

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige: Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009

RWI Projektberichte

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2009) : Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige: Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009, RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/70898>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care
Institute for Health Care Business GmbH (HCB)

Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009



Impressum

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius;

Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll;

Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Tillmann Neinhaus;

Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. David Card, Ph.D.; Prof. Dr. Clemens Fuest;

Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Walter Krämer; Prof. Dr. Michael Lechner;

Prof. Dr. Till Requate; Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †, Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Projektberichte

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen

Tel. 0201/81 49-0, Fax 0201/81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

**Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen
und Pflegebedürftige**

Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care
Institute for Health Care Business GmbH (HCB)

Auswirkungen von Mindestlöhnen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009

Projektteam: Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop,
Roman Mennicken, Arndt Reichert, Hartmut Schmidt,
Hendrik Schmitz, Prof. Dr. Stefan Terkatz



ADMED



Inhalt

Vorwort	5
1. Ergebnisse des Pflegeheim Rating Report 2009.....	7
1.1. Pflegemarkt	7
1.2. Wirtschaftliche Lage	12
2. Auswirkungen von Mindestlöhnen	15
2.1. Hintergrund	15
2.2. Theorie zu Mindestlöhnen	17
2.3. Aktuelle Lohnverteilung	21
2.4. Folgen eines Mindestlohns.....	24
2.5. Fazit.....	29
3. Literatur.....	31

ADMED/HCB/RWI

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Trägerschaft	8
Schaubild 2	Verteilung der Pflegeheime und -dienste nach Trägerschaft	9
Schaubild 3	Auslastung der Pflegeheime nach Trägerschaft.....	10
Schaubild 4	Durchschnittlicher Preis (ohne IK) nach Trägerschaft	11
Schaubild 5	Zusammenhang zwischen Preisniveau und Trägerschaft.....	12
Schaubild 6	Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft	14
Schaubild 7	Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft und Ländlichkeit	14
Schaubild 9	Wirkung eines Mindestlohns im Modell	18
Schaubild 10	Wirkungsweise eines Mindestlohns in der Pflege.....	19
Schaubild 11	Sonderposten nach Trägerschaft in der Bilanz der Pflegeheime.....	22
Schaubild 12	Verteilung der Stundenlöhne in privaten Pflegeheimen in Westdeutschland.....	23
Schaubild 13	Verteilung der Stundenlöhne in privaten Pflegeheimen in Ostdeutschland	24
Schaubild 14	Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 9,68 €.....	25
Schaubild 15	Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 8,50€ in West- und 7,50 € in Ostdeutschland€.....	26
Schaubild 16	Angebot und Nachfrage nach stationären Plätzen nach West-/Ostdeutschland.....	28

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1	Effekte eines generellen Mindestlohns für alle Branchen	20
----------	---	----

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Vorwort

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um einen Auszug aus dem Pflegeheim Rating Report 2009 des RWI, der ADMED GmbH und der HCB GmbH zu den Auswirkungen eines Mindestlohns auf Pflegeanbieter und Pflegebedürftige. Wichtige Ergebnisse des Pflegeheim Rating Report 2009 werden mit Schwerpunkt auf Analysen privater Anbieter zusammengefasst dargestellt.

Wir danken Mathias Cramer, Dr. Michaela Lemm, Reiner Meenken, Adam Pilny, Magdalena Stroka, Joachim Schmidt und Daniel Weitz für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie. Dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. danken wir für die Bereitstellung von Lohn- und Mitarbeiterdaten privater Betreiber, den Forschungsdatenzentren der Länder für die Bereitstellung der amtlichen Daten, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Julia Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke, Marlies Tepas und Lutz Morgenroth für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung des Reports.

Essen, Pulheim, Büttelborn, den 10. Juli 2009

Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop, Roman Mennicken, Arndt Reichert, Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz, Prof. Dr. Stefan Terkatz

ADMED/HCB/RWI

Auswirkungen von Mindestlöhnen

1. Ergebnisse des Pflegeheim Rating Report 2009

Die professionelle Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immens an Bedeutung. Bereits in den vergangenen Jahren stiegen die Zahl pflegebedürftiger Menschen und die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nahezu ungebremst fortsetzen. Pflegeleistungen werden durch Angehörige, durch ambulante Pflegedienste oder in Heimen erbracht. Dabei dürfte die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gegenüber der Angehörigen-Pflege noch an Bedeutung gewinnen.¹ Die demographische Entwicklung stellt für den Pflegemarkt ein erhebliches Wachstumspotenzial dar. Zahlreiche Markteintritte konnten bereits in der Vergangenheit verzeichnet werden.

Gleichzeitig schwinden allerdings die gesellschaftlichen Ressourcen zur Finanzierung von Pflegeleistungen: Die Unterstützung durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) nahm seit 1995 kontinuierlich ab, weil deren Pflegesätze nicht der Inflation angepasst wurden. Der reale Eigenanteil der Pflegebedürftigen ist seitdem stetig gestiegen. Erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden die Pflegesätze der SPV 2008 erstmals angehoben, für stationäre Pflege jedoch nur in der Stufe III. Damit bleibt der Druck auf Pflegeheime, ein günstiges Preis-Leistungsverhältnis zu bieten, nach wie vor bestehen.

1.1. Pflegemarkt

Der Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2007 ein Volumen von rund 252 Mrd. €. 11% davon bzw. 27 Mrd. € entfielen auf ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. 1997 betrug ihr Anteil noch 8,6%. Damit rangiert die Pflege in ihrer Bedeutung an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken. Ende 2007 waren 2,25 Mill. Menschen pflegebedürftig, 5,6% mehr als 2005. Die professionelle Pflege in Heimen oder durch ambulante Dienste gewinnt immer mehr an Bedeutung, während der Anteil der Pflege durch Angehörige rückläufig ist.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen verändern wird. Sehr wahrscheinlich wird die Pflege durch Angehörige aufgrund der demografischen und anderer gesellschaftlicher Faktoren weiter rückläufig sein. Davon dürften die professionellen Anbieter profitieren. Der Rückgang der Pflege durch Angehörige und die relative Verteuerung der stationären gegenüber der ambulanten Pflege infolge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) dürften dazu führen, dass ambulante Dienste den größten Zuwachs verzeichnen

¹ Ebenfalls an Bedeutung gewinnen dürften Haushaltshilfen für Pflegebedürftige, insbesondere aus dem EU-Ausland. Mangels valider Daten lassen sich hierzu jedoch keine Aussagen treffen.

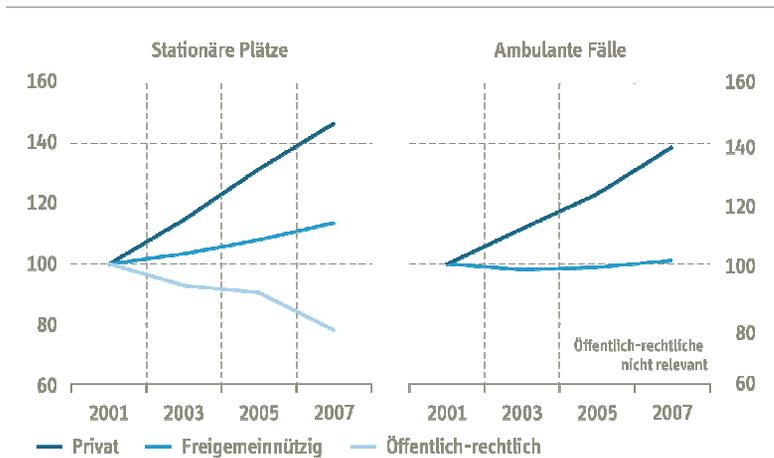
ADMED/HCB/RWI

werden. Bei konstanten Pflegequoten erwarten wir einen Anstieg der Zahl der stationären Pflegefälle von 709 000 im Jahr 2007 um 252 000 auf 962 000 bis 2020 (+36%) und um 402 000 auf 1 111 000 bis 2030 (+57%). Bis 2030 dürfte das Marktvolumen des stationären Bereichs (in Preisen von 2008) auf 30 Mrd. € und des ambulanten auf 12 Mrd. € wachsen.

Bei konstanten Pflegequoten sowie konstanten Erwerbsquoten sollte die Soziale Pflegeversicherung (SPV) bis 2015 trotz Finanzkrise einen positiven Saldo aufweisen und damit eine Kapitalreserve von fast 10 Mrd. € aufbauen können, die bis etwa 2021 aufgezehrt würde. Sollten in Zukunft mehr erwerbsfähige Menschen am Arbeitsmarkt partizipieren und außerdem die Arbeitslosenquote sinken, könnten sich in einem entsprechenden Szenario der positive Saldo der SPV noch bis 2018 und die Kapitalreserve bis 2026 halten. Sollten die Leistungen der SPV hingegen ausgedehnt werden, würde die Kapitalreserve entsprechend früher aufgebraucht. Eine grundlegende Pflegereform sollte schon frühzeitig auf den absehbaren Finanzierungseingpass eingehen.

Schaubild 1

Veränderung der Zahl der Pflegeplätze nach Trägerschaft 2001 bis 2007; 2001=100



Quelle: FDZ der Länder (2009), Alle Heime, ADMED/HCB/RWI Essen

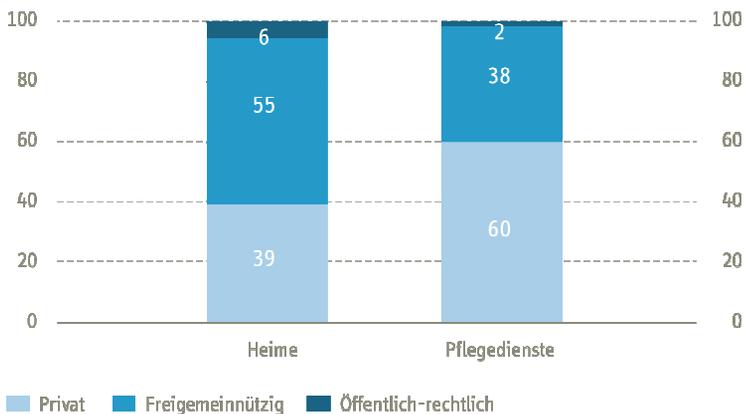
Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen stieg auch das Angebot. Die Zahl der Pflegeheime nahm zwischen 1999 und 2005 um 25% von 8 859 auf 11 029 zu. In gleichem Maße erhöhte sich die Zahl der verfügbaren Plätze von rund

Auswirkungen von Mindestlöhnen

645 000 auf 799 000. Auffallend ist die Zunahme der Zahl der Plätze in privater Trägerschaft (Schaubild 1): seit 2001 um 47%; in freigemeinnütziger nur um 14%. Besonders in Ostdeutschland stieg die Zahl der Plätze in privater Trägerschaft überproportional (79%). Bei ambulanten Diensten stagnierte die Zahl der Fälle von freigemeinnützigen Diensten – sowohl in Ost- als auch Westdeutschland –, während private ihr Angebot stark ausweiteten. 2007 lag der Anteil der Heime in privater Trägerschaft bei 39% (Schaubild 2), die 34% der stationären Plätze auswiesen. 60% der ambulanten Dienste befanden sich in privater Trägerschaft, die 45% aller ambulant Pflegebedürftigen betreuten.

Schaubild 2

Verteilung der Pflegeheime und -dienste nach Trägerschaft
2007; Anteil in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2008) und FDZ der Länder (2009), alle Heime, ADMED/HCB/RWI Analyse

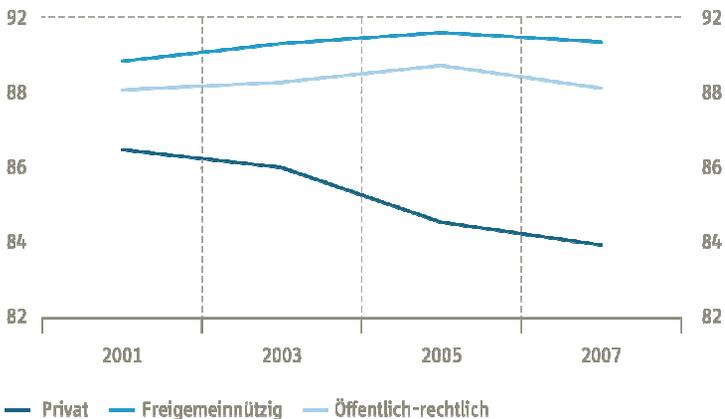
Seit 2003 sank die durchschnittliche Auslastung (ohne Pflegestufe 0) von 89,8% auf 88,8% bis 2007. Private Heime sind stärker davon betroffen als nicht-private (Schaubild 3). Regional zeigen sich auch hier erhebliche Unterschiede. Die durchschnittliche Auslastung dürfte wegen des vermutlich weiter überproportionalen Angebotswachstums noch bis 2010 weiter sinken. Aufgrund des unverminderten Anstiegs der Zahl der Pflegefälle wird sich jedoch etwa ab 2013 ein Bedarf an neuen Plätzen einstellen. Bis 2020 rechnen wir gegenüber 2010 mit einem Mehrbedarf von

ADMED/HCB/RWI

rund 155 000 Plätzen, bis 2030 von 312 000. Bis 2030 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) auf fast 23 Mrd. € summieren. Muss außerdem jährlich 2% des Bestands erneuert werden, fallen bis 2030 weitere 32 Mrd. € an, in der Summe ab 2014 jährlich etwa 3 Mrd. €.

Schaubild 3

Auslastung der Pflegeheime nach Trägerschaft 2001 bis 2007; in %



Quelle: FDZ der Länder (2009), Alle Heime, ADMED/HCB/RWI Essen

In der ambulanten und stationären Pflege arbeiteten 2007 810 000 Menschen, 30% mehr als 1999. Bei Pflegefachkräften lag der Zuwachs sogar bei 40%. 2007 gab es rund 235 000 Vollstellen für Pflegefachkräfte, 67 500 mehr als 1999. Gleichzeitig fand ein Abbau der Pflege in Krankenhäusern statt (-36 500). Die Betreuungsrelation in Heimen, die sich im Wesentlichen aus den mit der Pflegekassen verhandelten Personalschlüsseln ergeben, verbesserte sich: 2007 standen 0,24 Pflegefachkräfte je Bewohner zur Verfügung, 1999 waren es erst 0,21. Berücksichtigt man außerdem Pflegehilfskräfte erhöhte sich der Wert von 0,29 auf 0,32.

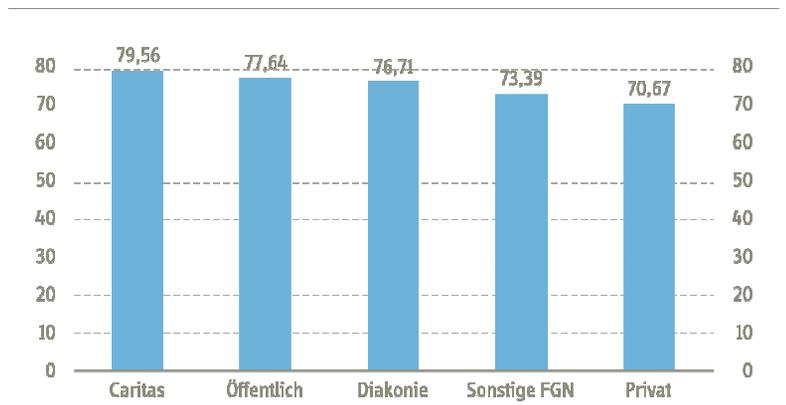
Bis 2020 rechnen wir mit einem zusätzlichen Bedarf von rund 50 000 Pflegefachkräften im stationären und 27 000 im ambulanten Bereich. Es ist mit einem Personalmangel und mit steigenden Löhnen für Pflegefachkräfte zu rechnen. Nicht zuletzt deshalb sollten Karrierepfade neu definiert werden, die Aufstiegsoptionen bieten und den Beruf attraktiver machen. Dazu gehört z.B. die Schaffung völlig neuer

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Berufsbilder wie medizinische Assistenz, um die Delegation einfacher ärztlicher Tätigkeiten zu ermöglichen. Dies erfordert zumindest teilweise eine Akademisierung des Pflegeberufs und würde gleichzeitig helfen, dem in manchen Regionen bereits spürbaren Mangel an Ärzten entgegenzuwirken. Schließlich bietet sich an, qualifizierte Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben.

Schaubild 4

Durchschnittlicher Preis (ohne IK) nach Trägerschaft
2007; in € / Tag



Quelle: FDZ der Länder (2009), alle Heime (mit dauerstationären Plätzen), ADMED/HCB/RW

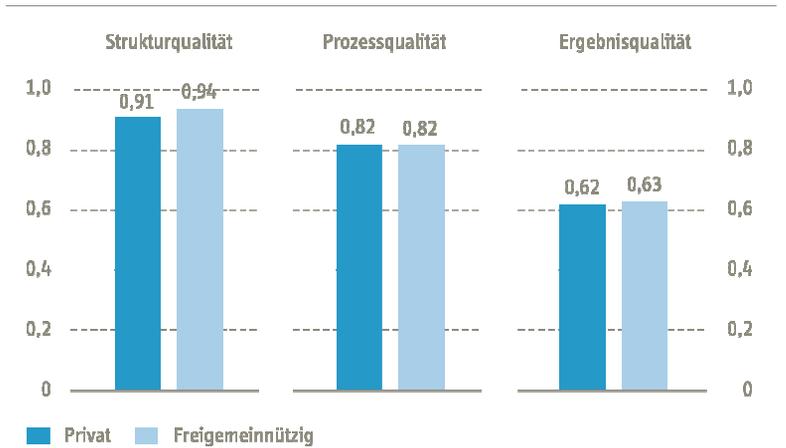
Für alle drei Pflegestufen erhöhte sich die Vergütung bis 2003 in Einklang mit der Inflationsrate, danach darunter, sodass die realen Preise bis 2007 leicht sanken. Regional bestehen signifikante Preisunterschiede: Besonders teuer sind Heime in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein. Günstig sind sie in den ostdeutschen Ländern und in Niedersachsen. Bezogen auf Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung sind private Heime im Durchschnitt um 7,1% günstiger als nicht-private Heime (Schaubild 4). Schließt man den Investitionskostenanteil mit ein, liegt das Preisniveau noch um 3,3% niedriger. Der Investitionskostenanteil bei privaten Heimen liegt aufgrund der geringeren öffentlichen Förderung höher als bei nicht-privaten Heimen. Bei wachsender Transparenz über Preise und Qualität, einem wachsenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen und knapper werdenden Mitteln der Kommunen sowie durch einen sich intensivierenden Wettbe-

werb und neuer Pflegeangebote erwarten wir, dass die Preisdifferenzen abnehmen werden.

Die Strukturqualität eines Heimes nimmt mit höherem Preisniveau zu. Auch die Prozessqualität scheint mit dem Preisniveau leicht zu wachsen. Zwischen der Ergebnisqualität und dem Preisniveau lässt sich allerdings kein Zusammenhang mehr feststellen.² Offenbar gelingt es nicht, bei guten strukturellen Voraussetzungen und vermutlich besseren Prozessen auch die Ergebnisqualität zu steigern. Denkbar ist auch folgende Interpretation der Ergebnisse. Unabhängig vom Preisniveau bieten alle Heime im Durchschnitt die gleiche Ergebnisqualität. Bei höheren Preisen steigt indessen das Angebot zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität.

Schaubild 5

Zusammenhang zwischen Preisniveau und Trägerschaft
2008



Daten zu öffentlich-rechtlichen Heimen liegen nicht vor; Anzahl/Heime = 72
ADMED/HCB/RWI Essen; MDK Rheinland-Pfalz

² Die Strukturqualität umfasst die bauliche Ausstattung des Heims, Hygienebedingungen, die Aufbauorganisation, die Qualifikation des Personals und den Personaleinsatz; die Prozessqualität das Qualitätsmanagement, das Pflegekonzept, die Verabreichung von Medikamenten und des Essens, die soziale Betreuung sowie die Art der Pflegedokumentation. Die Ergebnisqualität bewertet schließlich die Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, die Versorgung bei Ernährungssonden, Inkontinenz und Dekubitus, Prophylaxemaßnahmen und die Versorgung bei Demenz.

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Es gibt ferner keine Anzeichen für schlechtere Qualität bei Heimen in privater Trägerschaft (Schaubild 5). Sowohl bei der Prozess- als auch bei der Ergebnisqualität schneiden sie nicht schlechter ab. Nur die Strukturqualität scheint bei freigemeinnützigen Heimen leicht besser zu sein. Der Unterschied ist statistisch allerdings nicht signifikant. Grundlage dieser Untersuchung sind Daten des MDK Rheinland-Pfalz.

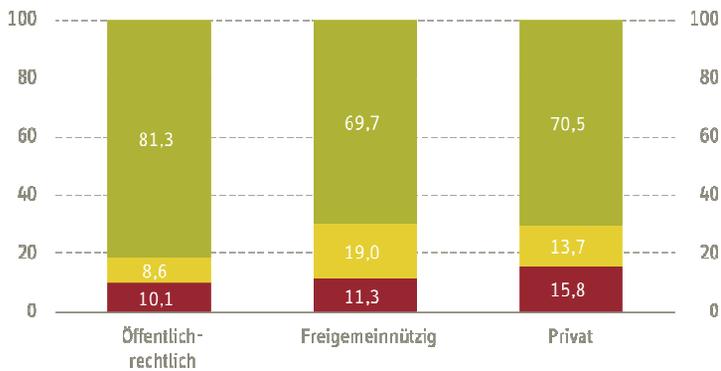
1.2. Wirtschaftliche Lage

Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen beträgt in der vorliegenden Stichprobe von rund 380 Jahresabschlüssen 2006/2007 1,1%. Sie liegt damit niedriger als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken und ist vergleichbar mit Unternehmen anderer Branchen Westdeutschlands. 13% der Pflegeheime waren im roten, 15% im gelben, 72% im grünen Bereich angesiedelt. In Bezug auf die Ertragslage schneiden Pflegeheime ebenfalls besser ab als Krankenhäuser oder Reha-Kliniken. 85% weisen zumindest einen ausgeglichenen Jahresüberschuss aus, 15% schreiben rote Zahlen. Heime in privater Trägerschaft schneiden beim Rating signifikant schlechter ab als solche in nicht-privater (Schaubild 6). 16% der privaten Heime befinden sich im roten Bereich, freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche zu rund 10%. Dies dürfte daran liegen, dass verhältnismäßig viele private Heime in ländlichen Regionen liegen (Schaubild 7) und ländliche Heime ein signifikant schlechteres Rating aufweisen als städtische. Die Größe eines Heimes scheint kaum positiv mit dem Rating zu korrelieren. Heime in Westdeutschland schneiden leicht schlechter ab als die in Ostdeutschland, Heime in Norddeutschland schlechter als in Süddeutschland. Interessanterweise weisen teure Heime kein besseres Rating auf.

Wir erwarten 2008 und 2009 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Heime aufgrund einer vermutlich weiter sinkenden Auslastung bis 2009. Anschließend sollte sich die Situation leicht bessern, weil die Zahl der Pflegefälle jährlich steigt, wobei 2010 infolge des vermuteten geringeren Nachfragewachstums (bedingt durch höhere Arbeitslosigkeit) noch eine Ausnahme sein dürfte. Langfristig erwarten wir jedoch eine stabile Situation. Bis 2020 dürften fast 70% der Heime im grünen Bereich liegen und 86% zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis aufweisen. Risiken bilden ein hoher Mindestlohn, eine starke Verschiebung der Nachfrage und ein Preisdruck infolge zunehmenden Wettbewerbs.

Schaubild 6

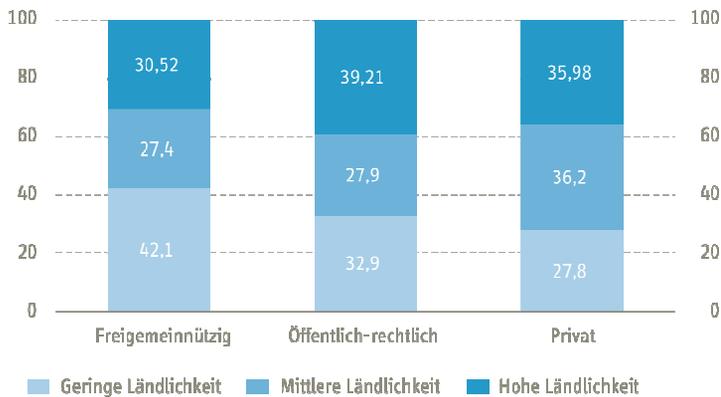
Verteilung der Pflegeheime in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft
2006 und 2007; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Schaubild 7

Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft und Ländlichkeit
2007; Anteil in %



„Geringe Ländlichkeit“ liegt bei einem Wert von 0% vor, mittlere bei Werten zwischen 0,1% und 31,4%, hohe ab 31,5%. – Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Eigene Berechnungen anhand von FDZ der Länder (2009)

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Ein Mindestlohn von 9,68 € pro Stunde, wie von Ver.di und AWO gefordert, würde zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime führen, vor allem von Einrichtungen in Ostdeutschland, von privaten Anbietern und von ambulanten Diensten. Die Insolvenzwahrscheinlichkeit von Heimen würde sich erhöhen, sodass mittelfristig mehr Anbieter in die Insolvenz gingen. Eine außerdem geringere Verzinsung des Eigenkapitals dürfte zu einem Rückzug von privatem Kapital führen, sodass in Zukunft weniger neue Plätze entstehen würden als ohne einen Mindestlohn. Im nächsten Abschnitt werden die Auswirkungen eines Mindestlohns im Detail diskutiert.

2. Auswirkungen von Mindestlöhnen

2.1. Hintergrund

Am 13.2.2009 hat der Bundesrat einem Gesetzesentwurf zugestimmt, der u.a. die Aufnahme der Pflegebranche in das Arbeitnehmerentendengesetz vorsieht. Dies betrifft wohl Pflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte in Krankenhäusern sind davon ausgenommen. Dies geschah, obwohl es sich bei der Pflege um eine Branche handelt, in der es keinen flächendeckenden Tarifvertrag gibt, der mindestens 50% der Beschäftigten umfasst. Eine Kommission soll bis spätestens Ende 2009 einen Vorschlag zur Höhe des Mindestlohns erarbeiten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann dann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats festlegen, dass der Vorschlag der Kommission auf alle Pflegekräfte Anwendung findet. Aufgrund des höheren Lohnniveaus von Pflegefachkräften dürfte der Mindestlohn fast nur Pflegehilfskräfte betreffen. Ver.di und AWO sprachen sich bereits im Vorfeld für einen Mindestlohn in Höhe von 9,68 € pro Stunde aus (kma Pflege 2009).

Die Kommission wird insgesamt aus acht Mitgliedern bestehen (Schaubild 8), jeweils vier von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Fest steht laut Gesetz bereits, dass vier der acht Plätze (50%), von kirchlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt werden. Hier wird es sich nach aller Voraussicht um Vertreter der großen kirchlichen Träger Caritas und Diakonie handeln. Für die zwei weiteren Arbeitnehmervertreter wird die Gewerkschaftsseite Ver.di wohl ein Mitglied stellen. Der letzte Platz ist bisher vakant. Die zwei offenen Sitze auf Arbeitgeberseite sollen von freigemeinnützigen, öffentlichen bzw. privaten Trägern besetzt. Ein Sitz davon entfällt vermutlich auf die Arbeiterwohlfahrt.

Schaubild 8

Kommission zur Festlegung eines Mindestlohns 2007; in 1 000

Kommission zur Festlegung von Mindestlöhnen: 8 Mitglieder							
Gewerkschaft	Gewerkschaft	Vereinigung der Arbeitgeber	Vereinigung der Arbeitgeber	Dienstnehmerseite kirchliche Träger	Dienstnehmerseite kirchliche Träger	Dienstgeberseite kirchliche Träger	Dienstgeberseite kirchliche Träger

Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

2007 lag der Anteil stationärer Heime in privater Trägerschaft bei 39%. 60% der ambulanten Dienste befanden sich in privater Trägerschaft, die 45% aller ambulant Pflegebedürftigen betreuten. Aufgrund des überproportionalen Wachstums des Angebots privater Anbieter dürfte ihr Anteil 2009 noch höher ausfallen. Selbst bei der Besetzung der Kommission mit einem Vertreter der privaten Arbeitgeber wäre die Zusammensetzung der Kommission daher nicht repräsentativ für die aktuelle Verteilung der Trägerschaft in der Pflegebranche. Es ist zu befürchten, dass die Kommission Entscheidungen zu Lasten unterrepräsentierter Mitglieder fällt.

Die öffentlich-rechtlichen Anbieter haben in der Regel noch Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Die Tarifverträge der meisten freigemeinnützigen Anbieter und der kirchlichen Träger orientieren sich an diesen öffentlichen Tarifen (z.B. TVÖD). Bei allen diesen Trägern handelt es sich im Gegensatz zu den privaten Trägern um Non-Profit-Organisationen. Diese Tarifverträge zeichnen sich in der Regel durch eine geringe Lohnspreizung aus. Hochqualifizierte Mitarbeiter werden im Vergleich zum Markt unter-, geringqualifizierte indessen überbezahlt. Private Anbieter wenden seltener Tarifverträge an und differenzieren die Löhne stärker nach Qualifikation und Leistung des einzelnen Mitarbeiters. Dies kann dazu führen, dass das Lohnniveau von Hilfskräften dort niedriger und von hochqualifizierten Fachkräften höher als bei den meisten nicht-privaten Einrichtungen ausfällt.³

³ Es wird von einzelnen Fällen nicht-privater Einrichtungen berichtet, die aufgrund der Tarifbindung ihren leistungsstarken Mitarbeitern keine höheren Löhne zahlen können und damit Gefahr laufen, diese zu verlieren.

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Allerdings sind auch im Bereich der öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen Träger Sonder- oder Notlagentarifverträge keine Seltenheit mehr. Um die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen, die mit den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes oder in Anlehnung an den öffentlichen Dienst, nicht mehr gewährleistet werden kann, scheinen immer mehr Notlagen- und Sondertarifverträge für einzelne Betriebsteile installiert zu werden, die unter den bisherigen Vergütungen liegen.

Die Festlegung eines Mindestlohns würde die Löhne von geringqualifizierten Arbeitskräften künstlich anheben und deren Arbeitskraft verteuern. Die Personalkosten würden steigen. Dies dürfte zu Entlassungen, zumindest aber zu einem Einstellungsstopp von geringqualifizierten Hilfskräften führen. Ohne eine entsprechende Anpassung der Preise würde sich die wirtschaftliche Situation der betroffenen Anbieter verschlechtern und die Verzinsung des eingesetzten Kapitals zum Bau oder Erwerb von Pflegeheimen verringern. Zwischen 2001 und 2007 wurden nach unseren Berechnungen schätzungsweise 9,4 Mrd. € in neue stationäre Pflegeplätze investiert, davon 6,5 Mrd. € bzw. 70% durch private Anbieter. Je nach Höhe des Mindestlohns wäre mit einem Rückzug von privatem Kapital aus der Pflege zu rechnen. Öffentliches Kapital dürfte diese Lücke kaum schließen können, zumal auch manche nicht-private (öffentliche, freigemeinnützige und kirchliche) Anbieter vom Mindestlohn und einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage betroffen wären und öffentliches Kapital im Gefolge der Finanzkrise äußerst knapp werden dürfte.

Im Folgenden werden die Konsequenzen eines Mindestlohns auf Pflegeanbieter und Pflegebedürftige diskutiert und soweit möglich die Größenordnung der Konsequenzen quantifiziert.

2.2. Theorie zu Mindestlöhnen⁴

In der politischen Debatte wird von Gegnern des Mindestlohns angeführt, dass dessen Einführung negative Auswirkungen auf das Beschäftigungsniveau hätte. Theoretisch begründet wird dieses Argument durch die neoklassische Arbeitsmarkttheorie. Diese unterstellt einen vollkommenen Arbeitsmarkt, in dem die einzelnen Marktteilnehmer keinen Einfluss auf den Lohn haben.

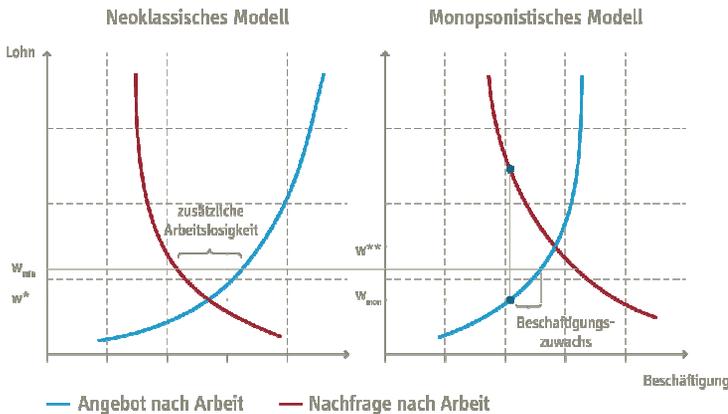
Schaubild 9 illustriert die Beschäftigungseffekte eines Mindestlohns in einem wettbewerblich geprägten Arbeitsmarkt (linke Darstellung). Dargestellt sind die Nachfrage nach Arbeit (der Arbeitgeber) und das Angebot an Arbeit (von Arbeitnehmern). Bei einem Lohnsatz w^* existiert Vollbeschäftigung in dem Sinne, dass keine unfreiwillige Arbeitslosigkeit vorliegt. Wird der Lohnsatz durch die Einführung eines Mindestlohns über das Niveau des markträumenden Lohns auf w_{\min} gesteigert,

⁴ Dieser Abschnitt orientiert sich an Bachmann et al. (2008).

gert, sinkt die Nachfrage nach Arbeit, während das Arbeitsangebot steigt. Dies wiederum hat ein geringeres Beschäftigungsniveau und unfreiwillige Arbeitslosigkeit zur Folge, da die kürzere Marktseite (hier die Arbeitsnachfrage) das Marktergebnis determiniert. Wird der Mindestlohn genau in Höhe des markträumenden Lohnes w^* oder darunter gesetzt, hat dies keinerlei Folgen für die Beschäftigung. Aus der neoklassischen Arbeitsmarkttheorie folgt damit, dass ein Mindestlohn keine positiven Beschäftigungseffekte bewirken kann, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Beschäftigungsabbau zur Folge hat.

Schaubild 9

Wirkung eines Mindestlohns im Modell



Quelle: Bachmann et al. (2008)

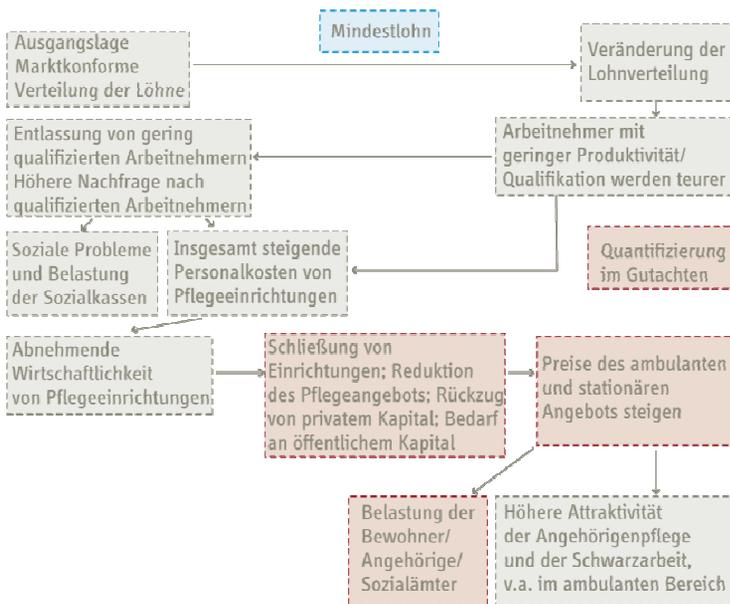
Die Annahme eines vollkommenen Arbeitsmarkts kann dabei durchaus in Zweifel gezogen werden. Geht man alternativ davon aus, dass Unternehmen eine monopsonistische Position, d.h. marktbeherrschende Stellung, einnehmen, dann können Arbeitgeber einen Lohn w_{mon} unterhalb des markträumenden Lohnes w^{**} mit der Folge unfreiwilliger Arbeitslosigkeit durchsetzen (Schaubild 9, rechte Darstellung). Eine derartige Marktmacht kann beispielsweise entstehen, wenn bei unvollkommener Mobilität der Arbeitskräfte einzelne Unternehmen in einer Region oder einem Sektor eine marktdominante Rolle spielen. Die Einführung eines Mindestlohns, der über w_{mon} liegt, aber höchstens w^{**} beträgt, kann in dieser Modellwelt positive Beschäftigungseffekte haben. Bei einem Mindestlohn in Höhe von w^{**} würde trotz Marktmacht der Unternehmen eine Situation erreicht, in der keine

Auswirkungen von Mindestlöhnen

unfreiwillige Arbeitslosigkeit herrscht. Wird der Mindestlohn oberhalb von w^{**} gesetzt, entsteht wiederum unfreiwillige Arbeitslosigkeit.

Schaubild 10

Wirkungsweise eines Mindestlohns in der Pflege



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Bei dem derzeit stark fragmentierten Pflegemarkt und der verhältnismäßig geringen Größe eines Pflegeheims oder eines ambulanten Diensts (Abschnitt 2) ist nicht davon auszugehen, dass einzelne Arbeitgeber eine regionale Marktmacht (monopsonistische Position) besitzen. Wir gehen daher davon aus, dass es bei der Einführung eines Mindestlohns erstens zu Entlassungen und zweitens durch die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeeinrichtungen zu einer Reduktion des Pflegeangebots kommen dürfte.

Schaubild 10 verdeutlicht die Wirkungsweise eines Mindestlohns im Detail. Arbeitnehmer mit geringer Qualifikation werden durch die Einführung eines Mindestlohns teurer. Im ersten Schritt steigen die Personalkosten. Gegenüber ihrer Produktivität nunmehr zu teure Arbeitnehmer werden entlassen bzw. nicht eingestellt. Dies belastet die sozialen Sicherungssysteme (Kasten 1). Falls Entlassungen aus Gründen des Kündigungsschutzes nicht möglich sind, dürfte es zu einem Einstellungsstopp kommen. Möglicherweise erhöht sich die Nachfrage nach qualifizierteren Arbeitskräften, deren Lohnniveau unverändert bleibt und die mehr als eine Hilfskraft ersetzen können. Durch den Eingriff in die Lohndifferenzierung verringert der Mindestlohn ferner den Anreiz eines gering qualifizierten Arbeitnehmers, sich zusätzliche Qualifikationen anzueignen, um einen höheren Lohn zu erreichen. Dies betrifft Pflegehilfskräfte, die sich durch Fortbildung zu Fachkräften ausbilden könnten. Vor dem Hintergrund des erwarteten Mangels an Pflegefachkräften (Abschnitt 2.3.4) wäre dies kontraproduktiv.

Kasten 1

Effekte eines generellen Mindestlohns für alle Branchen

Die Untersuchung von Bachmann et al. (2008) zu einem generellen Mindestlohn für alle Branchen in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass ein Mindestlohn von 7,50 € zu einem Verlust von etwa 500 000 Arbeitsplätzen in West- sowie etwa 220 000 Arbeitsplätzen in Ostdeutschland führen würde. Es resultiert aus Beschäftigungsrückgängen bei geringfügig Beschäftigten sowie bei gering- und mittelqualifizierten Vollzeitbeschäftigten. Hochqualifizierte in Westdeutschland würden von der Einführung eines Mindestlohns aufgrund der Substitutionsbeziehung zu diesen Beschäftigtengruppen profitieren. Die damit verbundenen fiskalischen Belastungen würden sich auf ca. 9 Mrd. € summieren. Dabei kommt es aufgrund der mit dem Mindestlohn verbundenen Lohnerhöhungen zu Mehreinnahmen aus der Einkommensteuer sowie zu geringeren Ausgaben für gering Verdienende, deren Einkommen über staatliche Transfers aufgestockt werden. Diesen Einnahmen stehen jedoch insgesamt höhere Kosten gegenüber, die aus Mehrausgaben für ALG I und ALG II aufgrund der mit dem Mindestlohn ansteigenden Arbeitslosigkeit sowie aus Verlusten bei den Unternehmenssteuern resultieren.

Bei unveränderten Preisen sinkt die Wirtschaftlichkeit und steigt die Insolvenz-wahrscheinlichkeit der betroffenen Betreiber, was einerseits mehr Insolvenzen in den darauf folgenden Jahren nach sich zieht und andererseits den Anreiz, Kapital im Bereich Pflege zu investieren, schmälert. Dies erzeugt eine Versorgungslücke. Zu deren Vermeidung könnten alternativ die Preise für Pflegeleistungen angehoben werden. Damit würden die höheren Personalkosten auf die Pflegebedürftigen überwälzt. Ambulante und stationäre Pflege würden teurer, und die Pflege durch

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Angehörige gewänne an Bedeutung. Vor dem Hintergrund der abnehmenden Zahl von Angehörigen ist jedoch eher damit zu rechnen, dass ein Großteil der Pflegebedürftigen dann auf illegale oder halblegale Pflegeangebote zurückgreift und somit die Schwarzarbeit stärkt.

Neben sozialpolitischen Erwägungen kann die Einführung eines Mindestlohns schließlich auch zur Ausschaltung von Wettbewerbern genutzt werden. So dürfte ein Ziel des am 1.1.2008 eingeführten Postmindestlohns die Ausschaltung der neuen Briefzustelldienste gewesen sein, die ein geringeres Lohnniveau aufwiesen als der ehemalige Monopolist, die Deutsche Post AG⁵. Dies führt zu geringerem Wettbewerb und zusätzlichen Insolvenzen und geht damit zu Lasten der Kunden.

2.3. Aktuelle Lohnverteilung

Wir definieren zwei Mindestlohnszenarien: erstens einen bundesweit einheitlichen Mindestlohn von 9,68 €, wie von Ver.di gefordert, und zweitens von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland, wie er sich aufgrund der aktuellen Preisunterschiede im politischen Prozess herausbilden könnte. Zur Beurteilung der Auswirkungen muss die Verteilung der Stundenlöhne von Arbeitnehmern in der ambulanten und stationären Pflege untersucht werden. Allerdings sind Daten dazu nicht in ausreichendem Maß öffentlich zugänglich. Freundlicherweise stellte der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) entsprechende Daten für über 13 000 Beschäftigte von stationären und über 700 Beschäftigten von ambulanten Einrichtungen zur Analyse zur Verfügung. Daraus lassen sich die Effekte eines Mindestlohns auf private Anbieter analysieren. Bezogen auf alle Anbieter dürften die Effekte noch höher als hier vorgestellt ausfallen. Aufgrund einer geringeren Lohnspreizung und des vermutlich höheren Lohnniveaus dürften die Non-profit-Anbieter jedoch weniger stark betroffen sein als die privaten Träger. Die Differenzierung der Ergebnisse nach Ost- und Westdeutschland sowie nach ambulant und stationär auf Basis der Daten des bpa dürfte allerdings in ähnlicher Weise für Non-profit-Anbieter gelten.

Ein geringeres Lohnniveau privater Anbieter hängt u.a. mit dem unterschiedlichen Preisniveau und der Art der Preisfestsetzung im vollstationären Bereich zusammen. Zunächst ist festzustellen, dass das Preisniveau von privaten Pflegeheimen für die Pflege niedriger (Abschnitt 1.1) als bei den nicht-privaten Trägern ausfällt. Die Preise für die Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten werden in Rahmen einer Pflegesatzverhandlung mit den Pflegekassen bzw. mit dem Sozialhilfeträger verhandelt und festgelegt. Die Kalkulationsgrundlagen, die für eine

⁵ Diese Vermutung liegt immer dann nahe, wenn auch die Arbeitgeberseite die Einführung eines Mindestlohns fordert.

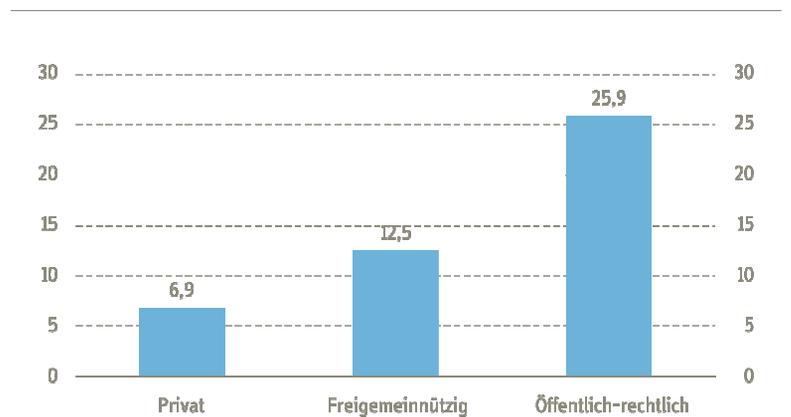
ADMED/HCB/RWI

Verhandlung anzufertigen sind, sehen in der Regel eine durchschnittliche Auslastung von 98% vor. Da die durchschnittliche Auslastung der privaten Pflegeheime mit 89% allerdings deutlich darunter – und auch unterhalb der Auslastung der Wettbewerber – liegt, kommt es zu Verzerrungen.

Darüber hinaus können die Verzinsung des Eigenkapitals und insbesondere die Kosten für den Erwerb des Grundstücks bei den Verhandlungen nicht angesetzt werden. Sie müssen daher notwendigerweise in die übrigen Kostenbestandteile (Personal- und Sachkosten) einkalkuliert werden, sodass Personal effizienter eingesetzt und die Vergütung im Durchschnitt geringer ausfallen muss. Auch erhalten private Anbieter weniger oder gar keine Subventionen oder öffentliche Fördermittel, was sich an der Sonderpostenquote ablesen lässt (Schaubild 11).

Schaubild 11

Sonderposten nach Trägerschaft in der Bilanz der Pflegeheime 2006 und 2007; in % der Bilanzsumme



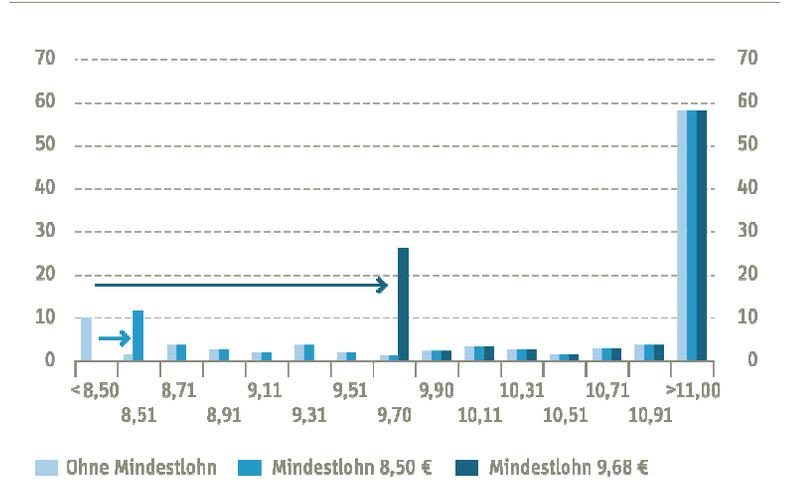
Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubilder 12 und 13 zeigen die Verteilung der Stundenlöhne von Pflegekräften in privaten Heimen in West- bzw. Ostdeutschland im Jahr 2008. Es handelt sich um Bruttobeträge ohne den Arbeitgeberanteil zu den Sozialabgaben. Bei einem Mindestlohn von 9,68 € wären im Westdeutschland 25% und in Ostdeutschland sogar 41% der Arbeitnehmer betroffen. Bei 8,50 € bzw. 7,50 € Mindestlohn wären in Westdeutschland 10% und in Ostdeutschland 11% betroffen. Mehr als 11,00 € pro Stunde verdienen im Westen 60% der Pflegekräfte, im Osten 34%.

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Schaubild 12

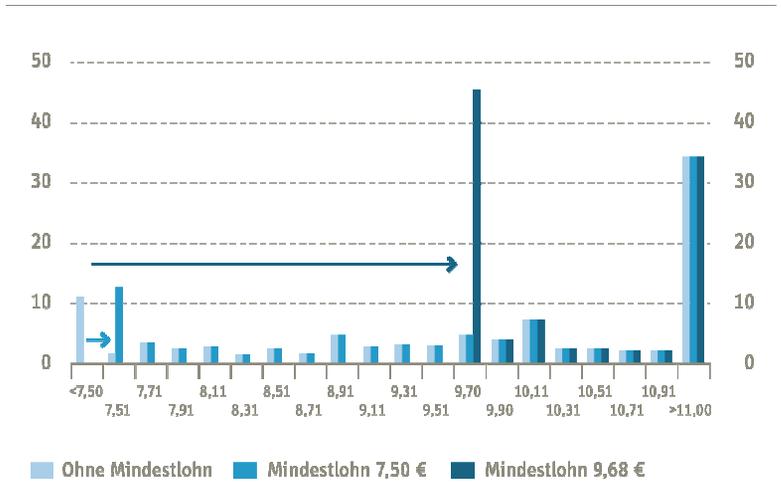
Verteilung der Stundenlöhne in privaten Pflegeheimen in Westdeutschland 2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; bpa

Schaubild 13

Verteilung der Stundenlöhne in privaten Pflegeheimen in Ostdeutschland 2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; bpa

Für ambulante Dienste liegen uns keine umfassenden Daten zur Lohnverteilung vor. Es sind nur die Median-Stundenlöhne aus einer kleinen Stichprobe von rund 700 Beschäftigten bekannt. Im Fall von Fachkräften liegt der Median-Lohn in Westdeutschland bei 11,40 € pro Stunde, für Hilfskräfte bei 8,60 €. Im Vergleich zur vollstationären Pflege liegen diese Werte in Westdeutschland um rund 10% und in Ostdeutschland um 17% niedriger. Der Median oder ein Durchschnittswert sagt allerdings nichts über den Effekt eines Mindestlohns aus. Jeweils 50% der Beschäftigten liegen unter dem Median und 50% darüber. Zur Abschätzung des Effekts muss die genaue Lohnverteilung bekannt sein. Dazu nehmen wir an, dass die relative Verteilung der Löhne im ambulanten Bereich der des stationären Bereichs entspricht, dass allerdings die absolute Lohnhöhe entsprechend niedriger als bei Pflegeheimen liegt.

2.4. Folgen eines Mindestlohns

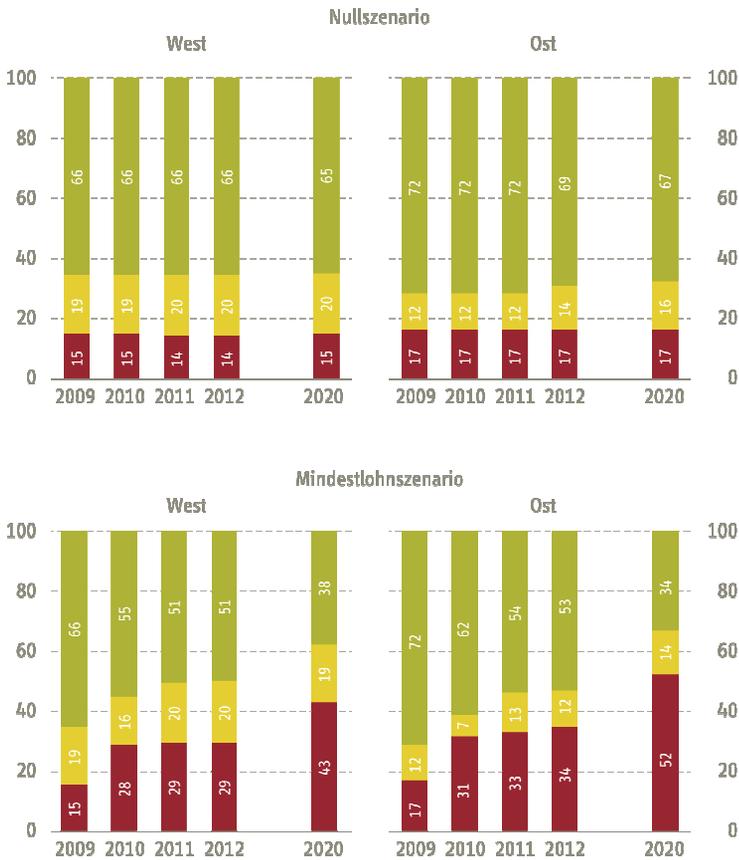
Aufgrund der vorliegenden Jahresabschlüsse und der Daten des Statistischen Bundesamts nehmen wir an, dass die Personalkosten für Pflegekräfte im Durchschnitt 38% des Umsatzes ausmachen. Durch die Einführung eines bundesweiten Mindestlohns in Höhe von 9,68 €, würden sich die Personalkosten privater Heime

Auswirkungen von Mindestlöhnen

um 0,97% des Umsatzes im Westen und um 2,48% im Osten erhöhen. Dies ist durchaus beträchtlich, wenn man berücksichtigt, dass der durchschnittliche Jahresüberschuss nur rund 2% des Umsatzes ausmacht.

Schaubild 14

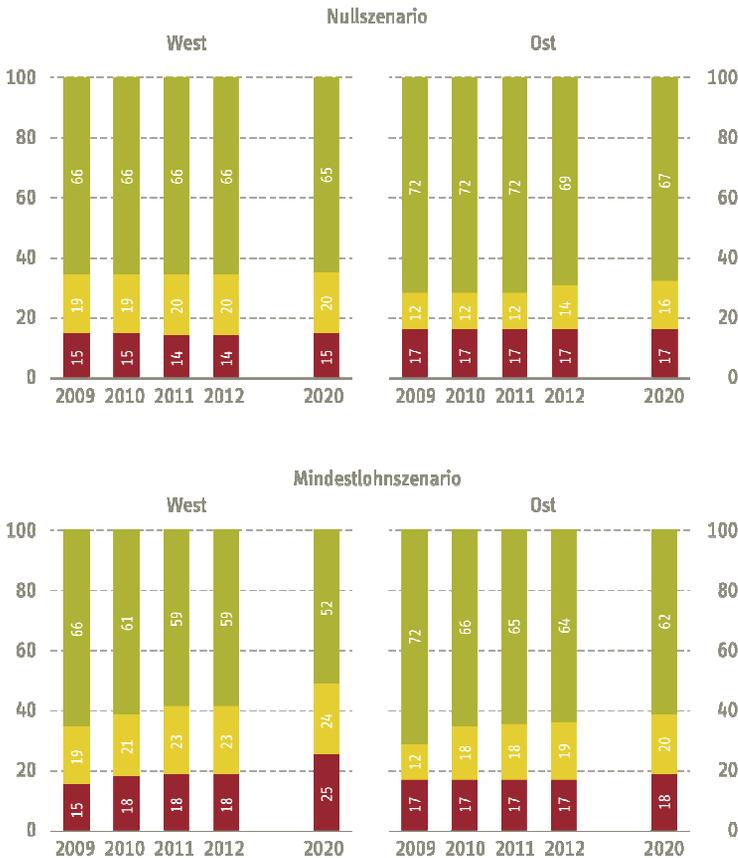
Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 9,68€ 2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Schaubild 15

Verteilung der privaten Pflegeheime nach der Ampelklassifikation bei einem Mindestlohn von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland 2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Sollte dieser Mindestlohn ab 1.1.2010 bundesweit gelten, würde sich die wirtschaftliche Lage der privaten Pflegeheime gegenüber einem so genannten Nullszenario

Auswirkungen von Mindestlöhnen

nario, bei dem wir keinerlei externe Einflüsse auf die Bilanzen unterstellen⁶, im Westen und noch weit mehr im Osten bis 2020 stark verschlechtern. 2010 würde sich der Anteil der Heime im roten Bereich nahezu verdoppeln und bis 2020 im Westen auf 43%, im Osten auf 52% klettern (Schaubild 14). Im Falle eines Mindestlohns von 8,50 € im Westen und 7,50 € im Osten würde sich die Lage entschärfen (Schaubild 15), sich aber immer noch verschlechtern. Die höhere Insolvenzwahrscheinlichkeit führt auf lange Sicht zu mehr Insolvenzen. Pflegeplätze würden dann wegfallen.

Darüber hinaus reduziert sich mit den steigenden Personalkosten die Verzinsung auf das eingesetzte Kapital, was zu weniger Neu- und Re-Investitionen in den Pflegeheimsektor führen dürfte. Zwar würden auch einige nicht-private Träger von einem Mindestlohn betroffen sein. Wir nehmen jedoch an, dass sich aufgrund eines Mindestlohns diesbezüglich keine Verhaltensänderungen bei diesen Trägern zeigen. Damit schätzen wir die Effekte auf das Pflegeangebot konservativ, d.h. sie könnten insgesamt sogar noch höher ausfallen als hier berechnet.

Zur Schätzung der Versorgungslücke projizieren wir das Angebot im Fall ohne und mit Mindestlöhnen bis 2020. Im Fall ohne Mindestlöhne gehen wir davon aus, dass das vergangene Wachstum an Plätzen in freigemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft bis 2020 unverändert bleibt. Ferner nehmen wir an, dass diese Heime zunächst bis 94% im Westen und 95% im Osten ausgelastet werden.⁷ Erst alle darüber hinaus gehende Nachfrage würde durch eine Ausweitung des Angebots privater Anbieter aufgefangen. Dabei nehmen wir eine zweijährige Zeitverzögerung zwischen Investitionsentscheidung und Inbetriebnahme eines neuen Heims an. Unter diesen Annahmen müssten rund 25 Mrd. € investiert werden⁸, 15 Mrd. € (60%) von freigemeinnützigen und 10 Mrd. € (40%) von privaten Trägern. In den vergangenen Jahren, zwischen 2001 und 2007, lag der Anteil der privaten Träger an der Investitionstätigkeit bei rund 70%. Damit handelt es sich bei der unterstellten zukünftigen Aufteilung der Anteile um eine sehr konservative Schätzung. Vermutlich dürfte der private Anteil auch in Zukunft höher als 40% ausfallen und damit auch der Effekt des Mindestlohns auf das Angebot.

⁶ Es gibt indessen „interne“ Einflüsse. So können z.B. Jahresüberschüsse nach Ausschüttungen das Eigenkapital im Folgejahr erhöhen.

⁷ Derzeit beträgt die Auslastung der freigemeinnützigen Heime im Westen 90,1%, im Osten 95,4%, der öffentlich-rechtlichen 88,7% bzw. 93,7%. Hinzu kommen noch Pflegefälle der Stufe 0.

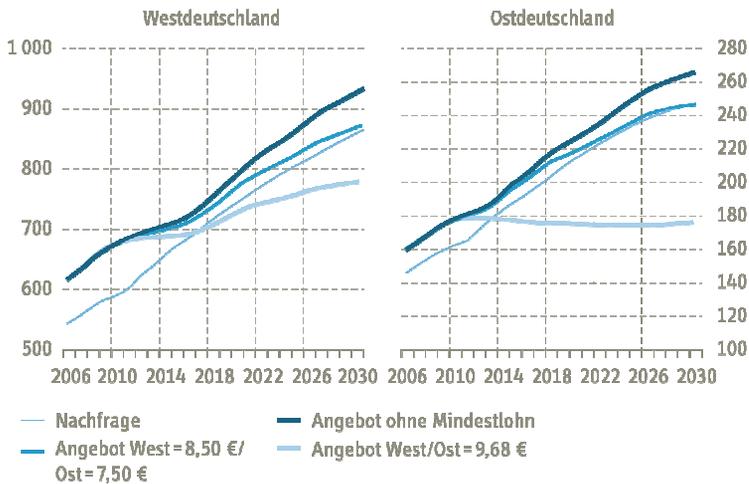
⁸ Es handelt sich um eine Diskontierung der erwarteten kumulierten Investitionstätigkeiten bis 2020 auf 2008 mit Diskontierungszinssatz von 5%.

ADMED/HCB/RWI

Im Fall einer Einführung von Mindestlöhnen ohne entsprechende Anpassung der Preise dürften die Zahl der Insolvenzen steigen und Neu- und Re-Investitionen teilweise ausbleiben. Durch zusätzliche Insolvenzen erwarten wir im Fall des Mindestlohns von 9,68 € einen Verlust von fast 34 000 Plätzen in West- und über 18 000 in Ostdeutschland. Bei einem Mindestlohn von 8,50 € bzw. 7,50 € dürfte sich der Verlust in Grenzen halten: fast 9 000 Plätze in West- und über 2 000 in Ostdeutschland.

Schaubild 16

Angebot und Nachfrage nach stationären Plätzen in West-/Ostdeutschland 2006 bis 2030



Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse

Wir nehmen weiter an, dass die Investitionsbereitschaft bei einem Mindestlohn von 9,68 € im Westen um 1,5%-Punkte p.a. sinkt und im Osten aufgrund des hohen Effekts auf die Umsatzrendite sowohl Neu- als auch Re-Investitionen privater Träger völlig ausbleiben. Bei den geringeren Mindestlöhnen erwarten wir im Westen wie im Osten eine Reduktion der Investitionsbereitschaft um nur 0,6%-Punkte p.a. Schaubild 16 verdeutlicht Angebot und Nachfrage unter diesen Annahmen. Aufgrund des hohen Anteils privater Anbieter und des großen Effekts eines Mindestlohns von 9,68 € in Ostdeutschland könnte das Angebot sogar leicht fallen. Versorgungsgengässe würden dann relativ rasch auftreten. Bis 2020 wären rund 47 000

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Pflegebedürftige, d.h. 22%, ohne Heimplatz. In Westdeutschland würden ernste Versorgungsengpässe erst Mitte des nächsten Jahrzehnts entstehen, rund 53 000 Pflegebedürftige bzw. 7% wären 2020 ohne Heimplatz. Die bundesweite Versorgungslücke könnte sich 2020 auf 100 000 bzw. 10% belaufen. Im Fall der geringeren Mindestlöhne würden wir bundesweit 2020 eine Versorgungslücke von nur 20 000 bzw. 2% erwarten.

Zur Schließung der Versorgungslücken müssten entweder nicht-private Träger ein zusätzliches Angebot schaffen oder die Preise für Pflegeleistungen angehoben werden. Im Fall eines Mindestlohns von 9,68 € wäre im Osten ein Kapitalbedarf (diskontiert auf 2008) von rund 2,8 Mrd. € nötig, um die Versorgungslücke zu schließen, im Westen von rund 3,5 Mrd. €. Da auch nicht-private Anbieter vom Mindestlohn betroffen wären und in der Vergangenheit ohnehin weniger investierten als private, ist es unwahrscheinlich, dieses Kapital aus deren Mitteln aufzubringen. Vielmehr dürften die Preise für Pflegebedürftige in Heimen steigen: beim hohen Mindestlohn um 1,0% im Westen und um 2,5% im Osten. Damit dürften auf die Pflegebedürftigen, deren Angehörige oder die Sozialämter bundesweit eine Belastung von rund 100 Mill. € 2010 und von fast 150 Mill. € 2020 zukommen – kumuliert 2010 bis 2020 über 1,3 Mrd. €.

Im ambulanten Bereich rechnen wir aufgrund des dort um 10% bis 17% niedrigeren Lohnniveaus mit relativ größeren Effekten. Unter der obigen Annahme zur Lohnverteilung im ambulanten Bereich ist der Anteil der von einem Mindestlohn betroffenen Beschäftigten bei einem Mindestlohn von 8,50 € bzw. 7,50 € mehr als doppelt so hoch wie im stationären Bereich, bei einem Mindestlohn von 9,68 € 1,6mal so hoch. Wir schätzen, dass die Versorgungslücke bei einem Mindestlohn von 9,68 € bis 2020 80 000 Pflegebedürftige (rund 16%) in West- und 80 000 (rund 45%) in Ostdeutschland betragen könnte. Bei 8,50 € bzw. 7,50 € wären 35 000 (7%) bzw. 15 000 (8%). Mithin wäre der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefährdet.

Sollten sich die höheren Personalkosten vollständig in höheren Preisen niederschlagen, würden Pflegebedürftige, deren Angehörige und Sozialämter mit rund 150 Mill. € 2010 und 210 Mill. € 2020 belastet – kumuliert 2010 bis 2020 fast 2,0 Mrd. €. Zusammen mit den stationär Pflegebedürftigen belief sich die Belastung auf 250 Mill. € 2010 und auf 360 Mill. € 2020 – kumuliert 2010 bis 2020 auf 3,3 Mrd. €. Pflegebedürftige könnten auf illegale oder halblegale Angebote ausweichen, was zu einer Ausweitung der Schwarzarbeit führt.

2.5. Fazit

Obwohl auf den ersten Blick ein Mindestlohn die Einkommenssituation geringqualifizierter Pflegekräfte zu verbessern scheint, muss in der Konsequenz mit negativen Auswirkungen auf die Anbieter von Pflegeleistungen bzw. die Pflegebedürftigen,

auf die Bereitschaft zur Weiterqualifizierung der Arbeitnehmer sowie auf die geringqualifizierten selbst gerechnet werden. Je höher ein Mindestlohn ausfällt, desto niedriger ist der Anreiz geringqualifizierter Hilfskräfte sich fortzubilden, um damit ein höheres Lohnniveau zu erreichen. Gerade vor dem Hintergrund des zu erwartenden Mangels an Fachkräften wäre die Qualifikation von Hilfskräften eine wichtige Maßnahme, dem entgegenzuwirken. Ferner steigt die Gefahr von Entlassungen bzw. eines Einstellungsstopps geringqualifizierter Arbeitskräfte.

Für die Anbieter von Pflegeleistungen, vor allem im ambulanten Bereich und in Ostdeutschland, erhöhen sich durch einen Mindestlohn die Personalkosten spürbar. Wenn diese zunächst nicht in Form von höheren Preisen an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden können, leidet die Wirtschaftlichkeit des Pflegebetriebs, die Insolvenzwahrscheinlichkeit steigt stark an, und einzelne Anbieter müssen ihre Tätigkeit einstellen. Bei privaten Anbietern sinkt die Verzinsung des eingesetzten Kapitals, sodass die Bereitschaft, privates Kapital einzubringen, deutlich zurückgeht.

Es bleibt zu befürchten, dass der wachende Bedarf an Pflegeplätzen dann nicht finanziert werden kann und langfristig eine Versorgungslücke entsteht – mit der Folge von Wartelisten und höheren Preisen für Pflegebedürftige. Insgesamt erwarten wir bei einem Mindestlohn von 9,68 € bis 2020 im stationären Bereich eine Versorgungslücke von rund 100 000 Plätzen (10%) und im ambulanten von schätzungsweise 160 000 Fälle (24%) – jeweils stärker ausgeprägt in Ostdeutschland. Dies dürfte Wartelisten und steigende Preise nach sich ziehen – mit einer möglichen Belastung der Pflegebedürftigen in der Größenordnung von 250 Mill. € 2010 und insgesamt 3,3 Mrd. € bis 2020. Damit steigt der Anreiz, günstigere Pflegeleistungen auf dem Schwarzmarkt nachzufragen. Die stärkere Belastung ambulanter Dienste wirkt darüber hinaus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegen.

Aus den genannten Gründen raten wir dringend von der Einführung eines Mindestlohns ab. Insbesondere weisen unsere Ergebnisse hinsichtlich der Einführung eines flächendeckenden Mindestlohns von 9,68 € darauf hin, dass dies drastische Konsequenzen für die Versorgung mit Pflegeplätzen haben dürfte. Wir vermuten jedoch, dass die Aussichten dafür groß sind, dass sich im Verhandlungsprozess regional differenzierte Mindestlöhne auf etwas niedrigerem Niveau ergeben. So würde sich beispielsweise eine Festsetzung von Mindestlöhnen von 8,50 € in West- und 7,50 € in Ostdeutschland in etwa an den bestehenden Lohnunterschieden orientieren. Unsere Berechnungen legen nahe, dass in diesem Falle die Konsequenzen ebenfalls negativ, allerdings weniger drastisch wären werden. Auch hier muss man jedoch eine spürbare Einschränkung der Versorgung befürchten, weil höhere Arbeitslöhne die Kosten steigern und letztlich zu einer Verminderung der Zahl der verfügbaren Pflegeplätze führen. Es wird nicht gelingen, durch das Einziehen einer

Auswirkungen von Mindestlöhnen

Lohnschränke den Interessen der Arbeitnehmer und der Patienten gleichermaßen zu dienen.

Literatur

Bachmann, R., Th.K. Bauer, J. Kluge, S. Schaffner und Ch.M. Schmidt (2008), Mindestlöhne in Deutschland – Beschäftigungswirkungen und fiskalische Effekte. RWI Materialien 43. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Mennicken, A. Reichert, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2007a), Pflegeheim Rating Report 2009 – Konsolidierung voraus! RWI Materialien 54. Essen.

kma Pflege (2009), Mindestlohn: eine Branche in Aufruhr. *kma Pflege* 2009 (März).