

## Der Mindestlohn-Pflege – Relevanz und mögliche Auswirkungen

*Arbeitsmarkt; Mindestlohn; Mindestlohn-Verordnung; Qualifizierung; Schattenarbeit; Wettbewerb*

*Aufgrund demografischer und sozialer Entwicklungen bleibt der Pflegesektor langfristig eine Wachstumsbranche. Voraussetzung ist der politische und private Wille einer ausreichenden Finanzierung. Der Mindestlohn-Pflege verteuert tendenziell die Dienstleistungen. Gerechtfertigt wird die Verordnung mit dem Schutz vor Lohndumping auch vor dem Hintergrund der Binnenmarktöffnung 2011 sowie einer Angleichung der Kosten gegenüber Niedriglohnanbietern. Da der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte stark angespannt ist, konzentriert sich der Schutz auf die etwa 136.000 in der Grundpflege beschäftigten Hilfskräfte. Im Falle faktisch wirksamer Mindestlöhne dürfte es zu Anpassungen durch Betriebsoptimierung, Arbeitsverdichtung, Arbeitsrationalisierung durch Kapitaleinsatz sowie technische Entwicklungen zur Substitution der relativ teuren Hilfskräfte kommen. Ebenso könnte ein Druck auf die Erhöhung der Pflegeentgelte und private Zuzahlungen stattfinden. Auf der Basis theoretischer Überlegungen wird der Sektor der Pflege-Schattenarbeit vermutlich Zulauf bekommen und sich einer erhöhten Nachfrage privater Haushalte erfreuen. Relative Wettbewerbsvorteile genießen diejenigen Anbieter, die bislang schon durch Kollektivverträge gebunden waren. Faktisch betroffen dürften insbesondere privat-gewerbliche und verbandlich nicht organisierte Träger der Freien Wohlfahrtspflege in der ambulanten Pflege in Ostdeutschland sein.*

### I. Einführung

Seit August 2010 gilt in der Pflegebranche ein Mindestlohn. Dies erstaunt bei oberflächlicher Betrachtung umso mehr, als dass gerade dort ein ausgesprochener Mangel an Arbeitskräften besteht. Ausgehend von der Problematik der langfristigen Finanzierbarkeit der Pflege gibt der Beitrag einen Überblick zum Arbeitsmarkt für Pflegekräfte, stellt den Geltungsbereich der Mindestlohn-Verordnung dar und wirft einen kritischen Blick auf die Rechtfertigung. Als zentrale Fragestellungen stehen mögliche Wirkungen hinsichtlich betrieblicher Anpassungsprozesse, einer Kostenüberwälzung zulasten Dritter sowie wettbewerbliche Aspekte im Mittelpunkt. Aufgrund der erst kürzlich eingeführten Regelung wird die Analyse auf der Basis theoretischer Überlegungen und der Übertragung bislang in anderen Branchen gemachter Erfahrungen vorgenommen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle danke ich verschiedenen Personen aus Verbänden, Gewerkschaften und Pflegeeinrichtungen, die mir bereitwillig ihre knappe Zeit für Informationen zur Verfügung gestellt haben.

## II. Zur Situation und langfristigen Prognose der Finanzierbarkeit der Pflege

Die Finanzierbarkeit der Pflege ist volkswirtschaftlich gesehen eine *Ressourcenfrage* (vgl. Abb. 1). Von den insgesamt 2,34 Mio. Pflegebedürftigen werden professionell 555.000 Personen ambulant und 717.000 Personen stationär versorgt.<sup>2</sup> 1,07 Mio. Pflegebedürftige werden durch Angehörige gepflegt. Mit 890.000 Beschäftigten wird im gesamten Pflegebereich eine volkswirtschaftliche Wertschöpfung von 32 Mrd. € erwirtschaftet (Enste 2009, S. 2, eigene Berechnungen). Gemäß der Konzeption der Pflegeversicherung als Teilleistung für Teilbedarfe verteilt sich die Finanzierung auf die Soziale Pflegeversicherung (SPV) (59,7 %), die Private Pflegeversicherung (PPV) (2,0 %), Hilfen zur Pflege / Sozialhilfe (9,3 %) sowie auf private Zuzahlungen (29,1 %) (Enste 2009, S. 2). Zwar wurde bei einem Beitragssatz von 1,95 % (Kinderlose 2,20 %) vom beitragspflichtigen Einkommen für 2009 noch ein Überschuss in der SPV in Höhe von 987 Mio. € erzielt (vgl. Abb. 2). Aufgrund der für das Jahr 2012 beschlossenen Leistungsverbesserungen sowie einer geplanten Erweiterung des Pflegebegriffs könnten demnächst Mehrkosten von über 5 Mrd. € das Budget belasten (Mihm 2010). Defizite bzw. Beitragserhöhungen sind damit zu erwarten.

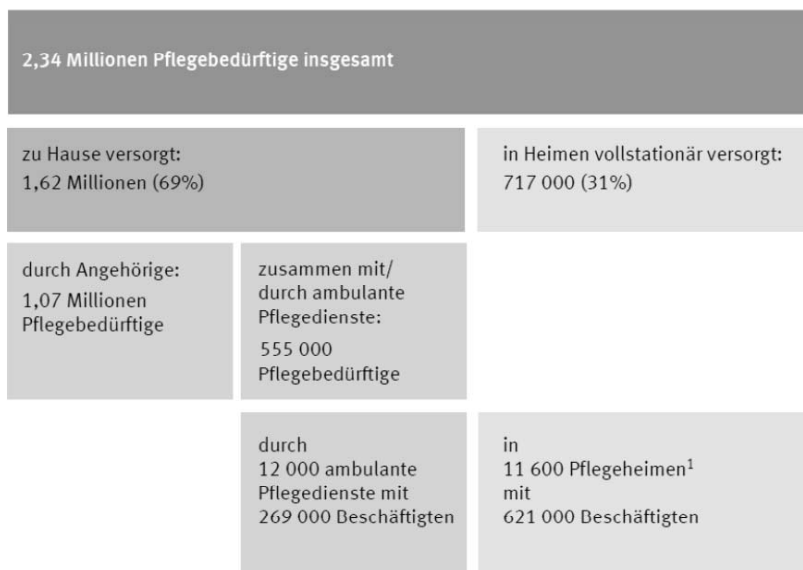


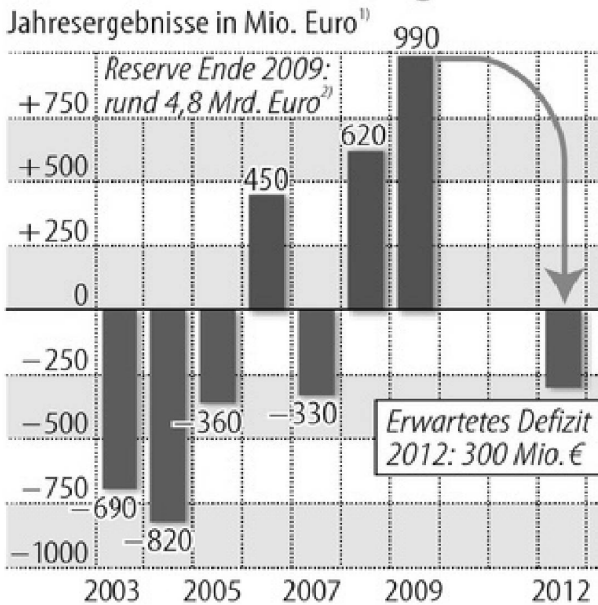
Abb. 1: Ressourcen der Pflege

1) Einschließlich teilstationäre Pflegeheime.

Quelle: Pflegestatistik 2009, S. 4.

2 Die Daten beziehen sich auf den 31.12.2009 und sind der Pflegestatistik 2009 des Statistischen Bundesamtes entnommen; vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011).

## Auf und ab in der Pflegekasse



1) Ohne Rechnungsabgrenzung. 2) Aus Überschüssen 1995 – 1998.  
Quelle: Bundesgesundheitsministerium F.A.Z.-Grafik Brocker

Abb. 2: Die Haushaltslage der Sozialen Pflegeversicherung

Quelle: Mihm, Andreas, „Pflegeversicherung gerät ins Minus“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.06.2010, S. 9.

Langfristig bietet der Pflegesektor positiv ausgedrückt einen Wachstumsmarkt und ‚Jobmotor‘ (vgl. im Folgenden Ende 2009). Bei einem Bevölkerungsrückgang von 81,75 Mio. (2010) auf 69,4 Mio. (2050) wird insbesondere die Zahl der Menschen im Alter von 65-80 Jahren etwa konstant bleiben und die der über 80-Jährigen gar auf das 1,5-Fache steigen (Statistisches Bundesamt 2009, S. 45). Auch bedingt durch den sozialen Wandel (Kinderlosigkeit, Mobilität, Scheidungsraten, Berufstätigkeit der Frau) wird ein Trend zur professionellen Pflege und ggf. auch zur Heimversorgung die finanziellen Lasten stark ansteigen lassen. Mit geschätzten 4,0-4,7 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2050 müsste der Beitragssatz auf 5 % vom beitragspflichtigen Einkommen steigen. Bei einem Rückgang der gesamten Erwerbspersonen um etwa 7 Mio. würde sich die Beschäftigung im Pflegesektor mit schätzungsweise 1,7-2,2 Mio. Erwerbstätigen mehr als verdoppeln. Der Weg in eine alternde Dienstleistungsgesellschaft mit *steigendem intergenerativen Ressourcentransfer* ist vorgezeichnet. Als Unwägbarkeiten bleiben generell die gesellschaftliche Akzeptanz der transferleistenden jungen Generation sowie konkret der Wille zur gesellschaftlichen Finanzierung spezieller Versorgungsformen.

### III. Arbeitsmarkt ‚Pflege‘

In der *ambulanten Pflege* der rund 12.000 Pflegedienste sind 269.000 Personen beschäftigt, darunter 87,5 % Frauen.<sup>3</sup> Lediglich 26,8 % sind vollzeitbeschäftigt, 48,1 % in Teilzeit sowie 22,5 % geringfügig beschäftigt. 2,7 % befinden sich in der Ausbildung oder leisten Zivildienst. Insgesamt arbeiten 69,8 % der Beschäftigten in der Grundpflege, wobei 63,0 % eine Ausbildung als Pflegefachkraft nachweisen.<sup>4</sup> Die Trägerschaft der Pflegedienste ist zu 62 % privat-gewerblich, zu 37 % freigemeinnützig und lediglich zu 2 % öffentlich.

Die 11.600 *stationären Einrichtungen* beschäftigen 621.000 Arbeitnehmer, zu 85 % Frauen (vgl. im Folgenden Statistisches Bundesamt 2011.). Mit 33,3 % ist der Anteil Vollzeitbeschäftigter vergleichsweise hoch. In Teilzeit arbeiten 49,7 %, geringfügig beschäftigt sind 9,8 % aller Arbeitnehmer/innen und 7,2 % sind Auszubildende und Zivildienstleistende. Im Bereich Pflege und Betreuung sind 66,5 % tätig. Aufgrund der vermehrt anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ist der Fachkräfteanteil aus Pflegeberufen mit 57,8 % vergleichsweise geringer. Mit 55 % überwiegt die freigemeinnützige Trägerschaft, wobei *Diakonie* und *Caritas* Marktführer sind. 40 % der Einrichtungen werden privat-gewerblich und 5 % öffentlich geführt. Während die privaten Träger überwiegend Häuser mit bis zu 80 Betten betreiben, besteht das Angebot der wohlfahrtlichen und öffentlichen Träger in der Mehrzahl aus Einrichtungen mit mehr als 60 Betten.

Der *Arbeitsmarkt ‚Pflege‘* ist grundsätzlich zu unterscheiden in Pflegefachkräfte mit zumeist dreijähriger Ausbildung sowie Pflegehilfskräften, die entweder eine einjährige Ausbildung als Helfer/innen besitzen oder angelernt sind. Während Pflegefachkräfte dringend gesucht werden und der derzeitige Bedarf auf 50.000 geschätzt wird, ist die Situation für Hilfskräfte von der Berufserfahrung und der Vorqualifikation abhängig.<sup>5</sup> Gemäß einer Online-Befragung gaben 84,3 % der Einrichtungen Probleme bei der Suche nach Pflegefachkräften an, hingegen nur 15,4 % bei der Besetzung mit Pflegehilfskräften.<sup>6</sup> So ist auch die vom Pflegeanbieter *Marseille* geforderte und von der Bundesagentur geförderte und durchgeführte Initiative zur Ausbildung von 15.000 Langzeitarbeitslosen zu so genannten Betreuungsassistenten auf keine nennenswerte Nachfrage gestoßen.<sup>7</sup> Auch zeigt die Arbeitsmarktstatistik bei 22.500 offenen Stellen zugleich 86.000 arbeitslose Pflegekräfte (Stand: März 2010) (Schwenn 2010 b). Hingegen weist die Statistik für examinierte Altenpfleger/innen mit dreijähriger Ausbildung 4.166 Arbeitslose aus, denen

---

3 Vgl. im Folgenden Statistisches Bundesamt (2011). Erfasst sind alle Personen, die in Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind und Leistungen teilweise oder vollständig gemäß Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) erbringen.

4 Als Pflegefachkräfte überwiegen mit 72,5 % die Abschlüsse Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege. Vgl. Statistisches Bundesamt (2011).

5 Vgl. Schwenn (2010 b). Für die nächsten zehn Jahre wird der Bedarf auf zusätzlich 300.000 Pflegefachkräfte geschätzt. Vgl. Enste (2009), S. 3. Hingegen ist das Arbeitskräftepotenzial an Hilfskräften in der Grundpflege relativ groß, da prinzipiell keine Ausbildungserfordernisse für deren Einsatz bestehen. Allerdings besitzen Alten- und Krankenpflegehelfer eine einjährige Ausbildung.

6 Vgl. Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011), S. 86.

7 Vgl. Schwenn (2010 a). Davon sind die zusätzlichen Betreuungskräfte zu unterscheiden, die Pflegeheime gemäß § 87 b SGB XI nach der letzten Pflegereform zur Betreuung dementiell Erkrankter einstellen können. Es war nicht vorrangiges Ziel, hierfür Hartz IV-Bezieher einzusetzen. Entscheidend ist die Eignung der Betreuungskräfte, über die der Heimbetreiber entscheidet. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfügten Anfang April 2010 etwa 80 % der Heime über entsprechende Verträge. Das BMG geht davon aus, dass seit dem 1.08.2008 fast 20.000 zusätzliche Betreuungskräfte eingestellt werden konnten.

8.617 gemeldete Stellen gegenüber stehen.<sup>8</sup> Dies zeigt die unterschiedliche Lage auf den Teilarbeitsmärkten der Pflegeberufe deutlich. Wie weiter unten zu zeigen ist, fallen gerade die am Arbeitsmarkt weniger nachgefragten Hilfskräfte durch bislang relativ niedrigere Stundenlöhne als faktisch Betroffene unter die Mindestlohn-Verordnung.

#### IV. Pflege-Mindestlohn-Verordnung

Der seit dem 1. August 2010 geltenden *Pflege-Mindestlohn-Verordnung*<sup>9</sup> unterliegen Pflegebetriebe und die dort speziell in der Grundpflege (§ 14 Abs. 4 Nr. 1-3 SGB XI) Beschäftigten. Sie schreibt einen Mindeststundenlohn von 8,50 € in Westdeutschland und 7,50 € in Ostdeutschland bindend vor, mit Anhebungen um 25 ct zum 1. Januar 2012 und 2013. Sonderzahlungen auf Jahresbasis (Einmalzahlungen) sind nicht eingerechnet. Diese Mindestlohn-Verordnung nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG)<sup>10</sup> wurde notwendig, da die Allgemeinverbindlichkeits-Regelung nach § 5 Tarifvertragsgesetz (TVG) infolge der Besonderheit der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) kirchlicher Anbieter keine Anwendung finden konnte.<sup>11</sup> Darüber hinaus werden auf diesem Wege automatisch alle ausländischen Arbeitnehmer/innen in die Regelung eingebunden.

*Formal* gelten die Pflege-Mindestlöhne somit für die 890.000 in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Arbeitnehmer/innen, soweit sie überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege erbringen. Hinzu kommen ausländische Pflegekräfte, die zumeist in Privathaushalten die Pflege von Angehörigen verrichten. Im Bereich Grundpflege sind insgesamt 601.000 Personen beschäftigt. Da aufgrund zumeist wesentlich höherer Löhne die Fachkräfte *faktisch* nicht von den Mindestlöhnen betroffen sind, konzentriert sich das geschützte Klientel auf die Hilfskräfte in der Grundpflege / Pflege und Betreuung und damit auf ca. 136.000 Personen.<sup>12</sup> Allerdings verändert der

8 Einrichtungsträger werben bereits mit einem *Smart* als Dienstfahrzeug und geben als zusätzlichen Anreiz monatlich einen Tankutschein von 70 € dazu, der von der Pflegekraft faktisch steuerfrei vereinnahmt wird. Zudem geht die Personalwerbung großer Träger neue Wege über soziale Netzwerke wie Facebook und Web 2.0.

9 Siehe Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung – PflegeArbbV) vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010 Nr. 110 S. 2571). Nicht von der Verordnung erfasst werden Betriebe, die überwiegend ambulante Krankenpflegeleistungen (§ 37 SGB V) erbringen sowie Auszubildende. Die Regelung gilt bis zum 31.12.2014.

10 Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz – AEntG) vom 20. April 2009 (BGBl. I S. 799).

11 Gemäß dem so genannten Dritten Weg finden bei kirchlichen Organisationen keine Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden statt, sondern die Konditionen werden zwischen Dienstgebern und Dienstnehmern in einem konsensualen Dialog ausgehandelt. In diesem Sinne entfällt hier auch das Streikrecht. Entsprechend diesen Besonderheiten setzte sich die Pflegekommission zur Findung des Pflege-Mindestlohnes aus Vertretern der Arbeitnehmer (*ver.di*), der Arbeitgeber (*Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände*, *Arbeitgeberverband Pflege e.V.*) sowie den Dienstgebern und Dienstnehmern von *Caritas* und dem *Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland* (EKD) zusammen.

12 In der ambulanten Pflege betrifft dies potenziell 18.500 Beschäftigte, im stationären Sektor potenziell 117.400 Mitarbeiter/innen. Eigene Berechnungen aus den Daten der Pflegestatistik. Vgl. Statistisches Bundesamt (2011), Tabelle 2.5 und 3.6. Demgegenüber gibt das Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011), S. 79 auf der Basis einer Online-Befragung den Anteil der Pflegehilfskräfte im stationären Sektor mit 21 % entsprechend 130.400 Beschäftigten und im ambulanten Bereich mit 39 % entsprechend 104.900 Mitarbeiter/innen an. Da sich die Daten auf die Beschäftigten des jeweiligen Sektors insgesamt beziehen, die Mindestlohnregelung jedoch nur für die in der Grundpflege beschäftigten Arbeitskräfte gilt, sind diese Angaben für die Thematik weniger brauchbar.

Mindestlohn den Lohnabstand zu qualifizierten Hilfs- und Fachkräften und damit das Lohngefüge. Dies könnte einen *allgemeinen Lohndruck* erzeugen, um Demotivationen aufgrund einer reduzierten Lohnspreizung gegenüber qualifizierten Beschäftigten zu vermeiden. Hinzu kommt, dass mancher Einrichtungsträger aufgrund von Flexibilitätserfordernissen seinen Hilfskräften außerhalb der Grundpflege den Mindestlohn zahlen wird.<sup>13</sup>

Zur Rechtfertigung für einen Mindestlohn-Pflege werden unterschiedliche Argumente angeführt. In Anlehnung an ein *humanistisches Arbeitsethos* wird insbesondere von gewerkschaftlicher Seite gefordert, „dass das Existenzminimum allein durch das Arbeitseinkommen ohne zusätzliche Leistungen des Staates gesichert werden kann“ (Weskamm 2008, S. 56). Gerade bei dem in der Pflege vorherrschenden hohen Anteil von teilzeitbeschäftigten und geringfügig beschäftigten Arbeitskräften kann dieses Argument nicht überzeugen. *Ökonomisch* relevant und von wohlfahrts-ökonomischer Bedeutung ist ein Mindestlohn hingegen, sollte in einzelnen Regionen das Phänomen monopsonistischer Nachfragemacht der Arbeitgeber auftreten. Bei regional immobilen Pflegekräften bieten die ortsansässigen Pflegeeinrichtungen dann die einzige Verdienstmöglichkeit, so dass mangels Alternativen ein Lohndumping entstehen kann.<sup>14</sup> Der Lohnsatz fällt dann unter das Wettbewerbsniveau. So waren gemäß Auskünften der *Bundesgeschäftsstelle ver.di* Löhne von 4,50 €/Std. und darunter für Pflegehilfskräfte in den ländlichen Regionen Ostdeutschlands keine Ausnahme.<sup>15</sup> *Juristisch* gelten Löhne gemäß einem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes dann als sittenwidrig, wenn sie den branchenüblichen Tariflohn um mehr als ein Drittel unterschreiten.<sup>16</sup> Legt man die Anfangsgehälter entsprechend dem Tarifvertrag Ost im öffentlichen Dienst (TVöD 2007) zugrunde, dann liegt diese ‚Angemessenheitsgrenze‘ für Pflegefachkräfte bei 7,39 €/Std. (1.271 €/Monat) und für Pflegehelfer/innen bei 6,19 €/Std. (1.065 €/Monat).<sup>17</sup>

In der Wettbewerbspolitik sind Mindestlohnregelungen auch unter dem Hinweis auf ‚*Raising Rivals' Costs*‘ bekannt (Salop/Scheffman 1983; Meyer 1992, S. 370). Mithilfe dieses Lohn- und Konditionenkartells kann eine Politik der gleichen Kostenbelastung der Konkurrenz durchgesetzt werden. Insbesondere öffentliche und kirchlich-wohlfahrtliche Träger sowie die tariflich organisierten Anbieter haben ein Interesse, dass ihr relativ zu den nicht organisierten, zumeist privat-gewerblichen Anbietern erhöhtes Lohnniveau keine Wettbewerbsnachteile bietet.<sup>18</sup> Dies mag das offizielle Werben von *Diakonie* und *Caritas* für Mindestlöhne erklären. Ihnen geht es möglicher-

---

13 So berichtete eine Einrichtungsleiterin eines ambulanten Pflegedienstes, dass Arbeitskräfte, die schwerpunktmäßig in der Demenzbetreuung und in der häuslichen Krankenpflege tätig sind, bei Kapazitätsengpässen auch in der Grundpflege eingesetzt werden.

14 Vgl. Hagen (2008), S. 92 f.; Card u. Krueger (1995) sowie Meyer (1988). Hinzu kommt, dass nach Auskunft der Bundesgeschäftsstelle ver.di lediglich 8 % der in der Pflege Beschäftigten gewerkschaftlich organisiert sind.

15 Die Untersuchung zur Lohnverteilung von Augurzy u. a. (2009), S. 21 ff. unterstützt diese Aussage nicht ohne Weiteres.

16 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 24.3.2004, Aktenzeichen 5 AZR 303/03. Vgl. das nachfolgende Beispiel bei Weskamm (2008), S. 56.

17 Bezogen auf den Tarifvertrag West liegt diese Grenze für Pflegefachkräfte bei 7,61 €/Std. (1.309 €/Monat) und für Pflegehelfer/innen bei 6,48 €/Std. (1.115 €/Monat). Monatsbasis sind 172 Std. Genaue Zahlen zu Niedriglöhnen sind nicht bekannt. Nach nicht repräsentativen Erhebungen sollen 15 % der Fachkräfte von so genannten sittenwidrigen Löhnen betroffen sein. Vgl. Weskamm (2008), S. 56. Schätzungen aus Brandenburg besagen, dass über 50 % der Hilfskräfte Lohnerhöhungen aufgrund der Mindestlohn-Verordnung zu erwarten haben. Stichprobenartige Telefonate des Autors mit Einrichtungsträgern bestätigen diesen Umfang in keiner Weise.

18 Alle bestehenden Tarifverträge haben Lohnsätze, die dem Mindestlohn-Pflege bereits entsprechen oder ihn übersteigen. Von daher erklärt sich die einmütige Befürwortung nicht nur von gewerkschaftlicher, sondern auch von Arbeitgeberseite.

weise nicht nur um angemessene Löhne und um den Zugang zu qualitativ hochwertigen Beschäftigten, denn faktisch verbessert sich ihre Wettbewerbsposition gegenüber Trägern mit niedrigeren Löhnen.

Schließlich bietet die Mindestlohn-Verordnung nach dem AEntG die Gewähr, dass auch ausländische Pflegekräfte unter diese Regelung fallen. Vor dem Hintergrund der *EU-Binnenmarktöffnung* für Pflegekräfte aus Osteuropa ab Mai 2011 kann dies als eine Art des Protektionismus gewertet werden. Ähnlich der Baubranche ist es ausländischen (Sub-)Unternehmen dann verwehrt, mit in Pflegeeinrichtungen entsandten Arbeitnehmer/innen zu niedrigeren Löhnen zu arbeiten. Damit wirkt ein Mindestlohn auch für ausländische Arbeitnehmer/innen und gerät in der Wirkungsweise einem Importzoll gleich.<sup>19</sup>

## V. Wirkung eines Mindestlohns- Pflege

### 1. Das ökonomische Standardmodell – Direkte Effekte<sup>20</sup>

Es gilt der allgemeine Grundsatz, dass Unternehmen nur dann zusätzliche Arbeitskräfte einstellen, wenn die Lohnkosten nicht größer sind als das Wertgrenzprodukt (WGP) ihrer Arbeit. Im Falle eines wettbewerblichen Faktor- bzw. Gütermarktes muss der Lohnsatz ( $l$ ) dem Erlös aus der Wertschöpfung seiner Anstellung entsprechen:<sup>21</sup>

$$l = WGP = p \cdot \frac{\partial A}{\partial X},$$

wobei  $p$  den am Markt für die Wertschöpfung erzielten Preis und

$$\frac{\partial A}{\partial X}$$

die physische Grenzproduktivität darstellt.

Pflegeeinrichtungen, die als Grenzanbieter mit ihren Beschäftigten dieses WGP nicht erwirtschaften, haben verschiedene Möglichkeiten der Anpassung:

- *Produktivitätsdruck*: Spielräume der Betriebsoptimierung werden genutzt. Für die Beschäftigten spiegelt sich dies u. a. in einer zunehmenden Verdichtung der Arbeitszeit (Arbeitsintensivierung) wider.

<sup>19</sup> Da die Dienstleistung Pflege vor Ort geleistet wird, kommt nur dieser Lohnschutz als Protektion für deutsche Pflegearbeit infrage. Vgl. auch Mueller (2008), S. 23.

<sup>20</sup> Die zentrale Annahme dieses Modells ist die der vollkommenen Konkurrenz, d.h. es besteht auf keiner Marktseite Lohnsetzungsmacht. Damit ist der gefundene Lohnsatz zugleich der markträumende Gleichgewichtspreis und eine Abweichung hiervon würde Wohlfahrtsverluste durch eine suboptimale Allokation bewirken. Vgl. auch Hagen (2008), S. 89.

<sup>21</sup> Diese Gleichgewichtsbedingung beschreibt das ‚Scharnier zwischen dem Arbeitsmarkt und dem Gütermarkt‘. Der Lohnsatz bildet sich in der Sphäre des Arbeitsmarktes, während das WGP durch die Produktionsbedingungen und die Marktverhältnisse des Gütermarktes bestimmt wird. Bezüglich nicht-wettbewerblicher Verhältnisse auf dem Arbeits- und/oder Gütermarkt vgl. die Übersicht bei Woll (2003), S. 286.

- *Substitution durch Pflegefachkräfte:* Der Mindestlohn verändert das betriebliche Lohngefüge und reduziert den Lohnabstand zu den Pflegehilfskräften. Soweit vorhanden, wird qualifiziertes Personal vermehrt eingesetzt. Dies erzeugt zugleich einen Druck auf die *arbeitslosen* Helfer/innen, sich weiter zu qualifizieren. Allerdings lohnt sich diese Qualifikation bei jetzt geringerer Lohndifferenzierung weniger. Gleichfalls entfällt die Möglichkeit der Arbeitgeber zur Lohndifferenzierung bei den *Einstiegsgehältern* für ungelernete Hilfskräfte. So konnte bislang bei Einstellung ein Lohn von 7,50 €/Std. (West) mit der Maßgabe gezahlt werden, dass bei interner Weiterqualifikation eine Aufstockung um 1 €/Std. erfolgt. Dieser Anreiz wird durch den Mindestlohn von derzeit 8,75 €/Std. zunichte gemacht, da eine weitere Lohnerhöhung vielfach nicht mehr wettbewerbsfähig wäre.
- *Substitution durch Kapital / Pflegehilfsmittel:* Bei einem Personalkostenanteil von 60-70 %, der unter anderem durch Niedriglöhne in einigen Pflegeeinrichtungen bis auf 45-50 % reduziert worden ist, lohnt sich der vermehrte Einsatz von Technik und Pflegehilfsmitteln.<sup>22</sup> Langfristig wird die technische Entwicklung hin zu arbeitssparenden Pflegetechnologien befördert. Als aktuelles Beispiel wäre die elektronische Pflegedokumentation zu nennen, die insbesondere im ambulanten Bereich noch ausschließlich manuell erfolgt. Darüber hinaus werden arbeitssparende Technologien in der Hauswirtschaft (Wartung, Winterdienst, Wäscherei, Reinigung, Küche) Kostensenkungspotenziale erschließen. Heimleiter privat-gewerblicher Pflegeheime erwähnen einen bereits bestehenden Trend hin zu Ausschreibungen dieser Dienste an professionell-spezialisierte Anbieter.
- *Reduktion der Pflegenachfrage:* Da erhöhte Arbeitskosten langfristig auf die Preise überwältigt werden, wird ceteris paribus – soweit eben die Versicherungsleistungen nicht steigen – die Nachfrage nach regulären/professionellen Pflegedienstleistungen zurückgehen.
- *Entlassungen:* Im Ergebnis werden insbesondere minderqualifizierte Pflegehilfskräfte entlassen. Berufliche Wiedereinsteiger haben es schwerer, einen Arbeitsplatz zu erhalten. Erfahrungen mit einem Mindestlohn von 8,02 €/Std. in der Müllbranche ergaben 2009 Arbeitsplatzverluste von 8-10.000 Arbeitsplätzen (4 %), die insbesondere gering Qualifizierte trafen.<sup>23</sup> Ähnliche Wirkungen sind empirisch für die Pflegebranche kurzfristig nicht belegt (Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. 2011, S. 105 ff.).

Eine weitere Möglichkeit, die Mindestlöhne zu umgehen, ist die Freiberuflichkeit als Ein-Personen-Pflegebetrieb in der ambulanten Pflege. Beachtenswert ist, dass der Anstieg der Arbeitslosigkeit  $A^{AM}-A^{NM}$  bei Pflegehilfskräften größer sein wird als der Rückgang der Beschäftigung infolge von Entlassungen  $A^*-A^{NM}$  (vgl. Abb. 3). Durch den höheren Lohn werden potenzielle Erwerbepersonen im Umfang  $A^{AM}-A^*$  angezogen, deren Opportunitätskosten durch Familien- und Erziehungstätigkeiten sowie Freizeit bislang den niedrigen Marktlohnsatz bei Wettbewerb  $l^*$

---

22 Weitere Gründe für einen relativ geringen betrieblichen Personalkostenanteil können darüber hinaus in der Anmietung/dem Leasing des Gebäudes, der Auslagerung von Hausdienstleistungen oder optimal gestalteter Betriebsabläufe bestehen.

23 Vgl. Bündler (2010). Überlagert wurde die Einführung von Mindestlöhnen allerdings durch eine nachlassende Konjunktur in der Entsorgungsbranche.

überstiegen. Zugleich wird das politische Ziel der Schaffung entsprechender Arbeitsplätze im Niedriglohnssektor konterkariert.<sup>24</sup>

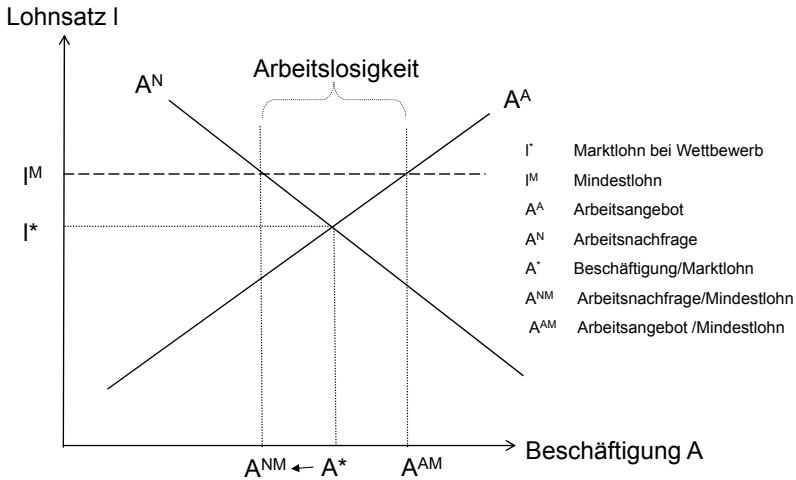


Abb. 3: Mindestlohn-Pflege (Standardmodell)

Quelle: Eigene Darstellung

Eine Ausnahme könnten einige Regionen Ostdeutschlands darstellen, in denen aufgrund von mangelnder räumlicher Flexibilität der zumeist weiblichen Pflegekräfte und dünner Besiedlung eine Abhängigkeit von einigen wenigen Arbeitgebern entstehen kann (vgl. Abb. 4).<sup>25</sup> Die damit verbundene *Monopson-Marktmacht* kann zur Lohndrückerei (I\*) und zu einer gegenüber dem Wettbewerbsniveau niedrigeren Beschäftigung A\* führen.<sup>26</sup> Für diesen besonderen Fall kann der Mindestlohn in Höhe I<sup>M</sup> die Beschäftigung auf das wohlfahrtsoptimale Niveau A<sup>M</sup> erhöhen. Um diesen Effekt in allen betroffenen Regionen großflächig zu erzeugen, wäre allerdings ein regional differenzierter Mindestlohn Voraussetzung, der den jeweiligen Marktbesonderheiten Rechnung trägt.

24 Diese Feststellung gilt allerdings nur für Vollzeitbeschäftigte. Die Hartz-IV-Regelungen sehen Kombilöhne aus Erwerbseinkommen und Arbeitslosengeld II im Niedriglohnssektor vor (so genannte Aufstocker). Die Hinzuverdienstgrenzen für alleinlebende erwerbsfähige Hilfsbedürftige liegen bei 1.200 €, für Bedarfsgemeinschaften bei 1.500 € (§ 30 SGB II). Mit 7,75 €/Std. / (1.256 €/Monat) bzw. 8,75 €/Std. (1.418 €/Monat) ohne Sonderzahlungen wird zumindest bei Vollzeitbeschäftigten diese Grenze erreicht. Nur für diesen Fall greift die Kombilohnregelung nicht mehr und es kommt gegebenenfalls zu Entlassungen.

25 Bei einem stark fragmentierten Pflegemarkt und der zumeist geringen Größe der Pflegeeinrichtungen ist eine regionale Nachfragemacht einzelner Arbeitgeber jedoch eher unwahrscheinlich. Vgl. auch Augurzky u. a. (2009), S. 18. Eine differenzierte Diskussion zur Wirkung von Mindestlöhnen findet sich bei Card/Krueger (1995).

26 Da im Monopson die Grenzausgabe GA größer als der Lohnsatz I ist, ist die gewinnmaximale Beschäftigung niedriger als im Wettbewerbsfall. Es gilt:

$$I < GA = WGP = p \cdot \frac{\partial A}{\partial X} .$$

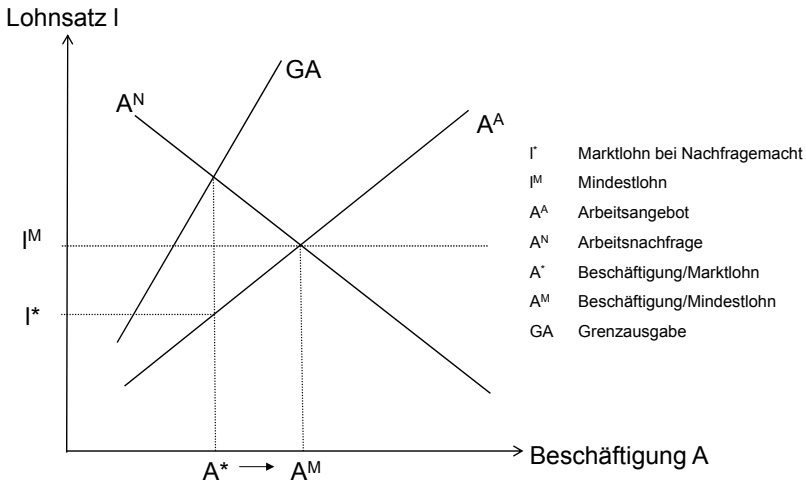


Abb. 4: Monopson-Fall

Quelle: Eigene Darstellung

## 2. Der ‚Druckkessel Pflege‘ – Indirekte Effekte

Die bisher betrachteten Anpassungen betrafen die Produktionssphäre der Pflegeeinrichtungen. Alternativ bietet der ‚Druckkessel Pflege‘ als Gesamtheit aller an der Pflege Beteiligten die Möglichkeit der Entlastung im Rahmen von Kostenüberwälzungen zulasten Dritter:<sup>27</sup>

- Da die Pflegepreise durch die Entgeltvereinbarungen festliegen, wären *Qualitätsabsenkungen* eine Möglichkeit, die gestiegenen Kosten weiterzuwälzen. Allerdings ist die Pflege durch geltende Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie durch spezielle Qualitätsvereinbarungen (§§ 80 u. 80 a SGB XI) stark reguliert, so dass kaum Spielräume für eine derartige Politik bestehen.
- Pflegedienste und Heimplatzanbieter werden sich in der Versorgung auf diejenigen Pflegebedürftigen konzentrieren, deren Pflegebedarf im Verhältnis zur bewilligten Pflegestufe eine auskömmliche Leistungserstellung ermöglicht. Mit dieser Methode des ‚*Cream skinning*‘ würden Pflegebedürftige abgewiesen, deren Versorgung nur bei negativen Deckungsbeiträgen möglich wäre. Es bliebe ihnen letztlich eine Versorgung durch ‚Billiganbieter‘, die bei schlechten Arbeitsbedingungen und einer hohen Personalfuktuation faktisch nur eine qualitativ mindere Qualität bieten können.
- Abseits der regulierten Versorgung könnten die Einrichtungen durch frei vereinbarte, profitable *Zusatzleistungen* ihr Spektrum erweitern und damit einen Deckungsbeitrag für die gestiegenen Personalkosten erwirtschaften.

27 Vgl. hierzu Meyer (2004), S. 350 ff. Der von Kritikern der derzeitigen Pflegesituation aufgebrachte Vorwurf vom ‚Druckkessel Pflege‘ beruht zentral auf zu knapp bemessenen Entgeltsätzen der zugelassenen Pflegedienstleister einerseits und den hohen Qualitätsvorgaben andererseits. Siehe auch Weidner, Isfort, Messner u. Zinn (2003), S. 5 ff.

- Zumindest formal sind alle Pflegeanbieter von der Pflege-Mindestlohn-Verordnung betroffen. Wenngleich diejenigen mit bislang höheren Lohnzahlungen faktisch keine Änderung erfahren, kann das Argument der Mindestlöhne in den Pflegesatzverhandlungen angeführt werden, um für alle *höhere Entgelte* gegenüber den Kostenträgern durchzusetzen. Während im ambulanten Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 132 a SGB V) landesweite Entgelt-Rahmenvereinbarungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringerverbänden die Regel sind, mit denen dies pauschal durchsetzbar wäre, werden die Entgelte im Pflegesektor grundsätzlich individuell mit den einzelnen Trägern vereinbart.<sup>28</sup> Pflegeheime der *Diakonie* und der *Caritas*, die tendenziell höhere Löhne zahlen, könnten dann mit keiner Entgeltaufstockung rechnen. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass die Kostenträger den Mindestlohn als Standard nehmen, an den sich auch die freigemeinnützigen Anbieter orientieren müssten.
- Bei weiterhin unveränderten Geld- bzw. Sachleistungsansprüchen der Pflegebedürftigen führen höhere Entgelte zu vermehrten *privaten Zuzahlungen* und/oder Zuschüssen als *Hilfe zur Pflege* im Rahmen der kommunalen Sozialhaushalte. Alternativ kämen *Beitragssatzerhöhungen* infrage, die die Versicherten träfen.

### 3. Schattenarbeit

Bislang genutzte *legale* Gelegenheiten, um Tarifverträge oder individuelle Bestandsgarantien durch Ausgründungen und Re-Leasing von Arbeitskräften auszuhebeln, werden durch die Mindestlohn-Verordnung weitgehend wirkungslos. Allerdings belässt die Regelung die Möglichkeit, bisher geleistete Sonderzahlungen auf Jahresbasis (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) sowie Schichtzulagen und Leistungsprämien in den Bruttostundenlohn einzurechnen. Voraussetzung wäre eine Änderung des Arbeitsvertrages.<sup>29</sup> In der Grauzone der Legalität wäre auch die Kooperation von Einrichtungsträgern insbesondere im ambulanten Bereich denkbar, um im Verbund (Schein-)Selbständige zu niedrigeren Tarifen zu beschäftigen.<sup>30</sup> Sodann wäre die Nichtberücksichtigung von Fahrtzeiten eine Umgehungsmöglichkeit der Mindestlohnregelung. Gleiches gilt für die Einrechnung so genannter Fahrgelder, die für dienstlich genutzte private Fahrzeuge gezahlt werden. *Illegale Praktiken* sind das letzte Druckventil, durch das Anpassungen – häufig einvernehmlich zwischen den Beteiligten – vorgenommen werden. Staatliche Kontrollen belegen ein hohes Maß

- 
- 28 Im stationären Pflegesektor werden die Entgeltsätze zwischen den Pflegekassen und den Heimträgern individuell ausgehandelt. In der ambulanten Pflege werden die Punktzahlen für die jeweiligen Leistungen landesweit festgesetzt, die Punktwerte hingegen in Abhängigkeit von Ausstattung, Qualifikation der Beschäftigten sowie gezahlten Entgelten mit dem einzelnen Pflegedienst individuell vereinbart. Kurzfristig könnten deshalb auch ambulante Einrichtungen bei den Kassen durch Einzelnachweis ihrer gestiegenen Arbeitskosten eine Erhöhung ihrer Punktwerte beantragen. Nach Angaben des Instituts für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011), S. 73 planten 51 % der Einrichtungsträger Ost und 33 % der Einrichtungsträger West Nachverhandlungen mit den Pflegekassen.
- 29 Nach Befragung durch das Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011), S. 111 gaben 88 % der Betriebe nach einem halben Jahr der Geltung von Mindestlöhnen an, keine Zusatzleistungen der Beschäftigten gekürzt zu haben.
- 30 Zu den Kriterien, die eine Scheinselbständigkeit vermuten lassen, siehe § 7 Abs. 4 SGB IV.

an Verstößen gegen Mindestlohn-Vorschriften aus der Bau- und der Gebäudereinigerbranche.<sup>31</sup> Die kleinbetriebliche Struktur der ambulanten Pflege wird die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Regeln zusätzlich erschweren.

Analytisch lässt sich das Zusammenspiel von regulärem und irregulärem Arbeitsmarkt in einem *Zwei-Märkte-Modell* darstellen (vgl. Abb. 5). Ausgangspunkt seien die jeweiligen Gleichgewichtslöhne  $I^{*r}$  und  $I^{*ir}$ .<sup>32</sup> Bereits in der Ausgangssituation ist der Lohnsatz im irregulären Markt geringer, da mit der illegalen Beschäftigung zugleich eine Hinterziehung von Sozialbeiträgen und Steuern verbunden ist. Mit der Einführung des Mindestlohns  $I^M$  kommt es zu Entlassungen im Umfang von  $A^{*r} - A^{NM}$ . Die freigesetzten Pflegekräfte drängen zum Teil auf den irregulären Arbeitsmarkt und führen dort zu einer Verschiebung des Arbeitsangebotes auf  $A^{A_2}_{ir}$ . Im Ergebnis ist die Beschäftigung im irregulären Arbeitsmarkt im Umfang  $A^{Mir} - A^{*ir}$  gestiegen und der Lohnsatz auf  $I^{Mir}$  gefallen. Die soziale Diskrepanz beider Beschäftigungsgruppen hat sich durch den Mindestlohn verschärft.

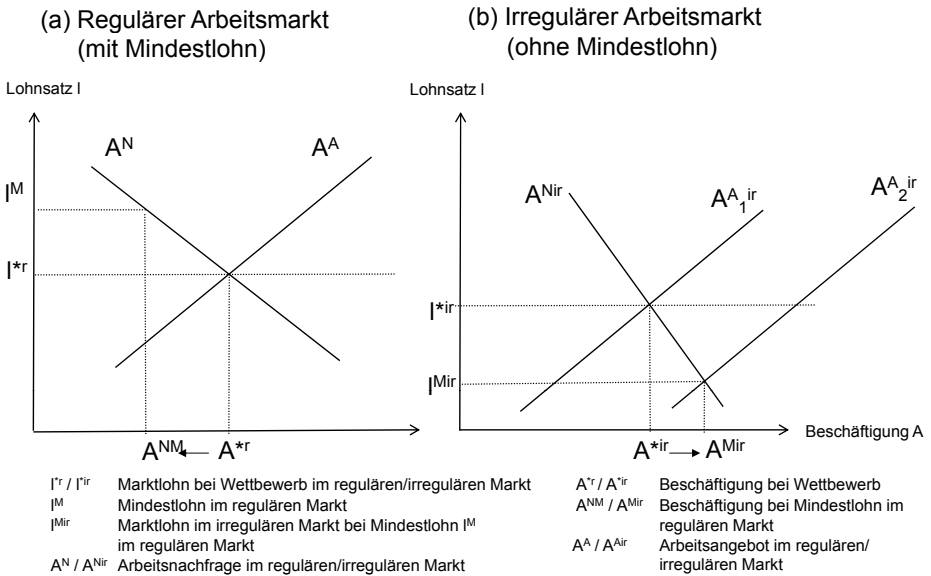


Abb. 5: Pflege im Schatten - Zwei-Märkte-Modell

Quelle: Eigene Darstellung

- 31 In der Baubranche leitete der Zoll 2009 bei der Überprüfung von 14.000 Arbeitgebern mit 170.000 Beschäftigten 1.500 Bußgeldverfahren ein. Bei den Gebäudereinigern erhielten von 2.000 überprüften Unternehmen mit 20.000 Arbeitnehmer/innen 200 Arbeitgeber einen entsprechenden Bescheid. Vgl. Schwenn, „Mindestlohn wird unterlaufen“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 26.6.2010, S. 14.
- 32 Die Arbeitsnachfrage  $A^N$  auf beiden Märkten hängt vom erzielbaren Wertgrenzprodukt

$$(WGP = p \cdot \frac{\partial A}{\partial X})$$

ab. Unter der Annahme, dass sowohl die Pflegedienstleistungen auf unterschiedlichen (Schwarz-)Märkten zu abweichenden Leistungsentgelten gehandelt werden, als auch die Produktionstechnologien voneinander abweichen können, ergeben sich unterschiedliche Steigungen der Arbeitsnachfrage.

Anhand einer *Fallkonstellation* sollen die Anreize zu einer irregulären ambulanten Versorgung eines Pflegebedürftigen in Stufe III im eigenen Haushalt gegenüber einer regulären Versorgung deutlich gemacht werden.<sup>33</sup> Für den ambulanten Pflegedienst werden Pflegesachleistungen in Höhe von 1.510 € durch die SPV übernommen. Damit sind die Kosten für die Grundpflege sowie die unmittelbar notwendige hauswirtschaftliche Versorgung mit drei Einsätzen pro Wochentag und einem Einsatz pro Wochenendtag weitgehend abgedeckt. Ein mobiles Hausnotrufsystem steht für weitere Einsätze zur Verfügung, die mit 100-200 € extra berechnet werden. Zusätzlich sind 160-200 Betreuungsstunden pro Monat notwendig, die bei 8,75 €/Std. einen Betrag von 1.400-1.750 € monatlich ausmachen.<sup>34</sup> Daneben übernehmen die Angehörigen, bei Verhinderung die Nachbarn, abends sowie am Wochenende die unentgeltliche Betreuung. Neben den gesellschaftlich zu tragenden Kosten von 1.510 € fallen zusätzlich privat zu übernehmende Kosten von 1.500-1.800 € pro Monat an. Demgegenüber würde eine illegal beschäftigte polnische Pflegehelferin 800-1200 €/Monat erhalten, zuzüglich der Kosten von 300 € für Kost und Logis.<sup>35</sup> Damit ist zugleich eine zeitliche Rund-um-Betreuung gewährleistet, die zwar fachlich ggf. weniger qualifiziert, dafür aber menschlich intensiver durchgeführt wird. Zudem kann neben dem nicht unerheblichen organisatorischen Aufwand die Betreuungsarbeit der Verwandten entfallen. Rechnet man die durch die SPV gewährte Geldleistung in Höhe von 685 € ab, so verbleiben dem Pflegebedürftigen privat zu zahlende Kosten von netto 615 €. Gegenüber der regulären Variante entsteht ein Kostenvorteil von 60-65 %. Darüber hinaus kommt bei der regulären Pflege in dieser Fallkonstellation aufgrund der permanenten Hilfeabrufbereitschaft vielfach nur die Aufnahme in ein Pflegeheim mit einem Selbstbehalt von 1.300-1.700 € infrage. Das Beispiel veranschaulicht die Relevanz der irregulären Pflege nicht nur als Konkurrenz für reguläre ambulante Anbieter, sondern insbesondere auch für die Betreiber im stationären Sektor.

Die bereits bislang vorliegenden Anreize zur irregulären Versorgung werden durch die Mindestlöhne somit noch erhöht (Augurzyk u. a. 2009, S. 21). Nach Auskünften des Arbeitgeberverbands Pflege e.V. sind derzeit etwa 150.000 Arbeitskräfte illegal in der Pflege beschäftigt, wobei der Schwerpunkt in den Städten liegt.<sup>36</sup> Mit der Öffnung des EU-Binnenmarktes im Mai 2011 dürfte der Zustrom osteuropäischer Pflegefach- und Hilfskräfte auch auf dem Schwarzmarkt zu einem erheblichen Druck geführt haben. So liegt der gesetzliche Mindestlohn rumänischer Arbeitskräfte derzeit bei 0,72 €/Std. und bietet daher bei irregulären (Netto-)Löhnen von 3-4 €/Std. in deutschen Privathaushalten Anreize der illegalen Beschäftigung. Damit wird eine Stoßrichtung der Mindestlohn-Regelung deutlich. Zugleich wird eine Chance vertan, eine finanzielle Entlastung der

33 Die Angaben basieren auf einer Modellrechnung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (Hrsg.) (2005), S. 8 f., die durch die derzeit geltenden Leistungsansprüche und eigene Berechnungen aktualisiert wurde.

34 Hierbei wird die Annahme getroffen, dass es sich um Pflegehilfskräfte handelt, die den Mindestlohn-Pflege erhalten.

35 Bei einer legalen Beschäftigung im Haushalt wäre eine Vereinbarung von Löhnen unterhalb des Pflegemindestlohnes durchaus möglich, da gemäß § 1 Abs. 2 PflegeArbbV nur die Beschäftigung in Pflegebetrieben erfasst wird.

36 Vgl. auch Elger (2010), die den Schattensektor im Bereich Pflege mit 100.000 deutschen Haushalten angibt, die illegale Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen.

Pflegefall-Absicherung durch die Migration ausländischer Arbeitnehmer/innen bei zeitgleichen Anstrengungen zur Qualifikation deutscher Hilfskräfte vorzunehmen.<sup>37</sup>

#### 4. Wirkungen auf den Wettbewerb

Der Mindestlohn-Pflege begünstigt all jene Anbieter, die bereits vordem Löhne nicht unter diesem Niveau gezahlt haben. Dies betrifft grundsätzlich alle *tarifgebundenen* bzw. *AVR-gebundenen Einrichtungsträger*. So unterliegen 74 % der privat-gewerblichen, aber nur 24 % der freigemeinnützigen und lediglich 2 % der öffentlichen Einrichtungsträger keinem kollektivrechtlichen Vertrag.<sup>38</sup> Umgekehrt werden durch den Mindestlohn die Wettbewerbsvorteile bisheriger *Niedriglohnanbieter* zunichte gemacht. Tab. 1 gibt einen Überblick über die nach Pflegesektor, Region und Trägerschaft differenzierten Bruttostd.-Entgelte.<sup>39</sup> Die Daten zeigen für Ostdeutschland ein im Durchschnitt um 15-20 %-Punkte niedrigeres Lohnniveau gegenüber Westdeutschland. Während die *Diakonie* und die *Caritas* im stationären Sektor gegenüber privat-gewerblichen Anbietern ein um 30-50 % erhöhtes Lohnniveau zahlen, liegt dieser Unterschied in der ambulanten Pflege auch gegenüber den verbandlich nicht organisierten freigemeinnützigen Einrichtungen bei etwa 100 %. Von daher ist zu vermuten, dass die Mindestlohn-Verordnung für etliche ambulante Pflegedienste privat-gewerblicher und nicht organisierter wohlfahrtlicher Träger in Ostdeutschland von Relevanz ist.<sup>40</sup> Aufgrund des relativ hohen Anteils von Pflegehelfer/innen in Pflegeheimen dürften ebenfalls dort einige privat-gewerbliche Anbieter von der Regelung faktisch betroffen sein. *Augurzky, Kropol, Mennicken u. a.* ermitteln in ihrer Untersuchung,<sup>41</sup> dass bei privaten Pflegeheimen in Westdeutschland 10 % und in Ostdeutschland 11 % der Beschäftigten von der Mindestlohnregelung eine erhöhte Lohnzahlung zu erwarten haben. Hierzu trägt auch bei, dass die Lohnspreizung zwischen den Beschäftigungsgruppen im privaten Pflegegewerbe größer ist als bei öffentlichen und wohlfahrtlichen Trägern. Das Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011, S. 98) kommt in seiner Online-Befragung vor der Einführung der Verordnung zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Beschäftigten unterhalb des Mindestlohnes in Westdeutschland (Ostdeutschland) im ambulanten Sektor 4,8 % (6,2 %) und im stationären Sektor 5,8 % (4,3 %) betrug.

---

37 Hinsichtlich der Öffnung des Arbeitsmarktes für ausländische Pflegekräfte erscheint die Anerkennung der Qualifikation durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als ein besonderes Problem, welches zügig gelöst werden sollte.

38 Vgl. Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (2011), S. 129.

39 Wenngleich die Entgelterhebung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) grundsätzlich alle Einrichtungen in der Pflege mit Ausnahme die in öffentlicher Trägerschaft erfasst, unterscheidet sie nicht nach Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppen. Dies erklärt den relativ hohen bundesweiten Stundensatz in der Pflege von 13,87 € für 2009. *Augurzky u. a.* (2009), S. 21 ff. ermitteln bei privaten Pflegeheimen eine Lohnverteilung, die sich auf erheblich niedrigere Bruttostundenlöhne gründet. Um den Niveaueffekt der BGW-Erhebung auszuschalten, wird nachfolgend die jeweilige prozentuale Abweichung von diesem Durchschnittssatz angeführt. Verzerrungen verbleiben jedoch, da der Anteil pflegerischer Tätigkeiten im ambulanten Sektor gegenüber der stationären Pflege höher ist.

40 Dies gilt speziell auch für die Situation in Ostberlin, wo die Pflegekräfte nach dem Mindestlohn ‚West‘ zu entlohnen sind.

41 Vgl. *Augurzky u. a.* (2009), S. 21 ff., die ihre Aussagen auf der Basis von 13.000 Beschäftigten in privaten Pflegeheimen vornehmen.

	Pflegeheime <sup>42</sup>		ambulante Pflege <sup>43</sup>	
	Bruttostd.-Entgeld	% <sup>44</sup>	Bruttostd.-Entgeld	% <sup>44</sup>
Deutschland	14,21	102,5	13,17	95,0
Westdeutschland	14,72	106,1	13,79	99,4
Ostdeutschland	12,17	87,7	11,72	84,5
Deutsche Caritas	17,98	129,6	20,87	150,5
Diakonisches Werk	16,22	116,9	19,18	138,3
DRK	13,86	99,9	13,17	95,0
AWO	13,84	99,8	14,99	108,1
DPWV	14,32	103,2	15,45	111,4
frei-gemeinnützige Träger ohne Verband	14,84	106,7	10,16	73,3
privat-gewerbliche Träger	11,94	86,1	10,58	76,3

Tab. 1: Unterschiede im Lohnniveau in der Pflege

Quelle: Auskünfte der Unternehmerbetreuung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg (BGW). Eigene Berechnungen / Auswertungen.

Bei einem weiterhin bestehenden Wettbewerbsdruck und einer dadurch bedingten kurz- und mittelfristig unvollständigen Überwälzung der Kostensteigerungen auf die Preise sinkt die Rentabilität, das Insolvenzrisiko steigt und die Anreize zu Erhaltungs- und Erweiterungsinvestitionen wird zurückgehen. Trotz der augenblicklich bestehenden Überkapazitäten im stationären Sektor werden langfristig *Versorgungslücken* die Folge sein. Aufgrund des vor Einführung der Mindestlohnregelung niedrigeren Lohnniveaus im ambulanten Sektor wird dieser Effekt hier besonders spürbar werden (Augurzky u. a. 2009, S. 24 ff.). Erst ein durch zunehmende Verknappung des Pflegeangebots erzeugter Preisanstieg würde hier eine Entspannung bewirken.

Zumindest in grenznahen Regionen sowie generell bei Pflegebedürftigen ohne familiäre Bindungen kommt als langfristige Perspektive auch eine *Versorgung im Ausland* (Polen, Niederlande, Spanien) infrage. Deutsche Heimbetreiber könnten dort Betriebsstätten eröffnen und mit günstigem Pflegepersonal eine preisgünstige Versorgung anbieten, was derzeit lediglich im hochpreisigen Segment zu beobachten ist.

42 Strukturschlüssel 0560: Pflege- und Krankenhäuser, stationäre Hospize. Die Zuordnung geschieht nach überwiegender Betriebstätigkeit und umfasst folglich auch Mitarbeiter/innen in der Verwaltung, der Hauswirtschaft etc. Die Basis bilden 6.405 Einrichtungen mit 644.980 Beschäftigten.

43 Strukturschlüssel 0710: ambulante sozialpflegerische Dienste, ambulante Hospizarbeit. Die Zuordnung geschieht nach überwiegender Betriebstätigkeit und umfasst folglich auch Mitarbeiter/innen in der Verwaltung etc. Die Basis bilden 14.824 Einrichtungen mit 380.330 Beschäftigten.

44 in % vom bundesweiten Bruttostd.-Entgeld (ambulant und stationär), das im Jahr 2009 13,87 € betrug. Es umfasst alle Zahlungen, also auch Sonderzahlungen, Gratifikationen etc. Wenngleich die Entgelterhebung grundsätzlich alle Einrichtungen in der Pflege mit Ausnahme die in öffentlicher Trägerschaft erfasst, unterscheidet sie nicht nach Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppen. Dies erklärt den relativ hohen Durchschnittsstundensatz.

Abstract

*Dirk Meyer: A Minimum Wage for Elderly Care Services – Relevance and Potential Effects*

*Competition; Illegal Employment; Labour Market; Minimum Wage; Minimum Wage Regulation; Qualification.*

*Due to demographic and social developments nursing service will continue to be a growth industry in the long run. The requirement for this is the political volition of a sufficient funding. A minimum wage in nursing service tends to increase prices of the offered services. Stated justifications for a minimum wage are wage dumping protection (inter alia against the background of the upcoming opening of the single market in 2011) as well as raising rivals' costs. Protection is focused on the 136,000 non-skilled workers in basic care owed to the strong tightening of the labour market for caregivers. Operative minimum wages will lead to adjustments by optimising operations, intensification of work, and rationalisation of workflow by increased employment of capital as well as technical substitution of relatively expensive non-skilled workers. In addition there will be increased pressure on prices for nursing services and private co-payments. There will be an increased supply and demand for illegal services. Suppliers who had been tied to collective contracts so far will achieve a relative advantage in competition. The most engraving impact will occur for private and nonunionised suppliers of outpatient care in East Germany.*

## Literaturverzeichnis

- Augurzky, Boris, Sebastian Krolop, Roman Mennicken, Arndt Reichert, Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz u. Stefan Terkatz (2009), Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige, Projektbericht, hrsg. v. Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care u. Institute for Health Care Business GmbH (Hrsg.), <http://www.iab.de/764/section.aspx/Publikation/k090923j09> (Abrufdatum 27.1.2011).
- Bünder, Helmut (2010), „Mindestlohn kostet Stellen in der Müllbranche“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 30.3.2010, S. 10.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (Hrsg.) (2005), Positionen und Perspektiven in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen: Legale Beschäftigungsverhältnisse fördern – schärfere Sanktionen gegen Schwarzarbeit und Schleuserbanden, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2007), Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.
- Card, David u. Alan B. Krueger (1995), Myth and Measurement – The New Economics of the Minimum Wage, Princeton NJ.
- Elger, Katrin (2010), Pflegen in der Grauzone, in: Der Spiegel, Hamburg, Nr. 48/2010, S. 152.
- Enste, Dominik H. (2009), Pflegedienstleistungen – Vom Kostenfaktor zum Jobmotor, bpa-Information & Kommunikation, Berlin.
- Hagen, Tobias (2008), Arbeitsmarkteffekte der Einführung eines gesetzlichen Mindestlohns in Deutschland, in: WiSt, 37. Jg., H. 2, S. 89-94.
- Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (Hrsg.) (2011), Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen: Branche Pflege, Abschlussbericht an das Bundesministerium Arbeit und Soziales, Tübingen.
- Meyer, Dirk (2004), Strukturelle Mängel in der Qualitätssicherung der stationären Altenpflege, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 27, H. 4, S. 346-359.
- Meyer, Dirk (1992), Zur Bedeutung der Allgemeinverbindlichkeitserklärung – Einige kritische Anmerkungen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 43, H. 3, S. 364-374.
- Meyer, Dirk (1988), Die bundesrepublikanische Arbeitsmarktverfassung – Eine Analyse aufgrund alternativer ökonomischer Ansätze, in: WiSt, 17. Jg., H. 3, S. 147-150.

- Mihm, Andreas (2010), „Pflegeversicherung gerät ins Minus“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 30.6.2010, S. 9.
- Mueller, Dennis C. (2008), Lohndumping und Mindestlöhne, in: Mindestlohn: Für und Wider, ifo Schnelldienst Sonderausgabe, 61. Jg., S. 23-25.
- Salop, Steven C. u. David T. Scheffman (1983), Raising Rivals' Costs, in: American Economic Review, Bd. 73, P&P, S. 267-271.
- Schwenn, Kerstin (2010), „Mindestlohn wird unterlaufen“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 26.6.2010, S. 14.
- Schwenn, Kerstin (2010 a), „Pflegebranche sucht Hartz-IV-Empfänger“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 2.04.2010.
- Schwenn, Kerstin (2010 b), „Pflegekräfte ohne Arbeit“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt, 6.05.2010.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009), Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Pflegestatistik 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008), Pflegestatistik 2007, Wiesbaden.
- Weidner, Frank, M. Isfort, T. Messner u. W. Zinn (2003), Pflege-Thermometer 2003, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), <http://www.dip-home.de> (Abrufdatum 28.08.03).
- Weskamm, Andrea (2008), Der Mindestlohn – Gefahr für Arbeitsplätze oder Chance für die Pflegenden?, in: Die Schwester Der Pfleger, 47. Jg., H. 1, S. 55-57.
- Woll, Artur (2003), Allgemeine Volkswirtschaftslehre, München, 14. Aufl.