten ansetzen: auf dem Arbeitsmarkt und am Rentensicherungssystem. Ein Ausbau der Reichweite der einschlägigen Tarifverträge – etwa durch Allgemeinverbindlicherklärungen – sowie eine generelle Verbesserung der Ein-

kommen können zu einer Verbesserung beitragen, wie auch ein Zurückdrängen von Teilzeitbeschäftigung – auch durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen wie den Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten – und schließlich die Ermöglichung von „Guter Arbeit“. Diese drei arbeitsmarktpolitischen Elemente bedeuten letztlich, dass der Sozialsektor mit den Ressourcen ausgestattet werden muss, die seiner gesellschaftlichen – und politisch betonten – Bedeutung entsprechen.

Darüber hinaus sind rentenpolitische Maßnahmen im gegenwärtigen Alterssicherungssystem möglich und sinnvoll. Durch eine Stabilisierung bzw. Anhebung des Leistungsniveaus der GRV würden der Wert der Ansprüche von Beschäftigten im Sozialsektor steigen,

relative Unterschiede zu anderen Beschäftigtengruppen blieben erhalten. Außerdem sollten Elemente des sozialen Ausgleichs in der Rentenversicherung wieder gestärkt werden, d.h. eine höhere rentenrechtliche Bewertung von Zeiten ohne Erwerbseinkommen oder eine Aufwertung von Zeiten mit niedrigen Einkommen.

Mit diesen Maßnahmen würde sowohl mit grundlegenden Entwicklungen in der bisherigen Sozialpolitik gebrochen, die als Rahmenbedingung auf die Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor einwirkt, als auch mit der Rentenpolitik der vergangenen Jahre. In solchen Maßnahmen würde sich eine Politik zeigen, die dem gesellschaftlichen Stellenwert des Sektors und der dort geleisteten Arbeit entspricht. ■

Literatur

- Auth, D. 2013:** Ökonomisierung der Pflege. Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: WSI-Mitteilungen 66 (6), S. 412–422.
- Bäcker, G. 2014:** Niedrigrente, Arbeitsmarkt und Rentenversicherung. Erfordernis einer integrierten Ursachenanalyse und Reformstrategie, in: Kistler, E./Trischler, F. (Hrsg.): Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung – Folgen für die Einkunftsfrage im Alter. Düsseldorf, S. 23–60.
- Backes, G.M./Wolfinger, M./Amrhein, L. 2011:** Geschlechterpolitik zu Pflege/Care. Anregungen aus europäischen Ländern, Bonn.
- Bellmann, L./Grunau, P./Maier, F./Thile, G. 2013:** Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008, in: Sozialer Fortschritt 62 (3), S. 77–87.
- Bispinck, R./WSI-Tarifarchiv 2013:** Tarifvergütungen für berufsfachlich qualifizierte Beschäftigte, in: WSI-Mitteilungen 66 (3), S. 201–209.
- Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F./Stoll, E. 2013:** Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf.
- Blank, F./Schulze Buschoff, K. 2013:** Arbeit, Leistungsgerechtigkeit und soziale Sicherung im deutschen Wohlfahrtsstaat, in: WSI-Mitteilungen 66 (5), S. 313–320.
- Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. 2010:** Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J./Öz, F. 2014:** Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf.
- Buhr, P./Klinke, S. 2006:** Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, Bremen.
- Evans, M./Bräutigam, C./Hilbert, J. 2011:** Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft. Von heimlichen Helden und blinden Flecken.
- Fuchs, T./Trischler, F. 2008:** Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern, Stadtbergen.
- Grabbe, Y./Nolting, H.D./Loos, S./Krämer, K. 2006:** DAK-BGW. Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg.
- Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. 2013:** Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe, Düsseldorf.
- Schulten, T./Böhlke, N. 2009:** Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten, in: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 97–123.
- Simon, M./Tackenber, P./Hasselhorn, H.-M./Kümmerling, A./Büscher, A./Müller, B.H. 2005:** Auswertungen der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland.
- 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 2014a:** Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2014b:** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2013, Wiesbaden.
- Stoll, E./Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F. 2014:** Was verdienen Erzieherinnen und Erzieher? Eine Analyse von Einkommensdaten auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf.
- Theobald, H./Szebehely, M./Preuß, M. 2013:** Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Berlin.
- Trischler, F. 2012:** Auswirkungen diskontinuierlicher Erwerbsbiografien auf die Rentenanwartschaften, in: WSI-Mitteilungen 65 (4), S. 253–261.