

4 Wie gut verdienen Beschäftigte in Care-Berufen? Deutschland im europäischen Vergleich

René Lehweß-Litzmann

In der öffentlichen Wahrnehmung ist Care-Arbeit in Deutschland unterbezahlt, empirische Vergleiche mit anderen Ländern sind jedoch rar. Der vorliegende Beitrag untersucht Erwerbseinkommen in den Jahren 2016 bis 2019 auf Basis der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (EU-LFS). Care-Beschäftigte verdienen insgesamt nicht schlechter als andere Beschäftigte, allerdings bestehen zwischen Care-Berufsgruppen große Einkommensunterschiede. Ein Gutteil davon steht in Zusammenhang mit dem Bildungsniveau, das Berufe von Beschäftigten fordern. Dieser Zusammenhang ist im deutschen Fall besonders eng. Auch die geschlechtliche Zusammensetzung spielt eine Rolle. Wird von solchen Struktureffekten abstrahiert, bleiben dennoch eigenständige (positive oder negative) Einkommenseffekte von Berufen bestehen.

Dieses Kapitel berichtet über Erwerbseinkommen von Beschäftigten in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales in Deutschland und Europa. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zahlreicher weiterer Herausforderungen für die Daseinsvorsorge stellt sich die Frage, ob und wie diese Segmente des Arbeitsmarkts genügend (qualifizierte) Erwerbspersonen anziehen können.

Die Forschung zeigt, dass monetäre Einkommen bei Weitem nicht der einzige Faktor sind, der die Attraktivität von Arbeitsplätzen bestimmt. Dies gilt insbesondere bei personen- bzw. gemeinwohlorientierten Tätigkeiten (Auffenberg, Becka, Evans, Kokott et al., 2022; Borzaga & Tortia, 2006; Connelly, 2013). Allerdings sollten sich weder Arbeitgeber noch Konsument:innen von Dienstleistungen auf die materielle Genügsamkeit der Beschäftigten verlassen: Auch intrinsisch Motivierte müssen von ihrer Arbeit leben können. Bei gering qualifizierten Tätigkeiten, insbesondere in städtischen Gebieten, wird dies angesichts steigender Lebenshaltungskosten zunehmend schwieriger. Zwar leben viele Beschäftigte in Haushalten mit zwei Erwerbstätigen, doch dürfte es in Zukunft für immer weniger der (zumeist weiblichen) Care-Beschäftigten akzeptabel sein, lediglich „zuzuverdienen“.

Den Begriff „Care-Beschäftigte“ (England, Budig & Folbre, 2002, S. 455) verwenden wir hier in einem weiten Sinne. Er umfasst Erwerbstätige, die Dienstleistungen erbringen, welche die persönliche Entwicklung der Kli-

ent:innen bzw. Patient:innen fördern (ebd.). Dies geschieht in direkter Interaktion zwischen Erbringer:in und Konsument:in, sodass diese Beschäftigten zudem als „Frontliner“, also in der ersten Reihe Tätige, gelten können. In der öffentlichen Wahrnehmung gilt Care-Arbeit als unterbezahlt – die Forschung bietet hierzu eher gemischte Evidenz: zustimmend z. B. England, Budig und Folbre (2002) und jüngst Lightman (2021), verneinend z. B. Budig und Misra (2010, S. 459; siehe auch Hirsch & Manzella, 2015, S. 267). Die Uneinheitlichkeit kommt zum einen daher, dass es sich bei Care-Arbeit nicht um eine eindeutige Kategorie handelt. Empirische Befunde zur Entlohnung „der“ Care-Beschäftigten reagieren z. T. sensibel auf das Hinzunehmen oder Weglassen einzelner Care-Berufsgruppen. Die Studie von Lightman (2021) über eine kleinere, aber globale Länderstichprobe im Zeitraum 2010–2014 ergibt einen Lohnnachteil von 4,0 % für Pflegearbeit im Vergleich zu Nicht-Pflegearbeit (ebd., S. 987). Es sind aber auch nur „lower status caring occupations“ (Lightman, 2021, S. 978, siehe S. 991 für Details) einbezogen, und nicht z. B. Ärzt:innen. Zum anderen bedarf es für eine Antwort zur *care penalty* zumindest einer Differenzierung zwischen Ländern (vgl. Budig & Misra, 2010, s. u.). Zudem ist auf eine beträchtliche Lohndifferenzierung zwischen Care-Berufen hinzuweisen (vgl. Budig, Hodges & England, 2019; Barron & West, 2013, S. 118) – auch innerhalb derselben Branche, wie etwa zwischen Ärzt:innen und Pflegehelfer:innen, oder gar innerhalb des Pflegebereichs zwischen Kranken- und Altenpflege (vgl. Hall, Rohrbach-Schmidt, Schnepf & Ebner, 2021).

Trotz des Vorliegens einiger Forschungsarbeiten lässt sich nicht sagen, dass die Bezahlung von Care-Beschäftigten ein gut erforschtes Thema sei. Meistens bieten Informationsquellen nur *entweder* detaillierte Einkommensinformationen auf der Ebene einzelner Berufe *oder* die Möglichkeit des internationalen Vergleichs. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Einkommenspositionen, welche Vollzeitbeschäftigte in Care-Berufen in Deutschland in den vergangenen Jahren erreichten und ordnet diese in einen europäischen Kontext ein. So kann etwa die Frage beantwortet werden, ob Ärzt:innen in Deutschland besonders gut verdienen und ob die Einkommensspreizung der Care-Berufe in Deutschland größer ist als in anderen Ländern. Die Untersuchung basiert auf Daten aus der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (EU-LFS) für die Jahre 2016 bis 2019. Das vorliegende Buchkapitel stellt eine auf Deutschland konzentrierte Version eines allgemeineren Aufsatzes dar: Einzelergebnisse zu den übrigen 23 Ländern des Samples sind in Lehweß-Litzmann (2022) nachzulesen.

Im auf diese Einleitung folgenden *Abschnitt 1* wird zunächst ein kurzer Überblick zum Stand des Wissens über die Lohndeterminanten in Care-Tätigkeiten gegeben. Die ausgewählten Berufsgruppen weisen gemeinsame Merkmale auf, die eine Ähnlichkeit der Löhne erklären können, aber es gibt auch (kompositorische) Unterschiede, die ursächlich für Lohndivergenzen sein können. *Abschnitt 1.2* geht zudem auf empirische Befunde zur Entlohnung von Care-Arbeit in Deutschland in anderen Ländern ein.

Zur Vorbereitung unserer eigenen empirischen Analyse werden in *Abschnitt 2* die verwendeten Daten und die Methode der Untersuchung vorgestellt. Besonders wird auf die Stärken und Schwächen des EU-LFS-Datensatzes eingegangen. Die wichtigste Stärke ist die hohe Fallzahl und die wichtigste Schwäche die Art der enthaltenen Einkommensinformation. Anstatt genauer Beträge handelt es sich um Einkommensdezile. Diese können nicht ohne Weiteres für ländervergleichende Untersuchungen verwendet werden.

Abschnitt 3 enthält eine deskriptive Analyse, d. h. Einkommensniveaus werden so betrachtet, wie sie sind (im Gegensatz zu einer Ursachenanalyse). Zunächst werden die Einkommen von Care-Beschäftigten als Gesamtgruppe betrachtet und anschließend, wie sich die Einkommenspositionen der 13 ausgewählten Care-Berufsgruppen unterscheiden. Wir untersuchen auch die Unterschiede in der Zusammensetzung dieser Gruppen im Hinblick auf persönliche Merkmale und Eigenschaften der Arbeitsstellen.

In *Abschnitt 4* werden multivariate Regressionsmodelle eingesetzt, um die Einkommenseffekte von Care-Berufen jenseits von Struktureffekten abzuschätzen. Diesem Ansatz liegt die Negation folgender Annahme zugrunde: Berufe gruppieren lediglich Beschäftigte mit ähnlichen Merkmalen. Wäre dies so, müssten sich alle Lohnunterschiede zwischen Berufsgruppen auf die Einkommenseffekte dieser berufsspezifischen Merkmale zurückführen lassen (vgl. Eurofound, 2017, S. 37). Empirisch zeigt sich aber, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass Berufe einen eigenen Einfluss auf Einkommen ausüben. Welcher dies bei Care-Berufen ist, wird in diesem Abschnitt erörtert.

Der *Schlussabschnitt 5* fasst die Ergebnisse unserer Studie zusammen, nennt einige Einschränkungen und gibt einen Überblick über jüngste Entwicklungen der Lohnfestsetzung in Deutschland.

1. Stand der Forschung: Einkommen in Care-Berufen

Verschiedene Faktoren können die Ursache für eine ungleiche monetäre Entlohnung von Care-Berufen in verschiedenen Ländern sein, oder auch Lohnungleichheiten zwischen verschiedenen Care-Berufen begründen. Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Determinanten kurz zusammen und blicken dann auf empirische Studien zur Entlohnung von Care-Arbeit in Deutschland und anderen Ländern.

1.1 Determinanten der Entlohnung von Care-Arbeit

Lohneinflüsse können auf der Ebene der individuellen Merkmale der Arbeitnehmer:innen liegen oder auf der Ebene von Berufen bzw. Branchen. Sie können aber auch ganze Segmente des Arbeitsmarktes betreffen, wie z. B. niedrig bezahlte Arbeit oder Arbeit im öffentlichen Dienst. Einige Faktoren greifen direkt in die Preisbildung ein, andere wirken sich auf Arbeitsangebot und -nachfrage aus und beeinflussen somit indirekt die Löhne. Im Folgenden blicken wir auf ausgewählte Themenfelder.

1.1.1 Steigende Nachfrage

Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen haben in den letzten Jahrzehnten die Nachfrage nach Care-Dienstleistungen erhöht: Die demografische Alterung und die wachsende Erwerbsbeteiligung von Frauen (Eurofound & European Commission Joint Research Centre, 2021, S. 6) haben dazu beigetragen, dass Haushalte zunehmend professionelle Kinder- und Altenpflegeleistungen in Anspruch nehmen. Es wurden neue gesellschaftliche Bedarfe entdeckt bzw. definiert, was ebenfalls zum Wachstum von Care-Berufsgruppen, etwa in der Psychotherapie und der Sozialarbeit, beitrug.¹ Die Erwartungen an die Qualität der Dienstleistungen sind im Laufe der Zeit gestiegen und verlangen von den Beschäftigten entsprechende Kompetenzen. Da das Angebot an Arbeitskräften nicht nur insgesamt

1 Der soziologische Zeitzeuge Peter Gross (1983) hat dies durchaus kritisch als „expansive Sozialpolitik“ (ebd., S.155) bezeichnet: „Diese veränderten Ansprüche spiegeln sich in einer allgemeinen Zeitdiagnose, die ein noch nie dagewesenes Ausmaß an Bedürftigkeit in der modernen Gesellschaft registriert, damit die Leistungsanlässe der Sozialpolitik inflationiert und ein weiteres Wachstum personenbezogener Dienstleistungen im Rahmen der Sozialpolitik programmatisch fordert.“ (ebd.)

begrenzt ist, sondern im Zuge des demografischen Wandels sinken wird (vgl. Kapitel 3, Abschnitt 2.1 in diesem Band), verstärkt sich absehbar der Wettbewerb um Arbeitskräfte. In der Analyse zu „Engpassberufen“ der Bundesagentur für Arbeit (BA, 2022, S. 14 ff.) für das Jahr 2021 werden die Pflegeberufe im Bereich Fachkräfte besonders hervorgehoben, im Bereich Spezialist:innen sind Erzieher:innen, Physiotherapeut:innen und Fachkrankenschwester:innen unter den zehn Berufen mit dem stärksten Personalmangel. Im obersten Qualifikationssegment („Expert:innen“) sind es Ärzt:innen, Lehrkräfte in der Sekundarstufe sowie Führungskräfte in der Krankenpflege und im Rettungsdienst. Die geschilderte Lage sollte sich im Prinzip günstig auf die Lohnentwicklung auswirken (siehe aber Abschnitt 1.1.7 zum Finanzierungsmodus).

1.1.2 Strukturwandel der Arbeitswelt

In Bezug auf den gesamten Arbeitsmarkt gibt es schon seit Längerem die These des *skill-biased technological change* (SBTC) (vgl. Card & DiNardo, 2002, S. 734). Sie besagt, dass es die hoch qualifizierten Tätigkeiten sind, die Weiterentwicklungen der Informationstechnologie (IT) besonders gut zur Produktivitätssteigerung nutzen können. Somit dürften die Löhne in entsprechenden Berufen besonders stark steigen (und sich die Lohnschere weiter öffnen). Hochqualifizierte Care-Beschäftigte dürfte dies allerdings nur mittelbar begünstigen, da Care-Arbeit durch ihren personenbezogenen, interaktiven Charakter selbst nur ein begrenztes Potenzial für Digitalisierung und Produktivitätswachstum hat (vgl. Kapitel 2 in diesem Band, vgl. auch Budig, Hodges & England, 2019, S. 294): Ein Teil der Schritte muss stets von den Kund:innen selbst vorgenommen werden – die Beschleunigung des Arbeitsprozesses liegt somit nicht allein in der Hand der Beschäftigten. In vielen Care-Tätigkeiten ist die IT-Nutzung zudem kein zentraler Bestandteil der Tätigkeit, da sie auf direkter verbaler Kommunikation und/oder körperlicher Arbeit basieren (vgl. Kapitel 7 in diesem Band). Mittelbar könnte SBTC aber via den berufs- und branchenübergreifenden Wettbewerb um hoch qualifizierbare Arbeitskräfte, die neu auf den Arbeitsmarkt kommen, auch in hochqualifizierten Care-Berufen eine Wirkung auf die Löhne ausüben.

Care-Arbeit ist nie (reine) Routinearbeit, da die Interaktion immer ein Sich-Einstellen auf den individuellen Fall erfordert. Die These des *routine-biased technological change* (vgl. Autor, Levy & Murnane, 2003) geht von einem wachsenden Anteil nicht-routinemäßiger Arbeit aus. Ein Rationali-

sieren bzw. Ersetzen solcher Arbeit (etwa im Rahmen von Digitalisierung) und ein Freisetzen von Beschäftigten ist nicht wahrscheinlich. Auch wenn derzeit befristete Verträge in einigen Care-Berufen in Deutschland, etwa bei Assistenzberufen in der Pflege, nicht selten sind, sorgt die allgemeine Arbeitsmarktlage dieser Berufe derzeit und auch auf längere Sicht für einen hohen Grad an Beschäftigungssicherheit (vgl. Hall et al., 2021, S. 14 ff.). Dies dürfte sich auf die Löhne in Care-Berufen positiv auswirken.

1.1.3 Qualifikation und Anforderungsprofil

Wie im übrigen Arbeitsmarkt erhalten hoch qualifizierte Beschäftigte auch im Care-Bereich tendenziell höhere Einkommen als niedrig qualifizierte (Hipp & Kelle, 2016). Es gibt jedoch Hinweise darauf (vgl. Budig et al., 2019), dass Qualifikation im Care-Bereich nicht in gleichem Maße honoriert wird wie in anderen Segmenten des Arbeitsmarktes (das o. g. Produktivitätssteigerungshemmnis kann dafür ein Grund sein). Die genannten Autorinnen gehen dennoch davon aus, dass das häufig *überdurchschnittliche* Qualifikations- und Bildungsniveau ein Grund dafür ist, dass Care-Beschäftigte keine *unterdurchschnittlichen* Löhne erhalten (ebd., S. 295). Sie sprechen von einer positiven Selektion (ebd., S. 312) von Personen in diesen Berufen (vgl. auch Budig & Misra, 2010).

Barron und West (2013, S. 104) stellen fest, dass auf dem britischen Arbeitsmarkt eine *wage penalty* für Care-Arbeit besteht, die bei geringer qualifizierten Pflegekräften ausgeprägter ist als bei Mediziner:innen und Lehrer:innen. Dies ist schlüssig, da Care-Arbeit mit wenig formaler Qualifikation so nah an Haus- und Familienarbeit ist, dass die Beschäftigten unmittelbar der Konkurrenz durch (potenziell) hinzukommende Arbeitskräfte ausgesetzt sind. Ein jüngerer Befund für Deutschland (siehe Carstensen, Seibert & Wiethölter, 2022, S. 2) zeigt hingegen, dass Krankenpfleger:innen deutlich besser verdienen als Beschäftigte auf dem jeweiligen Qualifikationsniveau. Fachkräfte in der Altenpflege verdienen aktuell leicht mehr als sonstige Fachkräfte, Assistenzkräfte in der Altenpflege etwa 3 % weniger als der Durchschnitt der Beschäftigten auf Helferniveau (vgl. auch Hall et al., 2021). Diese Befunde deuten darauf hin, dass es bei der *wage penalty* eine Interaktion zwischen Care-Sektor und Qualifikation geben kann, aber nicht muss.

Die Metrik des Qualifikationsniveaus könnte allerdings zu unpräzise sein, um Lohnbenachteiligung adäquat aufzuzeigen: Lillemeier (2017) ver-

gleicht stattdessen die Entlohnung von Beschäftigten im Hinblick auf die tatsächlichen Anforderungen ihrer Arbeitsplätze. Diese werden mit einem „Comparable-Worth-Index“ gemessen, der auf vier Komponenten basiert: (1) Wissen und Können, (2) psychosoziale bzw. (3) physische Anforderungen und Belastungen, (4) Verantwortung. Der Vergleich zwischen Berufen mit gleichem Anforderungsniveau (d. h. gleichem Indexwert) zeigt, dass die Fachkräfte im Bereich Pflege und Gesundheit in Deutschland mit sehr hohen Anforderungen bzw. Belastungen konfrontiert sind, dafür aber Stundenlöhne erhalten, die nur knapp die Hälfte der (ebenso stark geforderten) Führungskräfte im IKT-Bereich betragen (ebd., S. 11).² Nur wenig geringer ist das Anforderungsniveau bei Hilfskräften in Pflege und Gesundheit – es liegt gleichauf mit Fachkräften in Bildung und Erziehung und außerhalb des Care-Bereichs mit Jurist:innen und Elektroingenieur:innen (ebd., S. 10). Hier zeigt sich das Bild einer dramatischen Unterbezahlung der Pflege-Hilfskräfte. Sie leisten Arbeit, die schon wegen der Verantwortung für das Gegenüber und den emotionalen Belastungen alles andere als einfach ist.

1.1.4 Berufliche Schließung

Eine hohe Dienstleistungsqualität ist entscheidend für das Wohlergehen der Kund:innen, Klient:innen oder Patient:innen. Deshalb werden einige Care-Berufe (und nicht nur die hochqualifizierten) in dem Sinne geschützt, dass der Besitz eines bestimmten Qualifikationsnachweises oder gar einer Lizenz Voraussetzung ist (vgl. Haupt & Ebner, 2020; Weeden, 2002). Qualifikationsnachweise werden durch das Einstellungsverhalten der Arbeitgeber relevant, Lizenzen durch gesetzliche Vorschriften. In beiden Fällen wird das Angebot an Arbeitskräften für Berufe eingeschränkt, was sich positiv auf die Löhne auswirkt. (Für weitere Ausführungen zur beruflichen Schließung siehe Kapitel 8, Abschnitt 1.2.2. in diesem Band.) Vicari (2014) hat diese Eigenschaften von Berufen auf Basis der Datenbank BERUFENET

2 Lillemeier stellt in ihrer Analyse stark auf Geschlechterunterschiede zwischen Berufsgruppen ab. Was jedoch auch zu nennen wäre, sind schwer prognostizierbare Strukturveränderungen, die bestimmte Branchen zeitweilig zu Leitbranchen der Wirtschaftsentwicklung – mit entsprechenden Löhnen – machen. Hier gleicht die Berufswahl mit ihrer Pfadabhängigkeit dann einem Glückspiel.

quantifiziert³: Bei Arzt- und Praxishilfen, medizinischen Laborant:innen, „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe[berufen]“ ist der Zugang zum Beruf sehr stark an (standardisierte) Ausbildungsnachweise gekoppelt. Auch von Altenpfleger:innen und Beschäftigten in „Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege“ wird meist ein bestimmter Ausbildungsabschluss verlangt. Gesetzlich vorgeschrieben ist eine entsprechende Qualifizierung für alle Human- und Zahnmediziner:innen und Lehrer:innen an allgemeinbildenden Schulen, wobei im letzteren Fall aufgrund des akuten Mangels die Möglichkeiten des Quereinstiegs zunehmen. Auch Berufe in den Bereichen „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ sowie Altenpflege sind in der überwiegenden Zahl der Fälle geschützt. Bei anderen, hier interessierenden Berufen ist hingegen weder seitens des Gesetzes noch in der beruflichen Praxis eine genau beschriebene Qualifikation erforderlich. Dazu gehören „Psychologie und nicht-ärztliche Psychotherapie“, „Theologie und Gemeindegearbeit“, „Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen“ und „Lehrtätigkeit an außerschulischen Bildungseinrichtungen“. Diese Berufsgruppen sind also weniger vor Konkurrenz durch hinzukommende Arbeitskräfte geschützt.

1.1.5 Hoher Frauenanteil

Im Deutschland der Nachkriegsjahrzehnte waren es Frauen, die unbezahlte Sorgearbeit im Privathaushalt leisteten, während der männliche Partner einer bezahlten Tätigkeit nachging. Heute ist, wie oben erwähnt, die Mehrheit der Frauen im erwerbsfähigen Alter selbst erwerbstätig und Frauen leisten in diesem Rahmen überdurchschnittlich häufig Care-Arbeit (vgl. Wingerter, 2021, S. 154). Die Mehrheit der Beschäftigten in Care-Berufen ist somit weiblich. Daher sind Care-Berufe auch besonders von einer Lohndiskriminierung gegen Frauen betroffen. Deutschland gilt als ein Land mit einem ausgeprägten *gender pay gap*, das im Vergleich zu anderen Ländern aber recht weitgehend durch Struktureffekte – etwa Teilzeitarbeit – erklärt werden kann (Boll, Leppin, Rossen & Wolf, 2016, S. 74). Landmesser (2019, S. 87) zeigt, dass die geschlechtsspezifische Lohnlücke in Deutschland besonders den unteren Bereich der Einkommensverteilung betrifft.

3 Sie verwendet dabei die in Deutschland verwendete „Klassifikation der Berufe“ (KldB) 2010. Die so abgegrenzten Gruppen können nicht eins zu eins mit denen der ISCO-Klassifikation zur Deckung gebracht werden. Die nachfolgenden Informationen zu Berufen sind aus dem von Vicari bereitgestellten Datensatz entnommen.

Sie könne dort auch kaum durch beobachtbare lohnrelevante Merkmale (wie Alter, Bildung, Arbeitserfahrung, Befristung, Arbeitszeit, Führungsverantwortung, Firmengröße) erklärt werden (ebd., S. 89).⁴ Eine Lohnbenachteiligung von Frauen betrifft Care-Berufsgruppen einerseits indirekt qua ihrer Zusammensetzung (mit Ausnahme der Hochschullehrer:innen und Ärzt:innen, s. u.), andererseits kann ein hoher Frauenanteil dazu führen, dass sich die Konnotation „weiblich“ auf den Beruf selbst überträgt (Murphy & Oesch, 2015), womit selbst Männer in diesen Berufen von der Lohndiskriminierung gegen Frauen betroffen wären.⁵ Der erwähnte Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen in den letzten Jahrzehnten bedeutete auch eine überproportionale Zunahme des speziell auf Care-Berufe ausgerichteten Arbeitskräfteangebots, was dort das Lohnwachstum gebremst haben kann (Haupt & Ebner, 2020, S. 34).⁶

1.1.6 Gesellschaftliche Wertschätzung

Wie wirkt gesellschaftliche Wertschätzung von Care-Arbeit auf deren Bezahlung? Ein oft gehörtes Argument ist, dass die (vermutete) Unterbezahlung von Care-Arbeit aus deren (angenommener) Unterbewertung in der Gesellschaft herrührt (siehe etwa Schrenker, Samtleben & Schrenker, 2021; oder auch Foundational Economy Collective, 2019). Blicken wir zunächst auf Evidenz zur Frage der mangelnden Wertschätzung.

Die Befunde von Schrenker et al. (2021, S. 14) auf Basis der Magnitude Prestige Skala (MPS) und Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2014 bis 2018 deuten tatsächlich in diese Richtung. Zwar rangieren „Human- und Zahnmedizinische Berufe“ ganz oben auf der Ansehens-

-
- 4 Einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Qualifikation bei der Bezahlung von Care-Arbeit zeigen auch Budig, Hodges und England (2019) für den US-amerikanischen Arbeitsmarkt. Ihre Studie weitet den Blick für weitere Berufe im Care-Bereich, gegen die die von uns fokussierten interpersonellen Care-Tätigkeiten noch verhältnismäßig privilegiert erscheinen können.
 - 5 Dill, Price-Glynn und Rakovski (2016) zeigen allerdings (für die USA), dass Männer in Frauendomänen dazu tendieren, besser bezahlte Nischen zu besetzen. Hirsch und Manzella (2015) finden (ebenfalls für die USA) für Männer dennoch größere *caring penalties* als für Frauen, was an den vergleichsweise hohen Einkommen vieler Männer in Nicht-Care-Berufen liegen kann.
 - 6 Ein ähnlicher angebotsseitiger Faktor ist der Zustrom von Migrant:innen in europäische Länder. Er wirkt sich auf der einen Seite insbesondere auf das Angebot an geringqualifizierten Care-Beschäftigten aus, da Migrant:innen häufig keine – bzw. keine im Aufnahmeland anerkannte – Qualifikation besitzen. Einwanderung bringt auf der anderen Seite eine zusätzliche Nachfrage nach Dienstleistungen mit sich.

skala, „Arzt- und Praxishilfen“ und „Gesundheits- und Krankenpflege-, Rettungsdienst- und Geburtshilfeberufe“ gehören jedoch den unterdurchschnittlich angesehenen Berufsgruppen an. „Erziehungs-, Sozialarbeits-, Heilerziehungspflegeberufe“ und „Altenpflegeberufe“ sind lediglich durchschnittlich.

Zu anderen Ergebnissen kommt eine spezifisch auf berufliches Ansehen ausgerichteten Studie, die ebenfalls noch vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde: Ebner und Rohrbach-Schmidt (2021) präsentieren berufliche Ansehenswerte auf Basis einer Befragung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in den Jahren 2017 und 2018.⁷ Es zeigt sich, dass fast alle Berufsgruppen im Care-Bereich ein überdurchschnittliches gesellschaftliches Ansehen genießen. Auf einer Skala von 0 bis 10 liegt das arithmetische Mittel aller Berufe bei 5,78 (ebd., S. 359). Die höchsten Ansehenswerte erreichen Ärzt:innen und Professor:innen (ebd., S. 362), es genießen aber auch die niedrigqualifizierten Care-Berufe überdurchschnittliches Ansehen in der Bevölkerung, so z. B. Arzthelfer:innen (6,28), Krankenpflegehelfer:innen (6,18) und Kindergartenhelfer:innen (6,17) (Ebner & Rohrbach-Schmidt, 2022). Care-Berufsgruppen mit mittlerer bis hoher Qualifikation wie Erzieher:innen (6,38), Rettungssanitäter:innen (7,77), Krankenschwestern und Krankenpfleger (6,29) sowie Hebammen (7,56) liegen teils deutlich im überdurchschnittlichen Bereich (ebd.). Als Kontrast seien niedrig bewertete Berufe wie Lagerarbeiter:innen (3,72), Berufskraftfahrer:innen (3,95), Bekleidungsverkäufer:innen (3,94) und Call-Center-Agent:innen (3,38) exemplarisch genannt. Auch Bundestagsabgeordnete (5,28) bleiben in ihrem Ansehen unter dem Mittelwert aller Berufe.

Eine andere Repräsentativumfrage im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) unter Wahlberechtigten in Deutschland im Jahr 2019 bestätigt diese Befunde. Die Liste der abgefragten Berufe wird von Care-Berufsgruppen angeführt (KAS & Kantar, 2019): 75 % haben „sehr viel“ oder „viel“ Respekt vor Hausärzt:innen, 72 % vor Professor:innen und 57 % vor Rettungskräften. Diese Berufsgruppen liegen damit vor Unternehmer:innen (53 %), Journalist:innen (32 %) und insbesondere vor Politiker:innen (25 %). Von den abgefragten Care-Berufsgruppen sind nur Lehrer:innen

7 Siehe auch Rohrbach-Schmidt, D. & Stache, K. (2022). Symbolische und materielle Wertschätzung von gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungsberufen. Tagung „Fachkräfte für die Daseinsvorsorge: Große Motivation oder ‚Great Resignation?‘“, 13./14. September 2022. https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Tagungen/GenDis/Rohrbach-Schmidt__Stache_-_Praesentation_GenDis-Tagung_2022_final.pdf, Zugriff: 04.08.2023.

mit 37 % nicht im oberen Bereich. (Eine Nicht-Care-Berufsgruppe mit hohen Respektwerten sind Richter:innen mit 68 %.)

Alle genannten Studien wurden vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt. Seither ist eher von einer Zunahme der Anerkennung für Care-Berufe auszugehen. Man könnte sagen: Applaus zahlt zwar keine Miete, aber als eindeutiges Signal für Anerkennung taugt er durchaus. Die These einer „kulturellen Entwertung“ (Schrenker et al., 2021, S. 18) von Care-Arbeit (aufgrund deren weiblicher Konnotation) ist somit zumindest diskussionswürdig, wenn nicht gar als zu pessimistisch einzuschätzen.

Wenden wir uns der Frage zu, wie (ggf. mangelnde) gesellschaftliche Wertschätzung auf die Einkommen von Care-Beschäftigten wirkt, bzw. ob überhaupt. Berufsgruppen könnten z. B. wertgeschätzt werden, aber dennoch kann die Zahlungsbereitschaft für ihre Dienstleistungen gering sein. Etwa, weil davon ausgegangen wird, dass die Motivation für Care-Arbeit auf einer nicht-monetären Ebene liegen sollte. So sind relevante Träger der Daseinsvorsorge in Deutschland wie Caritas und Diakonie – heute die größten Arbeitgeber in Deutschland (Gabriel, 2021, S. 269 f.) – aus sozialen Bewegungen entstanden, die von der christlichen Idee der Nächstenliebe angetrieben waren (ebd., S. 273 f.). Daseinsvorsorge könnte aber auch als öffentliches Gut in dem Sinne angesehen werden, dass sie ohne direkte Gegenleistung gewährt wird. Auch könnte die mittelbare Finanzierung über Steuern und Abgaben zu abstrakt sein, als dass die Wertschätzung von Care-Arbeit letztlich gehaltswirksam würde. Wertschätzung, die Berufsprotagonist:innen z. T. in ihrem Alltag erfahren (Dankbarkeit), könnte zudem als Substitut für monetäre Entlohnung fungieren (indem viele diese Berufe ergreifen, obwohl die Einkommen gering sind).

Ein positiver Zusammenhang zwischen Wertschätzung und Entlohnung ließe sich hingegen über das öffentliche Echo begleitend zu Tarifverhandlungen herleiten. So könnte die Moral von Streikenden durch das Feedback in den Medien beeinflusst sein und auch von Rückmeldungen im privaten Umfeld. Ein Beispiel aus Zeiten bereits vor der COVID-19-Pandemie sind die Streiks in Kindertagesstätten im Jahr 2015. Diese gingen unmittelbar zulasten der Eltern, die nun selbst für eine Betreuung sorgen mussten. Dennoch reagierten die Eltern nicht durchweg ablehnend, sondern unterstützten meist grundsätzlich die Forderungen der Kindergärtner:innen (Birke, 2017).

Halten wir die These fest, dass die gesellschaftliche Wertschätzung von Care-Arbeit als – wenn auch diffuse – Ressource bei der Lohnfestsetzung

wirken könnte. Eine empirische Studie dazu liegt unseres Wissens nicht vor. Keine belastbare Evidenz für eine kausale Wirkung des Ansehens auf das Einkommen folgt aus einer reinen Korrelation beider Größen (eine solche lässt sich empirisch nachweisen (siehe Ebner & Rohrbach-Schmidt, 2019, S. 23). Eine Schwierigkeit der Feststellung einer möglichen Kausalität (gerichteter Zusammenhang) wäre die mögliche inverse Beziehung, nach der ein hohes Ansehen aus hohen Einkommen resultieren könnte.⁸

1.1.7 Öffentliche Finanzierung

Im Vergleich zu anderen Dienstleistungen ist die Bezahlung von Care-Dienstleistungen stärker von politischen Prozessen als von marktbasierter Preisbildungsmechanismen abhängig. Denn um die Versorgung aller – auch der zahlungsschwachen – Haushalte zu gewährleisten, werden die Kosten (i. d. R. und zumindest teilweise) von Sozialversicherungen (Beiträge) oder dem Staatsetat (Steuern) und nicht von den Begünstigten direkt getragen („Dreiecksverhältnis“, vgl. Kapitel 3, 2.4 in diesem Band). Dies war nicht immer so. Früher bezahlten z. B. Schüler:innen bzw. deren Eltern Lehrer:innen aus eigener Tasche (Schulgeld).⁹ Dass der Staat in vielen Bereichen Gewährleistungsverantwortung für die Daseinsvorsorge übernommen hat, wirft die Frage nach den Grenzen öffentlicher Finanzierung auf. Jean W. Baumol hat bereits in den 1960er-Jahren auf eine wachsende Kostenproblematik hingewiesen: Neben einem steigenden Leistungsumfang und wachsender Inanspruchnahme wird sie auch durch im Zeitverlauf steigende Personalkosten („Kostenkrankheit“) verursacht (vgl. Baumol, de Ferranti, Malach, Pablos-Méndez et al., 2012). Ein Ausweg ist es, die Einnahmeseite des Staates entsprechend zu stärken (ebd.).

Im Kontext eines internationalen Wettbewerbs als Wirtschaftsstandorte versuchen Staaten jedoch, Steuern und Abgaben (bzw. deren Zunahme) zu begrenzen. Dies bringt es mit sich, dass sie auf der Herstellungsseite

8 Zu beachten ist auch, dass das Einkommen in gängigen Messskalen zur Anerkennung von Berufen z. T. bereits selbst ein konstitutiver Bestandteil ist (etwa bei dem Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (ISEI), in den Bildung und Einkommen eingehen). Dies ist insofern schlüssig, als dass Bezahlung selbst als genuiner Ausdruck von Anerkennung gesehen werden kann.

9 In manchen Ländern ist das auch heute noch der Fall, sowie auch hierzulande an Privatschulen, zu denen es allerdings für die meisten Bedarfe eine öffentlich finanzierte Alternative gibt.

von Daseinsvorsorgeleistungen auf Kostendämpfung bedacht sind. Mit dem Ziel, die effiziente Verwendung von Mitteln zu optimieren, wurden z. B. Marktmechanismen implementiert, siehe die liberalisierenden Pflege-reformen der 1990er-Jahre, die den bis dahin von Staat bzw. Wohlfahrtsver-bänden dominierten Bereich für den Wettbewerb durch unterschiedliche Anbieter öffneten (Gabriel, 2021, S. 278). Ein anderes Beispiel für versuchte Einsparungen ist das im Gesundheitsbereich eingeführte Fallpauschalen-System, das allerdings zu finanziellen Problemen in Einrichtungen geführt hat und voraussichtlich Gegenstand weiterer Reformen sein wird.¹⁰ Der Bezug zwischen der Finanzierungsproblematik und den Einkommen von Care-Beschäftigten ergibt sich daraus, dass deren Löhne und Gehälter der entscheidende Kostenfaktor sind und das Ziel der Kostenersparnis auch über eine Begrenzung der Verdienstmöglichkeiten verfolgt werden kann (vgl. Schrenker et al., 2021, S. 17). Für einige Care-Berufsgruppen (etwa für Lehrkräfte) gilt, dass der Staat nicht nur der maßgebliche Finanzier, son- dern auch der maßgebliche Arbeitgeber ist und somit Verhandlungsmacht hat.

1.1.8 Kollektive Interessenvertretung

Care-Beschäftigte sind je nach Berufsgruppe unterschiedlich stark durch kollektive Interessenvertretungen repräsentiert. In Deutschland lassen sich Ärzt:innen von einer Vielzahl von Berufsverbänden bzw. Gewerkschaften vertreten (Marburger Bund, Hartmann- und Virchowbund etc.). Erzie- her:innen und Lehrer:innen an allgemeinbildenden Schulen sind z. T. Mit- glieder der Branchengewerkschaft GEW, Lehrer:innen wahlweise auch im Deutschen Lehrerverband (Hepp, 2013), Gymnasiallehrer:innen mitunter im Philologenverband (PhV). Mitarbeiter:innen an Hochschulen sind eher in der Gewerkschaft ver.di organisiert (ebd.). Im Bereich der Altenpflege werden die Interessen der Beschäftigten neben Gewerkschaften und Berufs- verbänden z. T. auch von Pflegekammern vertreten (Schroeder, 2021, S. 327). Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass einer effektiven Interes- senvertretung im Bereich Care-Arbeit manche Hindernisse entgegenstehen (ebd., S. 330): der Mangel an gewerkschaftlicher Tradition, die Rücksicht-

10 Auch der Versuch, Aufwand auf Familienangehörige oder die Zivilgesellschaft aus- zulagern, gehört zu den Kostendämpfungsbestrebungen. So bildet informelle Alten- pflege, also die in der Regel von der Pflegeversicherung unterstützte Pflege durch Angehörige, eine wichtige Ergänzung zum professionellen Pflegebereich.

nahme auf die Dienstleistungsnehmer:innen (was die Streikbereitschaft herabsetzt), der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigung (er geht mit einer geringeren Berufsidentifikation einher) und letztlich auch der „Teufelskreis“ (ebd.), dass Gewerkschaften dort, wo sie schwach aufgestellt sind, wenig Ressourcen besitzen, die sie zu einer Stärkung ihrer Position mobilisieren können.

Wenn Care-Beschäftigte direkt beim Staat oder bei Wohlfahrtsverbänden angestellt sind, gelten die entsprechenden Tarifverträge (des öffentlichen Dienstes, Haus- oder Flächentarifverträge oder Arbeitsvertragsrichtlinien kirchlicher Arbeitgeber). Entscheidend für die Einkommenshöhe ist dann vor allem die Einordnung z. B. in den TVöD. Im Jahr 2018 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2021) die Verdienste von 39 % der Beschäftigten der Branche „Gesundheit und Sozialwesen“ tarifgebunden – dies sind weniger als in der Gesamtwirtschaft (43 %). In „Erziehung und Unterricht“ waren mit 83 % der überwiegende Anteil der Beschäftigten tarifgebunden. Wo die Tarifbindung niedrig ist, kann ein Ausweg der Eingriff des Staates in die Lohnfestsetzung sein: entweder durch einen allgemeinen Mindestlohn (der vor allem den niedrigbezahlten Berufsgruppen zugutekommt), oder durch Branchenmindestlöhne, wie sie in Deutschland etwa in der Altenpflege bestehen. Deren Höhe kann sich nach bestehenden Tarifverträgen zwischen einzelnen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen richten, die dann staatlicherseits für allgemeinverbindlich erklärt werden. Eine tarifliche Bezahlung trägt in der Regel dazu bei, ein besonders niedriges Lohnniveau zu vermeiden und kommen somit insbesondere niedrigqualifizierten Beschäftigten und Frauen zugute. Sie führt aber auch zu Lohnobergrenzen für Gruppen mit überdurchschnittlichen Verdiensten.

1.2 Wie gut wird Care-Arbeit in Deutschland bezahlt?

Wie wird Care-Arbeit speziell in Deutschland bezahlt? Wir blicken zunächst auf aktuelle, detaillierte Daten zu den Einkommen je nach Branche und Berufsgruppe, die z. B. vom Statistischen Bundesamt und der Bundesagentur für Arbeit (BA) regelmäßig zur Verfügung gestellt werden. Für die Frage der internationalen Einordnung kann hingegen nicht auf dergleichen institutionalisierte Informationsquellen zurückgegriffen werden – Befunde werden lediglich partiell in Einzelforschung erarbeitet. Wir gehen in einem zweiten Teil der Übersicht daher auch auf Arbeiten ein, die etwas älter sind.

Das Statistische Bundesamt stellt aktuelle Informationen kontinuierlich bezogen auf *Wirtschaftszweige* bereit. Die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer:innen liegen im Jahr 2021 in der Branche „Erziehung und Unterricht“ mit 4.686 € höher als im Gesundheitswesen, dort mit 4.530 € aber dennoch deutlich höher als im Sozialwesen (ohne Heime) mit 3.290 € (Destatis, 2022, S. 95). In der Wirtschaft insgesamt liegt das Durchschnittseinkommen der Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2021 bei 3.403 € (darunter: produzierendes Gewerbe 3.195 €, Dienstleistungsbereich 3.530 €). Im Bildungs- und im Gesundheitswesen (quer über alle Berufe) wird somit deutlich überdurchschnittlich verdient. Kapitel 3, Abschnitt 3 in diesem Band berichtet Stundenlöhne des Jahres 2020, die in „Erziehung und Unterricht“ und im Gesundheitswesen nahe am gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt (etwa 30 €), in „Heime und Sozialwesen“ aber bei nur knapp unter 20 € liegen.

Über Bruttomonatsverdienste nach *Berufen* gibt z. B. die *Verdienststrukturerhebung* (VSE) des Statistischen Bundesamtes Aufschluss (Destatis, 2020, siehe Tabellenblatt 3.5.4). Sie wird nicht mehr weitergeführt, es bestehen aber Daten von April 2018. Sie gelten für abhängige Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse im früheren Bundesgebiet (die Werte können somit etwas höher liegen als für Gesamtdeutschland). Von den hier interessierenden Berufsgruppen haben die „Human- und Zahnmediziner“ mit 8.818 €/7.272 € (arithm. Mittel/Median)¹¹ das mit Abstand höchste Durchschnittseinkommen.¹² Es folgen Lehrkräfte und Forscher:innen an Hochschulen mit 5.561/5.196 €, Berufsschullehrkräfte und Ausbilder:innen in Betrieben mit 4.818/4.814 € und Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen mit 4.725/4.690 €.¹³ Am geringsten entlohnt sind die Berufsgruppen „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ (zusammengefasst) mit 3.512/3.461 € brutto pro Monat, „Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege“ mit 3.350/3.224 €,¹⁴ Altenpflege mit 2.884/2.828 €,

11 Dass das (erstgenannte) arithmetische Mittel stets höher liegt als das Medianeinkommen, liegt am Einfluss einiger besonders hoher Werte.

12 Getrennt nach Geschlecht ergibt sich bei den männlichen Human- und Zahnmedizinern sogar ein Brutto Gehalt von 10.147/8.357 € (Frauen: 7.102/6.500 €) – weiterhin sind nur abhängig Beschäftigte betrachtet.

13 Theologie und Gemeindearbeit 4.332 € (arithm. Mittel), Psychologie, nichtärztl. Psychotherapie 4.155 € (geringe Fallzahl), Lehrtätigkeit an außerschulischen Bildungseinrichtungen 4.041 €, Medizinisches Laboratorium 3.787 €.

14 Werte speziell für Erzieher:innen finden sich im HBS-Lohnspiegel. Die Bruttoverdienste bei 38 Arbeitsstunden pro Woche werden dort mit durchschnittlich 3.140 €

nicht-ärztliche Therapie und Heilkundeberufe 2.764/2.506 € und „Arzt- und Praxishilfen“ mit 2.429/2.300 €.

Die Daten, die die BA in ihrem *Entgeltatlas* zur Verfügung stellt, beziehen sich ebenfalls auf Bruttomonatsverdienste von Vollzeitbeschäftigten, allerdings nur auf Sozialversicherungspflichtige und nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (im Jahr 2021 in Westdeutschland bei 7.100 € und in Ostdeutschland bei 6.700 €) der Sozialversicherung. Daher werden im Entgeltatlas nur Medianwerte ausgewiesen. Das Medianentgelt der Berufsgruppe Arzt/Ärztin wird – zum Abrufzeitpunkt November 2022 – mit 6.525 € und das der Zahnärzt:innen mit 5.120 € angegeben. Für Professor:innen und Dozent:innen an Hochschulen und Akademien wird ein Medianeinkommen von 5.035 € berichtet, was überraschenderweise niedriger ausfällt als das Medianeinkommen von Fachlehrkräften an beruflichen und allgemeinbildenden Schulen (5.408 €). Dies könnte sich dadurch erklären, dass beamtete Professor:innen hier nicht enthalten sind, befristet beschäftigte Angehörige des akademischen „Mittelbaus“ aber schon. Psycholog:innen verdienen im Mittel 4.713 €, Psychotherapeut:innen 4.055 €. Wie groß der Einfluss der (formalen) Qualifikation auf das Entgelt ist, zeigt sich etwa daran, dass Sozialarbeiter:innen bzw. Sozialpädagog:innen 4.085 €, Sozialassistent:innen aber nur 2.778 € verdienen. Es zeigt sich auch an den Einkommensdifferenzen zwischen Altenpfleger:innen (3.344 €) und Altenpflegehelfer:innen (2.352 €) bzw. Erzieher:innen (3.355 €) und Kinderbetreuer:innen (2.726 €). Arzthelfer:innen finden sich weit unten im Verdienstrangordnung mit einem Medianentgelt von 2.655 €.

Wir stellen im Care-Bereich somit eine deutliche Einkommensspreizung fest: Im Vergleich der o. g. Medianwerte verdienen „Human- und Zahnmediziner:innen“ laut VSE 3,2-mal so viel wie „Arzt- und Praxishilfen“ und laut Entgeltatlas Ärzt:innen 2,5-mal so viel wie Arzthelfer:innen. Dies sind Bruttowerte – die verfügbaren Einkommen dürften aufgrund progressiver Besteuerung etwas näher zusammen liegen. Nicht in den Daten sind allerdings die Einkünfte von Selbstständigen, ebenso wenig Zusatzeinkünfte aus Nebentätigkeiten wie etwa ärztlichen Gutachten.

Welcher längerfristige Trend lässt sich bei Care-Einkommen in Deutschland beobachten? Nach Untersuchungen im IAB zu den Einkommen in der Alten- und Krankenpflege verzeichnen insbesondere die Altenpflegeberufe

(West) bzw. 3.020 € (Ost) angegeben. Quelle: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hand-Böckler-Stiftung (2023): Erzieher/innen. <https://www.ohnspiegel.de/erzieher-innen-13912.htm>, Zugriff: 19.12.2022.

seit 2012 überdurchschnittliche Entgeltsteigerungen, ab 2020 aber auch die Krankenpflegeberufe (Carstensen et al., 2022, S. 2). Die monatlichen Bruttoentgelte aller Beschäftigten stiegen seit 2012 um 22 %, die der Fach- und Hilfskräfte in der Krankenpflege aber um 29 bzw. 26 % und die der Fach- und Hilfskräfte in der Altenpflege sogar um 41 bzw. 40 %. Diese nominalen Entgeltanstiege bedeuten auch nach Inflationsbereinigung reale Lohnsteigerungen (der Verbraucherpreisindex stieg zwischen 2012 und 2021 um 12 %). Auch das Bundesgesundheitsministerium dokumentiert einen deutlichen Anstieg der Löhne in der Altenpflege (von 2017 bis 2021 insg. um 20,8 %) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2022).

In der Branchenbetrachtung zeigt sich, dass die Löhne im Gesundheits- und im Sozialwesen, nicht aber im Bildungswesen nach 2016 deutlich überdurchschnittlich anstiegen: Nach eigenen Berechnungen auf Basis von Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Verdienste zwischen 2016 und 2021 in der Branche „Erziehung und Unterricht“ durchschnittlich um 411 €, im Gesundheitswesen um 638 € und im Sozialwesen (ohne Heime) um 655 € (Destatis, 2022, S. 95). In der Wirtschaft insgesamt (produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich) nahm das Durchschnittseinkommen seit 2016 um 429 € zu. Die Branchen Gesundheit und Soziales haben also im Zeitraum der letzten wenigen Jahre eine Aufwertung erfahren, nicht aber der Bildungsbereich.

Einkommensvergleiche auf Berufsebene bleiben meist innerhalb des nationalen Kontexts. Auch wenn wir detaillierte Informationen zu Einkommen von Care-Berufsgruppen in Deutschland haben, bleibt die Frage, wie die Bezahlung von Care-Arbeit im internationalen Vergleich einzuschätzen ist.

Budig und Misra (2010) vergleichen Länder aus allen Weltregionen. Ihre Untersuchung basiert auf den schon etwas älteren Daten des Luxembourg Income Survey (LIS) der Jahre 1999 bis 2002. Die Auswahl der betrachteten Care-Berufe ist der von uns verwendeten (s. u.) ähnlich – sie schließt etwa Lehrkräfte, Pflegekräfte, persönliche Betreuer:innen, Seelsorger:innen und Mediziner:innen ein (ebd., S. 445). Die Autorinnen verwenden multivariate Regressionsmodelle, um von Lohneinflüssen personen- und arbeitsplatzbezogener Merkmalen zu abstrahieren. Sie beobachten, dass Care-Arbeit in den meisten untersuchten Ländern mit Lohneinbußen verbunden ist, in manchen Ländern (Schweden, den Niederlanden und Deutschland) aber tendenziell besser entlohnt wird als Nicht-Care-Arbeit (ebd., S. 452 und S. 459). Dies könnte auf eine positive Lohnwirkung des öffentlichen Dienstes dort zurückzuführen sein (ebd., S. 451). Männer in Deutschland

und den Niederlanden, die im privaten Sektor angestellt sind, müssen in Care-Berufen hingegen eine *wage penalty* hinnehmen (ebd., S. 452). In Kanada zeigt sich ein negativer Lohn effekt von Care-Berufen für weibliche Beschäftigte, für Männer im öffentlichen Sektor aber ein positiver Effekt. In allen anderen untersuchten Ländern (Belgien, USA, Frankreich, Ungarn, Russland) sind die Lohnimplikationen von Care-Arbeit hingegen leicht bzw. deutlich negativ. Eine getrennte Analyse für einzelne Care-Berufsgruppen wird nicht vorgenommen.

Hipp und Kelle (2016) untersuchen eine engere Auswahl von Care-Beschäftigten-Gruppen in europäischen Ländern auf der Grundlage von EU-LFS-Daten aus dem Jahr 2011. Sie fokussieren die Bereiche „Bildung und Erziehung“ und „Pflege und Gesundheit“. Deskriptiv wird zunächst deutlich, dass die durchschnittlichen Einkommen hochqualifizierter Care-Beschäftigter in vielen Ländern oberhalb des Medians aller Beschäftigten (des eigenen Landes), in einigen wenigen auch knapp unterhalb, liegen (S. 250). Hilfskräfte hingegen verdienen, wie zu erwarten, in nahezu allen Ländern deutlich unterhalb des Medianeinkommens (ebd.). Für Deutschland zeigt sich, dass von den Hochqualifizierten nur die Lehrkräfte leicht überdurchschnittliche, die Gesundheits- und Pflegefachkräfte aber leicht unterdurchschnittliche Einkommen erzielen (Ärzt:innen sind nicht im Sample). Hilfskräfte verdienen hierzulande im Care-Bereich durchschnittlich 65 % weniger als alle abhängig Beschäftigten (ebd., S. 251). Aus dem Schaubild auf S. 250 lässt sich entnehmen, dass Hilfskräfte in Bildung und Erziehung in anderen Ländern tendenziell weniger verdienen als in Deutschland, Hilfskräfte in Gesundheit und Pflege hingegen tendenziell mehr. Hier wurde allerdings nicht für wichtige individuelle Charakteristika wie insbesondere das Arbeitszeitvolumen kontrolliert – gerade in Deutschland wird häufig in Teilzeit gearbeitet.

Müller (2018) zeigt auf Basis von EU-LFS-Daten aus dem Jahr 2016 übereinstimmend, dass *Hilfskräfte* in der Kranken- und Altenpflege in nahezu allen europäischen Ländern deutlich weniger verdienen als das Durchschnittseinkommen in ihrem Land – auch und gerade in Deutschland (ebd., S. 15). Zudem sind die Einkommen der von ihm betrachteten *Fachkräfte*, Krankenpfleger/-schwestern und Hebammen in Deutschland geringer als in allen anderen europäischen Ländern. Auch dies ist ein deskriptives Ergebnis, d. h. nicht für Struktureffekte kontrolliert – etwa bleibt die Tatsache unberücksichtigt, dass diese Beschäftigten in anderen Ländern häufig ein Studium absolviert haben; auch wird hier das Thema Arbeitszeitvolumen ausgeklammert. Bei Hipp und Kelle (2016) bestätigt sich aller-

dings auch nach Kontrolle für Kompositionseffekte der Lohnnachteil im Pflege- und Gesundheitsbereich (gleichermaßen für Fach- und Hilfskräfte) und ebenso der positive Einkommenseffekt für Lehrkräfte, während Hilfskräfte im Bereich Bildung und Erziehung, anders als in der deskriptiven Betrachtung (in der die Arbeitsstundenzahl keine Rolle spielt), keine signifikanten Lohnnachteile hinnehmen müssen (ebd., S. 254). Hall et al. (2021, S. 12) differenzieren zwischen Krankenpflegekräften und Altenpflegekräften auf Fachkraftniveau in Deutschland. Sie finden auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 nur für Altenpflegekräfte eine unterdurchschnittliche Entlohnung. Krankenpfleger:innen hingegen verdienen – wenn für Schulbildung und Berufserfahrung kontrolliert wird – 9 % *mehr* als Erwerbstätige, die in sonstigen Berufen auf Fachkräfteniveau tätig sind, und erhalten damit ein durchschnittliches Einkommen in der deskriptiven Betrachtung.

Zusätzlich zur starken Lohnheterogenität zwischen Care-Berufsgruppen können wir für Deutschland aus ländervergleichenden Studien festhalten, dass eine vordergründige Lohnbenachteiligung von geringqualifizierten Care-Beschäftigten teilweise durch die Merkmalszusammensetzung dieser Gruppen erklärt werden kann (und zwar insbesondere durch das Merkmal Qualifikation). Ferner gibt es Hinweise darauf, dass einige Berufsgruppen im Gesundheitssektor in Deutschland tendenziell schlechter bezahlt werden als in anderen Ländern, qualifizierte Beschäftigte im Bildungsbereich hingegen etwas besser.

Im folgenden Abschnitt stellen wir unsere eigene Herangehensweise zur Auswertung der EU-LFS dar, die im Unterschied zu den genannten Studien auch in der deskriptiven Betrachtung die relevante Einflussgröße der monatlichen Arbeitsstunden nicht unkontrolliert lässt.

2. Daten und Methode der Analyse

Der vorliegende Abschnitt stellt die Datenquelle unserer Analyse vor (3.1) und nennt die Kriterien bei der Stichprobenziehung (3.2). In Abschnitt 3.3 werden die für den Einkommensvergleich angewandten Methoden erläutert.

2.1 Einkommensanalysen mit der EU-Arbeitskräfteerhebung (EU-LFS)

Für die vorliegende Analyse sind die wichtigsten Auswahlkriterien einer Datenquelle die Qualität, Detailliertheit und länderübergreifende Vergleichbarkeit der Einkommensinformation. Die Größe des Stichprobenumfangs ist entscheidend. Nur bei einer ausreichend großen Fallzahl lassen sich die Einkommen der uns interessierenden Care-Berufsgruppen separat berechnen. Es gibt eine Handvoll länderübergreifend harmonisierter Datensätze, die für unsere Analyse in Frage kommen. Die meisten werden von Eurostat (das European Statistical Office der Europäischen Kommission) für bestimmte politisch-administrative Zwecke zusammengestellt. Die Forschung erhält die Daten i. d. R. in Form sogenannter *scientific use files* (SUF), die z. T. allerdings aus Datenschutzgründen ein reduziertes Merkmalspektrum bzw. vergrößerte Informationen enthalten. Dies bedeutet, dass ihre Eignung für die Forschung eingeschränkt sein kann. Wir wählen als Datengrundlage die EU-Arbeitskräfteerhebung (EU-labour Force Survey, EU-LFS), weil sie die größte Zahl an Beobachtungen (zuletzt rund 1,8 Millionen Beobachtungen pro Erhebungsjahr) enthält und – hiermit verbunden – Berufsinformationen in tieferer Gliederung (bis zum ISCO-08 3-Steller) anbietet.

Die EU-LFS wird seit 1983 durchgeführt und bezieht eine wachsende Zahl europäischer Länder ein. Die jüngsten Erhebungswellen umfassen Daten aus allen EU-Mitgliedstaaten sowie aus einigen Nachbar- und/oder Beitrittsländern. Die Grundgesamtheit der Erhebung umfasst alle Personen im Alter ab 16 Jahren mit Wohnsitz in privaten Haushalten.

Die derzeit in der EU-LFS enthaltenen Einkommensinformationen beziehen sich auf das Netto-Erwerbseinkommen, also nach Steuern und Abgaben; Kapitaleinkommen zählen nicht hinzu. Je nachdem, wie teilnehmende Länder die Daten erheben, kann es das letzte Monatseinkommen vor dem Interview oder das durchschnittliche Monatseinkommen des letzten Jahres sein. Das Erwerbseinkommen bezieht alle Arten von Zuschläge mit ein, wenn sie regelmäßig erfolgen (für Überstunden, Schichtarbeit, Dienstalterszulagen, Tagegelder, Trinkgelder, Provisionen etc.) (Eurostat, 2018, S. 140).

Die Form, in der diese Einkommensinformationen der Forschung zur Verfügung gestellt werden, lässt Raum für Verbesserungen (die im Rahmen der derzeitigen grundlegenden Überarbeitung der Erhebung vorgenommen werden könnten). Die Daten liegen nicht in monetären Einheiten (€) vor, sondern als Einkommensdezile: Für jede beobachtete Person, die zum Zeit-

punkt der Befragung einer abhängigen Beschäftigung nachgeht, enthält die Variable INCDECIL eine Zahl zwischen eins und zehn. Diese Zahl gibt das Einkommensdezil der Person im Kontext der Einkommensverteilung des betreffenden Landes und Erhebungsjahrs an (Eurostat, 2018, S. 140).

Im Vergleich zu monetären Werten bedeuten Dezile einen erheblichen Informationsverlust, der die Möglichkeit der Einkommensanalyse beeinträchtigt. Dies wird hier aus Platzgründen nur in Stichworten angesprochen (für mehr Details siehe Lehweß-Litzmann, 2022). Defizite liegen insbesondere bei der Genauigkeit, aber auch reale Wohlstandsvergleiche zwischen den Dezilen (z. B. Dezil 10 verdient x mal soviel wie Dezil 1) und den Ländern sind nicht möglich. Trotz alledem haben einige Autoren die Eignung von Einkommensdezilen für internationale Vergleiche hervorgehoben: „Using deciles is suitable for comparing wage differences across countries with different degrees of economic development and wage dispersion.“ (Mueller, 2018, S. 14; vgl. auch Hipp & Kelle, 2016, S. 247)

Neben der Tatsache an sich, dass nur Einkommensdezile zur Verfügung gestellt werden, sind auch die Grundlagen der Berechnung dieser Dezile mit einigen Mängeln behaftet. Dazu zählen insbesondere verschiedene Arten von Harmonisierungsproblemen, die trotz einer Bestandsaufnahme vor zehn Jahren (Eurostat 2012) nicht gänzlich überwunden wurden. Z. B., dass eine Reihe von Ländern, entgegen der Vorgabe, die Dezile über monatliche Nettoeinkommen zu bilden, Bruttoeinkommen oder aber eine Mischung aus Brutto- und Netto-Werten zugrunde legen. Im Prinzip wären Bruttoangaben im Rahmen unseres Erkenntnisziels sogar vorzuziehen, da sie nicht von den unterschiedlichen Steuersystemen der Länder beeinflusst werden. Solange aber die Annahme zutrifft, dass sich die jeweiligen Steuersysteme auf die von uns beobachteten Personen nicht anders auswirken als auf sonstige Beschäftigte, können wir mit Einkommensdezilen auf Nettoeinkommensbasis aber ebenso gut arbeiten. Auch die Uneinheitlichkeit zwischen Ländern ist unproblematisch.

Wie wir die Einkommensdaten genau verwenden, wird weiter unten im Methodenteil erläutert. Der folgende Abschnitt geht zunächst auf das Sampling der Untersuchung ein.

2.2 Fallauswahl, Sample und Untersuchungspopulation

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie wir von den Rohdaten der EU-LFS zu unserer Analysestichprobe gelangen, und diese Stichprobe und ihre

Grundgesamtheit werden quantitativ beschrieben. Wir beginnen mit allgemeinen Festlegungen zur Fallauswahl und gehen danach gesondert auf die Auswahl der Care-Beschäftigten ein.

2.2.1 Allgemeine Fallauswahl

Wie bereits erwähnt, umfasst die EU-LFS alle Personen ab 16 Jahren, die in privaten Haushalten leben.

- Wir lassen erstens die sehr geringe Anzahl von Personen im Alter von 70 Jahren oder älter, die noch erwerbstätig sind, weg.
- Zweitens werden nur Personen berücksichtigt, die in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet haben. Wir schließen auch Personen aus, die eben entlassen wurden, die zum Wehr- oder Zivildienst eingezogen wurden oder die in der Berichtswoche einfach nur arbeitslos oder nicht erwerbstätig waren.
- Drittens betrachten wir nur abhängig Beschäftigte (d. h. Arbeitnehmer:innen und Beamte:innen), nicht aber Selbstständige oder mithelfende Familienangehörige, weil im Datensatz keine Einkommensinformationen für die beiden letztgenannten Gruppen enthalten sind.
- Viertens beschränken wir die Untersuchung auf Personen, die in Vollzeit arbeiten, weil es nicht zielführend wäre, die monatlichen Verdienste von Arbeitnehmer:innen mit sehr unterschiedlichen Arbeitszeiten zu vergleichen (s. o.). Wir definieren Vollzeit als eine gewöhnliche Wochenarbeitszeit zwischen 35 und 44 Stunden (einschließlich).
- Fünftens lassen wir einige wenige Personen, die im Ausland arbeiten, außen vor, da sie nicht Teil der nationalen Arbeitsmarktstrukturen sind, die wir analysieren wollen.
- Sechstens werden Personen herausgefiltert, deren Angaben zur Arbeitszeit fehlen, gleich null sind oder von Monat zu Monat variieren.

Was den *Beobachtungszeitraum* angeht, ist zum Zeitpunkt des Schreibens das Bezugsjahr 2019 das aktuelle Jahr, für das der Datensatz Informationen aus Deutschland enthält.¹⁵ Um auch kleine Berufsgruppen statistisch verlässlich beobachten zu können, empfiehlt es sich, Daten über mehrere Jahre zu kombinieren (*poolen*). Wir wählen einen Beobachtungszeitraum

15 Für die meisten anderen Länder des Samples sind bereits Informationen auch für 2020 enthalten. In dieser Auswertung hier steht aber Deutschland im Fokus und bestimmt daher den Beobachtungszeitraum.

über vier Jahre, nutzen also die Datenwellen 2016, 2017, 2018 und 2019. Es handelt sich um einen historischen Zeitraum, in dem die Eurokrise der Jahre ab 2009 zumindest deutlich abgeklungen ist, die COVID-19-Pandemie aber noch nicht begonnen hat (Letztere hatte die Einkommen insbesondere vieler Nicht-Care-Beschäftigten, d. h. der Vergleichsgruppe, zeitweilig komprimiert – etwa via Kurzarbeitergeld).

Nicht für alle untersuchten Länder sind für alle historischen Jahre Daten vorhanden. Dies betrifft Tschechien in den Jahren 2018 und 2019 und Finnland in 2019. Um Verzerrungen in Länderdurchschnittswerten zu vermeiden, die sich aufgrund dieser Lücken ergeben könnten, setzen wir in diesen drei Fällen die Daten des letzten Jahres, für das wir Daten besitzen, ein (also Tschechien 2017 und Finnland 2018). Dies ist ein gangbarer Weg, da sich die von uns analysierten Einkommensverteilungen von Jahr zu Jahr nur wenig ändern.

Es bestehen einige datenbezogene Gründe, bestimmte Länder oder auch einzelne Beschäftigte aus der Beobachtung auszuschließen: Bulgarien, Malta, Polen und Slowenien stellen Informationen zum Beruf (ISCO) nicht ausreichend detailliert zur Verfügung (vgl. Mueller 2018; Hipp & Kelle 2016). So werden bspw. Personen, die im Bildungswesen tätig sind, oft einfach als „Lehrkräfte“ kodiert, ohne wie in anderen Ländern üblich zwischen z. B. Primar-, Sekundar- oder Lehrkräften im Bereich Berufsbildung zu unterscheiden. Wir streichen diese Länder deshalb aus dem Sample – ebenso wie Island, Norwegen und Schweden, da sie keine Einkommensinformationen liefern. Damit reduziert sich die Zahl der beobachteten Länder auf 24. Für einige Beobachtungen aus Dänemark, Finnland, Lettland, Luxemburg und Spanien fehlt in manchen Fällen der Gewichtungsfaktor, sodass die betreffenden Beobachtungen entfallen. Die Länder bleiben jedoch gleichwohl Teil des Samples.

In einigen Ländern und Jahren, die im Sample enthalten sind, liegt eine hohe Zahl fehlender Angaben beim Einkommen vor. Dies drückt die Fallzahlen in mehreren Erhebungsjahren in Frankreich, Irland, Finnland und Luxemburg, wo in den meisten Jahren nicht einmal die Hälfte der Stichprobenbeobachtungen Einkommensinformationen liefert. Auch in Dänemark, Griechenland, Kroatien, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich gibt es eine erhebliche Anzahl fehlender Werte. In allen anderen berücksichtigten Ländern werden Einkommensangaben für 90 bis 100 % der beobachteten Personen gemacht. Im deutschen Fall für stets um ca. 98 %. Wir gehen davon aus, dass fehlende Werte zufällig verteilt sind (vgl. Eurostat, 2012).

Um zu vermeiden, dass dieselbe Person in einem Jahr zweimal gezählt wird, entfernen wir einige Duplikate, die fälschlicherweise in den jährlichen EU-LFS-Daten vorkommen, mit dem in Mack, Lengener & Dickhaut (2016, S. 17) beschriebenen Verfahren.

2.2.2 Auswahl der Care-Berufsgruppen

Im Folgenden wird die Auswahl der Berufsgruppen näher erläutert. Wie auch das *GenDis*-Projekt insgesamt, leiten uns die Kriterien der besonderen gesellschaftlichen Notwendigkeit und des interaktiven Charakters der Dienstleistung. In der vorliegenden Untersuchung fokussieren wir auf den Care-Bereich. Dies lässt sich anhand der in der EU-LFS enthaltenen Klassifikationen zu Wirtschaftszweig (NACE) und Beruf (ISCO) konkretisieren, denen jede:r Beschäftigte zugeordnet werden kann.

Während sich der Wirtschaftszweig – auch „Branche“ genannt – aus der wirtschaftlichen Haupttätigkeit der Erwerbsorganisation ableitet, ergibt sich die Berufsgruppe aus den von der beschäftigten Person ausgeführten Aufgaben. Da zur Herstellung eines bestimmten Produkts in der Regel mehrere Berufe erforderlich sind, werden jedem Wirtschaftszweig verschiedene Berufe zugeordnet – ebenso wie ein und derselbe Beruf in mehreren Wirtschaftszweigen vorkommt. Um Fälle zu selektieren, kreuzen wir die Perspektive der Branchen mit jener der Berufe (vgl. Lehweß-Litzmann, Krebs, Maier, Sonnenburg et al., 2020, S. 19; Budig & Misra, 2010, S. 445). Während bei der Wahl der Branchen die Frage der gesellschaftlichen Notwendigkeit leitend ist, steht bei der Wahl der Berufe das Kriterium der Interaktivität im Vordergrund. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die gewählten Berufe für die gewählten Branchen charakteristisch sind (ebd.). Eine Sekretärin, die im Bildungsbereich arbeitet, ist bspw. nicht in der Lehre tätig, sodass ihr Beruf für die Branche nicht kennzeichnend ist (auch wenn sie personenbezogene Dienstleistungen erbringt).

Wir wählen aus der NACE-Klassifikation die folgenden drei Wirtschaftszweige aus: „Erziehung und Unterricht“, „Gesundheits- und Sozialwesen“ und „private Haushalte als Arbeitgeber“ (den letztgenannten um etwa *live-in*-Pflegekräfte zu erfassen). Der Detaillierungsgrad, auf dem wir Berufe auswählen können, wird durch die ersten drei Ziffern der ISCO-08 definiert („Berufsuntergruppen“). Tabelle 1 zeigt die Berufe, die wir in unsere Analyse einbeziehen. Für eine bessere Übersicht gruppieren wir die Berufe grob nach Tätigkeitsbereichen. Wir unterscheiden zwischen „Bildung“, „Gesundheit“ und „Soziales“ und orientieren uns hier an einem Bericht

des European Institute for Gender Equality (EIGE, 2017, S. 80) für die EU-Kommission.

Tabelle 1: Ausgewählte Berufsuntergruppen (ISCO-3-Steller) nach Tätigkeitsbereichen

Bildung		Gesundheit		Soziales	
531	Kinder- und Lernbetreuer:innen	221	Ärzt:innen	263	Sozialwissenschaftler:innen, Geistliche und Seelsorger:innen
234	Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	222	Akademische und vergleichbare Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte	341	Nicht akademische juristische, sozialpflegerische und religiöse Berufe
233	Lehrkräfte im Sekundarbereich	322	Nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte		
232	Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	532	Betreuungskräfte im Gesundheitswesen		
231	Universitäts- und Hochschullehrer:innen	321	Medizinische und pharmazeutische Fachberufe		
342	Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	226	Sonstige akademische und verwandte Gesundheitsberufe		
235	Sonstige Lehrkräfte	325	Sonstige Assistenzberufe im Gesundheitswesen		

Quelle: EU-LFS, eigenes Arrangement

Ausführliche Informationen zu den Aufgaben bzw. Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen können im Informationssystem ESCO nachgeschlagen werden, das die EU im Internet bereitstellt (Europäische Kommission, 2022). Es sei hier nur ergänzend angemerkt, dass Altenpfleger:innen in der Tabelle nicht ausdrücklich erwähnt werden, aber dennoch Teil der Auswahl sind: Diejenigen ohne Berufsabschluss sind in der Gruppe „Betreuungskräfte im Gesundheitswesen“ enthalten, während jene mit Abschluss zur Gruppe „Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte“ gezählt werden.

In unserer Untersuchung werden Assistenzkräfte und Fachkräfte in einigen Fällen zusammengefasst als eine einzige Gruppe behandelt. Z. B. aggregieren wir „Akademische und vergleichbare Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte“ und „Nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfeschäfte“, um von möglichen Länderunterschieden in der Klassifizierung zu abstrahieren.

ren. Diese können dazu führen, dass Personen mit ähnlichen Aufgaben in einem Land als Fachkräfte, in einem anderen Land aber nur als Hilfskräfte eingestuft werden, nur weil sie je nach den Traditionen der Länder eine unterschiedliche Ausbildung erhalten haben.¹⁶ Ein Vorteil der Zusammenlegung ist der Anstieg der Fallzahlen pro Gruppe. Ein Nachteil ist, dass wir in den Fällen, in denen die Unterscheidung zwischen Fachkräften und Hilfskräften durch die tatsächliche Qualifikation und die Komplexität der Aufgaben begründet ist, an Genauigkeit verlieren. Die Tatsache, dass Berufsgruppen in verschiedenen Ländern leicht unterschiedliche Rollen spielen können, bleibt ein Problem (z. B. kann die Arbeitsteilung zwischen Krankenschwestern bzw. -pfleger und Ärzt:innen von Land zu Land unterschiedlich sein). Diese Unterschiede sind sehr komplex und können durch eine internationale Klassifikation wie die ISCO nicht vollständig erfasst werden.

Im Folgenden beschreiben wir die Stichprobe und die beobachtete Grundgesamtheit, die wir auf der Grundlage der beschriebenen Auswahlkriterien erhalten.

2.2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Grundgesamtheit

Auf Basis der oben beschriebenen Kriterien ergibt sich eine Stichprobe von insgesamt 227 879 Fällen. Diese verteilen sich (ungleich) über 24 Länder und (relativ gleichmäßig) über die Jahre 2016 bis 2019.¹⁷ Pro Jahr verfügen wir also über etwa 57 000 Beobachtungen – etwa 15 000 davon sind Care-Beschäftigte in Deutschland. Alle diese Beobachtungen erfüllen die allgemeinen Stichprobenkriterien (im Wohnsitzland abhängig beschäftigt, Wochenarbeitszeit gewöhnlich zwischen 35 und 44 Stunden, in der Berichtswoche wurde gegen Entgelt gearbeitet, im Datensatz sind Einkommensinformation und Gewichtungsfaktor vorhanden) *und* zählen in eine der ausgewählten Branchen und Berufsgruppen.

Da wir Care-Beschäftigte mit anderen Beschäftigten vergleichen, umfasst unser erweitertes Sample überdies auch Personen, die die allgemeinen

16 Im multivariaten Teil wird das Qualifikationsniveau durch eine Kontrollvariable im Regressionsmodell erfasst.

17 Die 24 Sample-Länder sind: AT Österreich, BE Belgien, CH Schweiz, CY Zypern, CZ Tschechische Republik, DE Deutschland, DK Dänemark, EE Estland, ES Spanien, FI Finnland, FR Frankreich, GR Griechenland, HR Kroatien, HU Ungarn, IE Irland, IT Italien, LT Litauen, LU Luxemburg, LV Lettland, NL Niederlande, PT Portugal, RO Rumänien, SK Slowakische Republik, UK Vereinigtes Königreich.

Stichprobenkriterien erfüllen, aber in anderen Branchen und/oder Berufen arbeiten. Über 24 Länder und vier Jahre hinweg sind dies etwa 1,9 Millionen Beobachtungen. *Von nun an werden alle Informationen gewichtet dargestellt.*¹⁸

Gewichtet machen die von uns fokussierten Care-Beschäftigten in Deutschland 11,7 % der Vollzeitbeschäftigten aus – verstanden als Durchschnittswert über die Jahre 2016 bis 2019.¹⁹ Damit liegt Deutschland genau bei dem Anteilswert, der sich für das Gesamtsample von 24 Ländern ergibt. Allerdings ist zwischen Ländern durchaus Varianz zu beobachten: Sie reicht von 20,5 % in Finnland und 18,3 % in Dänemark bis zu nur 9,0 % in Luxemburg und 7,4 % in den Niederlanden. Dies muss nicht unbedingt mit einer unterschiedlich umfangreichen Bereitstellung von Care-Dienstleistungen zusammenhängen. Da wir uns auf Vollzeitbeschäftigte konzentrieren, kann die Ungleichverteilung auch daher resultieren, dass Care-Beschäftigte in manchen Ländern besonders häufig oder besonders selten in Teilzeit arbeiten. Für einen länderübergreifenden Vergleich der Monatslöhne ist es dennoch sinnvoll, sich auf diejenigen Beschäftigten zu konzentrieren, die in allen untersuchten Ländern in Vollzeit arbeiten.

Die Länder sind in der beobachteten Population auch schlicht aufgrund der sehr ungleichen Bevölkerungsgröße ungleich vertreten. Gewichtet macht der deutsche Anteil an den beobachteten Care-Beschäftigten 21,7 % und an den Beschäftigten insgesamt 21,5 % aus. Weitere große Anteile entfallen auf die bevölkerungsreichen Länder Frankreich (14,1 % der Care-Beschäftigten), Spanien (11,9 %), Vereinigtes Königreich (10,8 %) und Italien (9,2 %). Wenn in der nachfolgenden Analyse Deutschland mit Europa verglichen wird, sind es also besonders die großen Länder (einschließlich Deutschland selbst), die den Vergleichswert bestimmen. Irland, Estland Zypern und Luxemburg fallen mit unter einem halben Prozent der Care-Beschäftigten hingegen nur wenig ins Gewicht.

18 Damit wird die ungleiche Auswahlwahrscheinlichkeit von Personen innerhalb der Länder korrigiert, die aus der unterschiedlichen Gestaltung der nationalen Erhebungen herrührt, aus denen die Daten für EU-LFS stammen. In Deutschland ist es der Mikrozensus – eine jährliche Erhebung, an der 1 % der Privathaushalte verpflichtend teilnehmen.

19 Hingegen arbeiten 2,3 % der Beobachtungspersonen zwar in einem der ausgewählten Berufe, aber in einer anderen Branche, z. B. ein Arzt, der nicht in einem Krankenhaus, sondern bei einer Versicherungsgesellschaft beschäftigt ist. 82,1 % arbeiten in sonstigen Berufen *und* außerhalb der untersuchten Branchen.

In Tabelle 2 sind die Berufsgruppen nach Tätigkeitsbereichen aufgeführt, zusammen mit dem Anteil, den jede dieser Gruppen an der beobachteten Bevölkerung hat. Die Anteile beziehen sich auf die Verteilung über 24 Länder – so, als ob alle beobachteten Länder eine einzige Einheit ohne dazwischenliegende Ländergrenzen wären. Die verschiedenen Berufe im Bildungsbereich machen ein gutes Drittel der Beobachtungen aus. Die wichtigsten Gruppen sind „Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich“ mit 10,1 % und „Lehrkräfte im Sekundarbereich“ mit 9,7 % der Care-Beschäftigten, im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019. Die Berufe im Gesundheitswesen machen mehr als die Hälfte der von uns beobachteten Beschäftigten aus, wobei die größte Berufsgruppe die Pflegekräfte sowie Hebammen (20,8 %, in einer einzigen Kategorie zusammengefasst) und die „Betreuungskräfte im Gesundheitswesen“ (15,7 %) sind. Die Gruppe der „Sozialpfleger:innen und Seelsorger:innen“ (alle Qualifikationsniveaus) – die einzige Gruppe, die im Bereich Soziales beobachtet wurde – stellt 11,2 % der beobachteten Vollzeit-Care-Beschäftigten.²⁰

Tabelle 2: Zusammensetzung der Vollzeitbeschäftigten im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen nach Berufsgruppe, 24 europäische Länder, 2016–2019

Tätigkeitsfeld	Anteil (%)	Berufsgruppe	Anteil (%)
Bildung	35,1	Kinder- und Lernbetreuer:innen	5,5
		Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	10,1
		Lehrkräfte im Sekundarbereich	9,7
		Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	2,4
		Universitäts- und Hochschullehrer:innen	3,8
		Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	0,3
		Sonstige Lehrkräfte	3,3

20 Würden alle Beschäftigten unabhängig von der Arbeitsstundenzahl betrachtet werden oder aber Vollzeitäquivalente, würde sich eine andere Verteilung zeigen. Die Kinder- und Lernbetreuer:innen etwa, die häufig in Teilzeit arbeiten (müssen), würden stärker ins Gewicht fallen.

Tätigkeitsfeld	Anteil (%)	Berufsgruppe	Anteil (%)
Bildung	35,1	Kinder- und Lernbetreuer:innen	5,5
		Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	10,1
		Lehrkräfte im Sekundarbereich	9,7
		Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	2,4
		Universitäts- und Hochschullehrer:innen	3,8
		Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	0,3
		Sonstige Lehrkräfte	3,3
Gesundheit	53,6	Ärzt:innen	5,0
		Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte	20,8
		Betreuungskräfte im Gesundheitswesen	15,7
		Medizinische und pharmazeutische Fachkräfte	3,0
		Sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen	9,1
Soziales	11,2	Sozialpfleger:innen und Seelsorger:innen	11,2
Gesamt	100,0	Gesamt	100,0

Anmerkung: gewichtete Werte, 24 Länder: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Im Folgenden wird beschrieben, wie wir methodisch an die Einkommensanalyse auf Basis von EU-LFS-Daten herangehen.

2.3 Analysemethode

Ziel unserer Analyse ist es, die Einkommenspositionen von Care-Berufsgruppen und Einkommenseffekte von Care-Berufen in Deutschland und Europa vergleichend zu beschreiben. Die EU-LFS ist eine ergiebige Datenquelle zum Thema Arbeitsmarktstrukturen, doch die zweckmäßige Verwendung der gelieferten Einkommensinformationen stellt wie erwähnt eine Herausforderung dar. Wie damit umgegangen werden kann, wird im Abschnitt zur deskriptiven Einkommensanalyse (3.3.1) beschrieben. Ein weiterer Abschnitt erläutert das Vorgehen zur multivariaten Analyse (3.3.2).

2.3.1 Deskriptive Einkommensanalyse mit EU-LFS-Daten

Eine ländervergleichende Analyse der Einkommensdaten in der Form, wie sie in der Datenquelle EU-LFS bereitgestellt werden, würde zu unbrauchba-

ren Ergebnissen führen. Die Information wird in Dezilen angegeben, welche auf der Grundlage der Monatseinkommen aller abhängig Beschäftigter in einem bestimmten Land und Jahr berechnet werden (und zwar unabhängig von ihrer üblichen Wochenarbeitszeit). Damit hängt das Einkommensdezil eines Beschäftigten nicht nur von seinem eigenen Einkommen ab, sondern auch von dem aller anderer Beschäftigten desselben Landes und Jahres. Es ist somit tendenziell höher, wenn in demselben Land und Jahr viele Teilzeitbeschäftigte arbeiten, da diese i. d. R. ein niedrigeres Monatseinkommen erzielen (vgl. Lehweß-Litzmann, 2022, S. 35 f.).

Warum ist dies ein Problem für die Analyse? Wenn wir das Durchschnittseinkommen einer bestimmten Berufsgruppe zwischen Ländern vergleichen, müssen wir sicherstellen, dass wir zwischen Gruppen mit einer ähnlichen Anzahl von Arbeitsstunden vergleichen (da es nicht aussagekräftig wäre, Vollzeitbeschäftigte in einem Land mit Teilzeitbeschäftigten in einem anderen Land zu vergleichen). Aber selbst, wenn wir uns in allen Ländern z. B. auf Personen konzentrieren, die zwischen 35 und 45 Stunden pro Woche arbeiten, werden wir höchstwahrscheinlich feststellen, dass diese Personen – gleich welcher Berufsgruppe – in denjenigen Ländern besser verdienen, die einen höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigten aufweisen, da Teilzeitbeschäftigte in der Hierarchie der Monatseinkommen niedriger liegen als Vollzeitbeschäftigte. Der Effekt der unterschiedlichen Teilzeitanteile ist deshalb in die Einkommensdezile der Vollzeitbeschäftigten selbst eingeschrieben und verschwindet nicht, wenn die Teilzeitbeschäftigten aus dem Sample fallen. Wären wir in der Lage, absolute Einkommen (in monetärer Form) zu vergleichen, könnten wir sie auf einen Stundenlohn herunterrechnen und somit für Beschäftigte unterschiedlicher Arbeitszeitvolumen vergleichbar machen. Solche Daten sind aber in der EU-LFS in ihrer derzeitigen Form nicht enthalten.

Es muss eine Analysestrategie gefunden werden, die trotz der ungleichen Anteile von Teilzeitbeschäftigten in den einzelnen Ländern mit den EU-LFS-Einkommensinformationen vollzeitbeschäftigter Beobachtungen arbeiten kann. Wir schlagen das Folgende vor: Wir analysieren nicht Dezile als solche, sondern wie sich die Einkommensdezile einer beobachteten Gruppe zu den Einkommensdezilen einer anderen Gruppe verhalten, die ähnliche Arbeitsstunden aufweist (relativer Vergleich). Konkret vergleichen wir die Einkommensdezile von Vollzeitbeschäftigten ausgewählter Berufe mit den Einkommensdezilen von Vollzeitbeschäftigten im Allgemeinen. Anders gesagt: Das mittlere Einkommensdezil aller Vollzeitbeschäftigten dient als Referenzwert, mit dem der Einkommensmittelwert einzelner

ausgewählter Berufsgruppen, etwa Ärzt:innen, verglichen wird. Alle diese Durchschnittswerte werden über Personen berechnet, wobei Gewichte verwendet werden, um deren ungleiche Auswahlwahrscheinlichkeit in das Sample zu berücksichtigen. Das mittlere Einkommensdezil der ausgewählten Personen steht im Zähler und das allgemeine mittlere Einkommensdezil im Nenner. Wir können also das Verhältnis zwischen beiden Einkommensstufen als Faktoren interpretieren oder auch in Prozenten ausdrücken. Zum Beispiel können wir sagen, dass Ärzt:innen das 2,0-Fache des (oder 100 % mehr als das) Durchschnittseinkommens von Vollzeitbeschäftigten in Land X verdienen, während sie in Land Y nur das 1,3-Fache des Durchschnitts verdienen (also 30 % mehr).

2.3.2 Multivariate Modellierung

Die von uns beobachteten Gruppen von Beschäftigten unterscheiden sich neben ihrem Beruf auch in anderen Merkmalen, die einkommensrelevant sein können. Wenn wir uns nicht nur für Einkommensunterschiede zwischen Berufsgruppen interessieren, sondern auch für den Einkommenseffekt der Berufe an sich, müssen wir dies berücksichtigen. Mithilfe einer multivariaten Analyse „isolieren“ wir den Einkommenseffekt, der dem Beruf selbst eigen ist bzw. der zumindest nicht durch die anderen, im Modell repräsentierten Faktoren erklärt werden kann.²¹

Zur Regressionsschätzung nutzen wir ein lineares Modell (OLS – Kleinste-Quadrate-Methode). Die Daten, für die das Modell geschätzt wird, liegen auf Ebene der Beschäftigten. Die abhängige Variable ist deren relative Einkommensposition, die wir relativ zu allen anderen abhängig Beschäftigten desselben Landes und Jahres gebildet haben. Die Beschäftigten sind eingebettet in Länder-Jahre. Neben Kontrollvariablen für Merkmale der Beschäftigten und der Arbeitsstellen enthält das Modell Dummy-Variablen für historische Jahre. Wird das Modell über mehrere Länder geschätzt, sind auch Dummies für Land und Land-Jahr enthalten.

Da die EU-LFS keine Längsschnittdaten über Jahre hinweg bereitstellt, verwenden wir kein Längsschnitt- oder Panel-, sondern ein Querschnittsmodell. Die statistische Aussagekraft unserer Modellschätzung ergibt sich somit aus den Unterschieden zwischen Personen – nicht aus Veränderungen

21 Durch Aufnahme weiterer Faktoren könnte der residual dem Beruf zugeschriebene Einkommenseffekt noch weiter abnehmen, bzw. in seltenen Fällen (Supressoreffekt) auch zunehmen.

gen über die Zeit. Einige andere Studien (Budig et al., 2019; England et al., 2002) verwenden Fixed-Effects-Modelle, die auf Lohnveränderungen fußen, welche beobachtet werden, wenn Personen in einen bestimmten Beruf hinein- oder aus ihm heraus wechseln. Der Vorteil solcher Modelle ist die Robustheit gegenüber fehlenden Variablen. Nachteile speziell bei der vorliegenden Fragestellung sind die geringere Zahl der möglichen Beobachtungen, da zwar alle Beschäftigten einen Beruf haben, aber nur ein Bruchteil (je oder während des Beobachtungszeitraums) den Beruf wechseln. Auch finden Berufswechsel häufig unter bestimmten (erwerbs-)biografischen Umständen statt, die sich negativ auf das Einkommen im alten oder neuen Beruf auswirken, sodass die Einkommensveränderung beim Wechsel nicht dem allgemeinen Lohnabstand zwischen den Berufen entspricht. (I. d. R. spiegelt die Bezahlung zu Beginn eines neuen Berufs ohnehin nicht das mittel- und langfristig erzielbare, berufsübliche Niveau wider.) Aus all diesen Gründen wird unser Ansatz in dieser Analyse darin bestehen, die Einkommen *zwischen* Beschäftigten zu vergleichen und dabei zu versuchen, die Verzerrung durch fehlende Variablen so weit wie möglich zu reduzieren, indem wir eine breite Palette von Variablen einbeziehen (vgl. Budig & Misra, 2010).

Im Folgenden ein kurzer Überblick über die eingesetzten Kontrollvariablen. An *persönlichen Merkmalen* kontrollieren wir für den erreichten Bildungsabschluss grob unterschieden in niedrig (untere Sekundarstufe), mittel (obere Sekundarstufe) und hoch (tertiär oder äquivalent). Ferner enthält das Modell eine Variable für das Geschlecht (weiblich/männlich), weil dieses, wenn auch keine Rechtfertigung, aber doch eine Erklärung für beobachtete Lohnunterschiede darstellen könnte. Auch das Alter der Beschäftigten (in Jahren) ist im Modell berücksichtigt, da bekanntlich das Einkommen mit höherem Alter aufgrund von Arbeitserfahrung, Netzwerken und Senioritätsregeln steigt. Da dieser Anstieg nicht linear sein muss, enthält das Modell auch das Alter in Jahren zum Quadrat. Ein letztes personenbezogenes Merkmal ist der Migrationshintergrund. Referenzkategorie ist die Eigenschaft „einheimisch“ – andere Personen werden je nach Dauer ihres Aufenthalts im Land in Gruppen eingeteilt, da sich der Einkommenseffekt von Migration je nach der Aufenthaltsdauer unterscheiden kann. Hierbei kann der historische Zeitpunkt der Einwanderung auch einen langfristigen Effekt ausüben.

Ein einkommensrelevantes arbeitsstellenbezogenes Merkmal ist eine Leitungsposition, die Beschäftigte innehaben können. Sie bringt zusätzliche Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten mit sich und erfordert ent-

sprechende Kompetenzen. Wir diskutieren in Abschnitt 5.1 die Frage, ob sich Führungsverantwortung als Kontrollvariable überhaupt eignet, angesichts der Tatsache, dass sie mit bestimmten Berufen eng verbunden ist – d. h. der Beruf diese Art von Belastungen und entsprechende Belohnungen in der Regel mit sich bringt. Dies gilt auch für Wochenendarbeit und Nacht- oder Schichtarbeit, die wir als Dummy-Variablen z. T. in das Regressionsmodell einbeziehen, z. T. aber auch bewusst außen vor lassen.

Anders verhält es sich bei der Dauer der Betriebszugehörigkeit, d. h. der Zeit, die Beschäftigte bis zum Erhebungszeitpunkt beim Arbeitgeber verbracht haben (in Jahren und Jahren² im Modell). Das Einkommen dürfte aufgrund steigender Produktivität am Arbeitsplatz bzw. einer automatischen Höhergruppierung mit der Zeit zunehmen.²² Ferner sind Dummy-Variablen für befristete Beschäftigung und Zeitarbeit im Modell. Trotz der Beschränkung auf Personen, die üblicherweise zwischen 35 und 44 Wochenstunden arbeiten, enthält das Modell zum Zwecke der Bereinigung von arbeitszeitbedingten Einkommensunterschieden die übliche Wochenarbeitszeit (in Stunden und Stunden²). Die Größe des Unternehmens und der Urbanitätsgrad der Arbeitsstätte (drei Gruppen je nach Siedlungsdichte) sind ebenfalls im Modell enthalten. Beide stehen in der Regel in positivem Zusammenhang mit dem Einkommen.

Nicht in unserem Modell enthalten sind weitere Aspekte der individuellen Erwerbsbiografie wie etwa Arbeitslosigkeitserfahrung oder die Anzahl der bisherigen Beschäftigungsverhältnisse (England et al., 2002, S. 462) sowie die Dauer der *Berufszugehörigkeit* (keine Daten vorhanden). Auch haushaltsbezogene Variablen (wie in Hipp & Kelle, 2016) kommen nicht vor, da dies die Zahl der Länder im Sample aufgrund der Datenverfügbarkeit weiter verringert hätte (die Schweiz liefert keine solchen Daten). Für das Erwerbsnettoeinkommen der Vollzeitbeschäftigten, um das es hier geht, sollte der Haushalt allerdings auch wenn, dann nur via das Steuersystem eine Rolle spielen. Solange Haushaltsformen unabhängig von Berufen variieren, bleibt dies für die Analyse unproblematisch.

Auf Grundlage der geschilderten methodischen Überlegungen wenden wir uns im Folgenden der empirischen Untersuchung zu.

22 Auch wenn diese Zunahme bei Care-Berufen nicht die gleiche sein muss wie bei anderen Berufen (Budig et al., 2019, S. 306 ff.).

3. Wo stehen Care-Beschäftigte in der Einkommensverteilung?

In diesem Abschnitt werden deskriptive Analyseergebnisse dargestellt. Es geht also um Einkommensverteilung, wie sie sich tatsächlich darstellt. Wir schauen zunächst auf alle Care-Beschäftigten als Gesamtgruppe, danach unterscheiden wir zwischen einzelnen Care-Berufsgruppen. Es werden auch Unterscheidungen nach den beiden einkommensrelevanten Faktoren Bildung und Geschlecht vorgenommen.²³

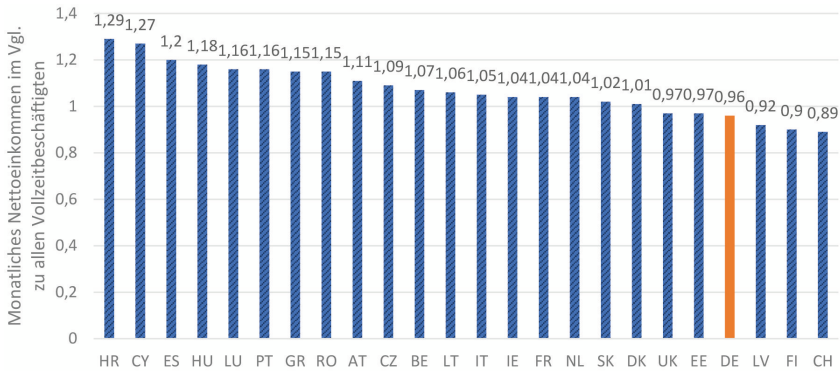
Der Gegenstand der Analyse sind relative Einkommen bzw. Einkommenspositionen. Sie resultieren aus dem Verhältnis monatlicher Nettoeinkommen von Care-Vollzeitbeschäftigten im Vergleich zu den monatlichen Nettoeinkommen aller Vollzeitbeschäftigten im selben Land und Jahr (ausführliche Erläuterung in 3.3.1). Wir betrachten die vier Jahre von 2016 bis 2019 und fassen über diesen Zeitraum alle Beobachtungen der EU-LFS-Daten zusammen, die unseren Sampling-Kriterien entsprechen (3.2).

3.1 Care-Beschäftigte als Gesamtgruppe

Wenn wir alle Beschäftigten aus den beobachteten Berufen und Branchen über alle 24 Länder unseres Samples als eine Gruppe zusammenfassen, so können wir feststellen, dass Care-Beschäftigte im Durchschnitt mehr verdienen als Vollzeitbeschäftigte in anderen Bereichen, zu denen auch sehr viele Dienstleistungsberufe z. B. in den Branchen Verkehr, Sicherheit, Gastgewerbe oder persönliche Dienstleistungen gehören. Ihr Einkommen liegt im Zeitraum von 2016 bis 2019 um rund 5 % bzw. fünf Prozentpunkte (P.p.) höher. Durch die Unterscheidung nach Land zeigt sich, dass Care-Beschäftigte nur in zwei von 24 Ländern rund 10 % weniger verdienen als der Durchschnitt der Vollzeitbeschäftigten, während sie in neun Ländern mindestens 10 % mehr verdienen (Abbildung 1). Die höchsten relativen Einkommen von Care-Beschäftigten finden sich in südosteuropäischen Ländern, aber auch in Luxemburg und Österreich wird relativ gut verdient. Deutschland befindet sich auf dem viertletzten Platz. Mit durchschnittlich 96 % der Durchschnittseinkommen haben Care-Beschäftigte hierzulande keinen Einkommensbonus. Noch einmal niedriger ist ihre relative Einkommensposition in Finnland und der Schweiz.

23 Die Darstellung bleibt aber deskriptiv. Die Wirkung einzelner Merkmale auf das Einkommen wird erst im nachfolgenden Abschnitt mit multivariaten Methoden isoliert.

Abbildung 1: Relative Einkommen der Beschäftigten in Care-Tätigkeiten nach Land, 2016–2019



Anmerkung: gewichtete Werte, nur Vollzeitbeschäftigte. Lesehinweis: Das monatliche Nettoeinkommen aller Vollzeitbeschäftigten wird als 1,00 normiert. Der Wert 1,29 steht für einen Einkommensvorteil der betrachteten Gruppen von 29 % oder auch 29 P.p. gegenüber diesen.

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Lightman (2021) unterscheidet Länder in ihrer eingangs erwähnten Studie nach Regimetyyp und stellt fest, dass der größte Einkommensnachteil von Care-Beschäftigten in Ländern mit korporatistischen Regimen (AT, DE, FR) und ein gewisser Nachteil in Ländern mit liberalen (AU, CA, CH, US) und sozialdemokratischen (DK, NL) Regimen besteht. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Löhnen für Care-Arbeit und Löhnen für Nicht-Care-Arbeit findet sie in Ländern des familialistischen Regimetyyps (ES, GR, IT). Unsere Ergebnisse stimmen damit bis zu einem gewissen Grad überein, da wir auch feststellen, dass Care-Beschäftigte in den letztgenannten Ländern Südeuropas eine relativ gute Einkommensposition haben. Dies könnte zum Teil auf die Arbeitsmarktstruktur zurückzuführen sein, da es in diesen Ländern weniger hoch bezahlte Jobs außerhalb des Care-Sektors gibt als in anderen Ländern. Unsere Ergebnisse bestätigen auch, dass Deutschland, die Schweiz, das Vereinigte Königreich und Dänemark zu den Ländern gehören, in denen Care-Arbeit weniger gut entlohnt wird als in anderen Ländern; in unserem Fall ist dies nicht etwa auf das Vorhandensein einer *wage penalty* zurückzuführen, sondern eher auf die Abwesenheit einer Lohnprämie für Care-Arbeit, wie sie sich – zumindest in der deskriptiven Gesamtbetrachtung – in anderen Ländern andeutet.

Unsere obigen Ergebnisse können nicht auf einzelne Care-Beschäftigte verallgemeinert werden und auch nicht auf Berufsgruppen in diesem Bereich. Da wir bisher alle 13 beobachteten Care-Berufsgruppen aggregiert haben, wurde von deren Einkommensunterschieden abstrahiert. Im Folgenden werden wir Berufsgruppen getrennt betrachten. Dies hat auch den Vorteil, dass die Ergebnisse nicht so sehr von der spezifischen Definition von Care-Arbeit abhängen.

3.2 Einkommen nach Beruf, Bildung und Geschlecht

In diesem Abschnitt unterscheiden wir die Gesamtheit der Care-Beschäftigten nach Berufsgruppen und nehmen eine separate Betrachtung je nach Bildungsniveau und Geschlecht vor. Es wird damit nicht der (mögliche) spezifische Einfluss dieser Faktoren auf das Einkommen nachgewiesen, sondern lediglich Einkommensunterschiede zwischen auf diese Weise abgegrenzten Beschäftigtengruppen beschrieben. (Dies kann allerdings Hinweise auf kausale Einflüsse geben, dem wird später in Abschnitt 5 weiter nachgegangen.)

3.2.1 Einkommen nach Care-Berufsgruppe

Abbildung 2 präsentiert die Einkommensposition jeder ausgewählten Berufsgruppe. Sowohl für Europa insgesamt als auch für Deutschland zeigen sich erhebliche Einkommensunterschiede zwischen den verschiedenen Bildungs-, Gesundheits- und sozialen Berufen.

In der länderübergreifenden Einkommenshierarchie sind Ärztinnen und Ärzte die Spitzenverdiener: Sie erhalten in den beobachteten Ländern durchschnittlich das 1,46-Fache dessen, was Vollzeitbeschäftigte im Durchschnitt verdienen – in Deutschland das 1,49-Fache. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dies noch zu niedrig angesetzt ist, da 63 % der beobachteten Ärzt:innen im 10. Einkommensdezil liegen. Dieses Dezil hat keine Obergrenze und enthält somit auch Personen mit sehr hohen Einkommen (Ausreißer).

Auf dem zweiten Platz der Einkommensleiter folgen die Hochschul-lehrer:innen mit einem Einkommensfaktor von 1,37 (Europa) bzw. 1,30 (Deutschland). Auch hier kann die tatsächliche Einkommensposition unterschätzt sein, da immerhin 38,6 % der Beobachtungen im obersten Einkommensdezil liegen. Zudem ist von starker Binnenheterogenität auszuge-

hen, da wir mit den vorliegenden Daten nicht zwischen Statusgruppen, d. h. zwischen Professor:innen und dem akademischen „Mittelbau“, unterscheiden können.

Auch Lehrkräfte an Sekundar-, Berufs- und Grundschulen verdienen in allen 24 europäischen Ländern unserer Stichprobe deutlich mehr als der Durchschnitt der Vollzeitbeschäftigten. Deutschland gehört zu den Ländern, in denen insbesondere Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich relativ gut verdienen (33,2 % mehr als deutsche Vollzeitbeschäftigte im Durchschnitt). Zwischen den in dieser Gruppe enthaltenen Erzieher:innen und Grundschullehrkräften dürfte es allerdings noch einmal Unterschiede geben, und auch innerhalb der Gruppe der Lehrkräfte, etwa nach Bundesländern (in einigen wenigen wird noch nach Besoldungsgruppe A12 gezahlt anstatt A13),²⁴ oder zwischen beamteten und angestellten Lehrkräften.

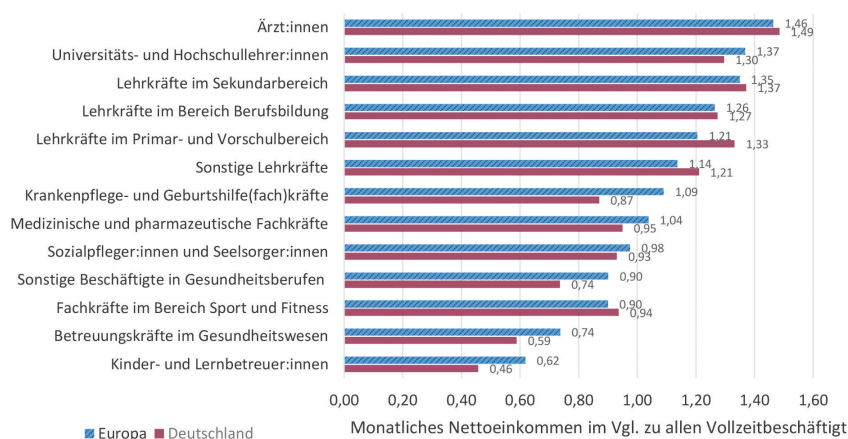
Auch die Gruppe der „sonstigen Lehrkräfte“, die sehr spezielle Fächer oder bestimmte Gruppen von Schüler:innen unterrichtet, verdient mehr als der Durchschnitt der Vollzeitbeschäftigten: In Deutschland (1,21) wiederum etwas besser als in Europa insgesamt (1,14). Es gibt zwei Gruppen im Bildungssektor, die länderübergreifend kein überdurchschnittliches Einkommen erzielen. Das sind „Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness“ mit 90,0 % und Kinder- und Lernbetreuer:innen, die mit nur 61,8 % des Durchschnittseinkommens ganz am unteren Ende der Verteilung liegen. Während der Einkommensnachteil in Deutschland im Bereich Sport und Fitness nicht ganz so groß ist, verdienen (vollzeitbeschäftigte) Kinder- und Lernbetreuer:innen hierzulande nur 45,7 % des Durchschnittseinkommens der Vollzeitbeschäftigten.

Betreuungskräfte im Gesundheitswesen sind die am zweitniedrigsten entlohnte Care-Berufsgruppe, mit 73,7 % der Vollzeitbeschäftigteneinkommen in Europa und sogar nur 58,8 % in Deutschland. Mit Blick auf die übrigen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich fällt zudem auf, dass in Deutschland geringere Einkommen bezogen werden als in Europa insgesamt: Dies gilt für Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte (87,0 % des Durchschnittseinkommens in DE, 109,0 % in Europa), für medizinische und pharmazeutische Fachkräfte (94,9 % vs. 103,8 %) und für sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen (73,6 vs. 90,1 %).

24 Besoldungstabellen siehe z. B. hier: https://www.nlbv.niedersachsen.de/bezuege_versorgung/besoldung/besoldungstabellen/besoldungstabellen-68435.html

Deutschland erscheint also zusammengenommen als ein Land, in dem niedrigbezahlte Care-Berufe besonders niedrig bezahlt werden, während die Einkommen hochbezahlter Berufe (Ärzt:innen, Hochschullehrer:innen) noch einmal leicht über dem europäischen Durchschnitt liegen. Davon abgesehen wird in Deutschland Arbeit im Bildungsbereich eher über dem europäischen Durchschnitt entlohnt – Arbeit im Gesundheitsbereich (abgesehen von Ärzt:innen) eher unterhalb.²⁵

Abbildung 2: Relative Einkommen von Care-Beschäftigten nach Berufsgruppe, 2016–2019 (%)



Anmerkung: Werte gewichtet, nur Vollzeitbeschäftigte; Europa: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Die Länderkontraste treten unter dem Aspekt noch stärker hervor, dass Deutschland in der Vergleichsgröße „Europa“ selbst mit enthalten ist und diese als größtes europäisches Land auch entsprechend beeinflusst. Würde Deutschland herausgerechnet werden, fielen die Unterschiede noch stärker aus.²⁶

25 Zudem herrscht im deutschen Gesundheitswesen eine größere Lohnspreizung zwischen niedrigst- und bestbezahlter Berufsgruppe als im Durchschnitt der Länder.

26 Der Zahlenwert für Europa wäre dann aber weniger repräsentativ.

3.2.2 Zusammensetzung der Care-Berufsgruppen

Einkommensunterschiede zwischen Berufsgruppen können mit der Zusammensetzung der Beschäftigten in Verbindung stehen. Beschäftigte in Care-Berufen unterscheiden sich von anderen Berufsgruppen besonders in Bezug auf die Merkmale Bildungsniveau und Geschlecht.

Aus den unteren beiden Zeilen von Tabelle 2 geht hervor, dass Vollzeitbeschäftigte in Care-Berufen sehr häufig weiblich sind: Während der Gesamtanteil der Frauen an den Vollzeitbeschäftigten in Europa 40,4 % beträgt, sind es unter den Care-Beschäftigten 75,5 % – also mehr als drei Viertel. In Deutschland liegen die Werte etwas niedriger, was daran liegt, dass hier Frauen besonders häufig in Teilzeit arbeiten, in der Tabelle also nicht enthalten sind.²⁷ Dennoch sind fast drei Viertel (73,5 %) der deutschen Care-Beschäftigten, die wir in unserer Analyse beobachten, weiblich.

Unter den einzelnen Berufsgruppen ist in Europa mit 92,8 % der mit Abstand höchste Frauenanteil bei den „Kinder- und Lernbetreuer:innen“ zu verzeichnen (Tabelle 2). Ebenfalls überwiegend weiblich sind „Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich“ mit 86,0 %, „Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte“ mit 82,0 %, „Betreuungskräfte im Gesundheitswesen“ mit 83,3 %, „Sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen“ mit 78,1 % und „Sozialpflegekräfte und Seelsorger:innen“ mit 75,5 %. Dies gilt näherungsweise auch so für Deutschland. Nur in der Gruppe der Kinder- und Lernbetreuer:innen ist der Frauenanteil mit 76,8 % (anstatt 92,8 %) hierzulande geringer. Nahezu ein Viertel der Vollzeitbeschäftigten in dieser Berufsgruppe sind in Deutschland Männer.

Unter den beobachteten 13 Berufsgruppen gibt es nur drei, in denen Männer in Europa in der Mehrheit sind: „Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung“ (48,2 % Frauen), Universitäts- und Hochschullehrkräfte (40,3 % Frauen) und „Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness“ (37,8 % Frauen). Deutschland verzeichnet in berufsbildenden Schulen etwas mehr als die Hälfte weibliche Beschäftigte (50,4 %). In den Hochschulen und Universitäten liegt der Anteil hingegen nur bei gut einem Drittel (34,4 %).

27 Es sei daran erinnert, dass wir ausschließlich abhängig Beschäftigte mit einer Wochenarbeitszeit zwischen 35 und 44 Stunden betrachten. Beschäftigte mit kürzeren oder längeren Arbeitszeiten oder Selbstständige können sich von der von uns beobachteten Population unterscheiden.

Tabelle 3: Geschlecht und Bildungsniveau der Care-Beschäftigten nach Berufsgruppe

Berufsgruppe	Weiblich (%)		Hochschulbildung (%)		Sekundarstufe I (%)	
	Europa	DE	Europa	DE	Europa	DE
Kinder- und Lernbetreuer:innen	92,8	76,8	22,5	18,6	17,8	27,4
Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	86,0	86,7	87,5	98,2	0,5	0,2
Lehrkräfte im Sekundarbereich	62,9	59,3	97,9	97,9	0,1	0,2
Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	48,2	50,4	84,6	82,3	1,1	1,1
Universitäts- und Hochschullehrer:innen	40,3	34,4	98,3	97,4	0,1	0,2
Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	37,8	38,4	56,5	53,7	8,7	11,6
Sonstige Lehrkräfte	71,6	68,2	83,9	83,2	1,7	1,3
Ärzt:innen	52,2	46,9	97,9	97,4	0,1	0,2
Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte	82,0	78,3	53,2	6,4	4,6	11,3
Betreuungskräfte im Gesundheitswesen	83,3	72,3	13,0	7,1	21,8	30,4
Medizinische und pharmazeutische Fachkräfte	71,5	82,4	56,7	11,7	1,4	3,7
Sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen	78,1	83,7	40,4	10,5	8,1	12,6
Sozialpfleger:innen und Seelsorger:innen	75,0	78,7	66,7	59,0	4,0	5,3
<i>Alle Beschäftigte im Care-Bereich</i>	75,5	73,5	59,2	40,7	6,8	8,5
<i>Alle Beschäftigte</i>	40,4	35,6	33,9	27,8	17,2	12,6

Anmerkung: gewichtete Werte, nur Vollzeitbeschäftigte

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Tabelle 2 weist ebenfalls für jede Berufsgruppe die Beschäftigtenanteile mit tertiärer und mit unterer Sekundarstufenbildung aus. In Europa insgesamt ist der Anteil der Vollzeit-Care-Beschäftigten mit einem Hochschulabschluss erstaunlich hoch: Es sind 59,2 % gegenüber nur 33,9 % bei allen Vollzeit-Beschäftigten. Nur 6,8 % der Care-Beschäftigten in Europa haben höchstens einen Abschluss der Sekundarstufe I, aber 17,2 % aller Beschäftigten. In Deutschland ist ebenfalls ein Bildungsvorsprung im Care-Bereich zu beobachten, doch ist er schwächer ausgeprägt: 40,7 % der Care-Beschäftigten haben einen Hochschulabschluss (und 27,8 % aller Beschäftigten). Dies hängt mit der in Deutschland starken Tradition beruflicher Bildung zusammen.

Für einige Berufe im Bildungsbereich ist in Deutschland wie auch in anderen Ländern so gut wie immer ein Hochschulabschluss nötig: Dazu zählen Lehrkräfte an weiterführenden Schulen und an Hochschulen bzw. Universitäten. Auch Lehrkräfte in der Berufsbildung und sonstige Lehrkräfte haben meist studiert. Ein Unterschied zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern ist bei den Lehrkräften im Primar- und Vorschulbereich zu beobachten. Hier liegt der Anteil mit tertiären Abschlüssen in Deutschland höher, mit 98,2 vs. 87,5 %. Dies mag überraschen, gibt es in Deutschland doch erst seit etwa 20 Jahren die Möglichkeit, den Erzieherberuf zu studieren. Auch wenn der Akademikeranteil in deutschen Kindertagesstätten ansteigt, liegt er 2016 erst bei 5 % und 2020 bei 6 % (Autorengruppe Fachkräftebarometer, 2021, S. 34). Die Erklärung für den hohen Wert von 98,2 % liegt in einer Anerkennung der Erzieherausbildung als gleichwertig zu einem Bachelorstudium.²⁸

Dagegen gehören „Kinder- und Lernbetreuer:innen“ und „Betreuungskräfte im Gesundheitswesen“ zu den Gruppen mit den geringsten Anteilen an Hochschulabschlüssen unter den Care-Berufen (Europa: 22,5 bzw. 13,0 %). Außerdem haben 17,8 % der ersteren und 21,8 % der letzteren maximal einen Hauptschulabschluss. In Deutschland liegen die Akademikeranteile hier noch etwas niedriger, die Anteile an Beschäftigten mit maximal unterem Sekundärabschluss hingegen um einige Prozentpunkte höher. Auch bei weiteren Berufsgruppen sehen wir in Deutschland ein niedrigeres Qualifikationsprofil als im Durchschnitt der untersuchten europäischen Länder: Dies gilt für Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte, von

28 Laut der „Zuordnung nationaler Bildungsprogramme zur ISCED 2011“ werden an „Ausbildungsstätten/Schulen für Erzieher/innen“ Qualifikationen erworben, die als „Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm“ gelten, d. h. ISCED 6 (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2011).

denen in Europa über die Hälfte (53,2 %), in Deutschland aber nur 6,4 % Akademiker:innen (oder äquivalent) sind.²⁹ Ähnlich sieht es bei „Medizinischen und pharmazeutischen Fachkräften“ und bei „Sonstigen Beschäftigten in Gesundheitsberufen“ aus. In diesen Berufen liegt der Anteil der Beschäftigten mit maximal Hauptschulabschluss in Deutschland hingegen höher als gemeinhin in europäischen Ländern (Tabelle 2).

3.2.3 Einkommen nach Bildungsniveau

Wir hatten oben bereits festgestellt, dass Beschäftigte im Care-Bereich in Europa insgesamt leicht überdurchschnittlich verdienen (Faktor 1,05), in Deutschland aber etwas unterdurchschnittlich (Faktor 0,96). Dies ist in Tabelle 3 in den Spalten „Gesamt“ zu sehen. Durch die Unterscheidung anhand des Bildungsniveaus zeigt sich nun ergänzend, dass sowohl in Europa als auch speziell in Deutschland bei den weniger qualifizierten Beschäftigten Entgeltlücken zuungunsten der Care-Beschäftigten vorliegen, während die Care-Beschäftigten mit hohen Bildungsabschlüssen hiervon nicht oder zumindest weniger betroffen sind.

In Europa verdienen Beschäftigte mit tertiärem Abschluss im Care-Bereich und außerhalb des Care-Bereichs durchschnittlich gleich viel (Monatseinkommen von 21 % mehr als der Durchschnitt der Vollzeitbeschäftigten). Auf dem Qualifikationsniveau des oberen Sekundarabschlusses verdienen sie hingegen unterdurchschnittliche Einkommen, insbesondere auf Care-Arbeitsplätzen. Bei Beschäftigten mit maximal Hauptschulabschluss ist das Einkommensniveau noch einmal deutlich niedriger und der Abstand zwischen Care- und Nicht-Care-Stellen mit 20 P.p. noch einmal deutlicher ausgeprägter. Diese Zahlen deuten nicht darauf hin, dass Qualifikation im Care-Bereich in Europa schlechter bezahlt wird als in anderen Arbeitsmarktsegmenten. Eher legen sie nahe, dass eine hohe Qualifikation Care-Beschäftigte vor Einkommensnachteilen schützen kann.

Speziell in Deutschland verdienen Care-Beschäftigte mit unterem Sekundarabschluss nur 39 % der Einkommen durchschnittlicher Vollzeitbeschäftigter, während sie im Nicht-Care-Bereich immerhin auf 64 % kommen, also 25 P.p. mehr. Hochschulabsolvent:innen verdienen außerhalb des Care-Bereichs mehr als innerhalb – obwohl natürlich in beiden Fällen dennoch mehr als der Durchschnitt der Beschäftigten (Faktor 1,27 bzw. 1,22).

29 Die Ausbildung von Hebammen wurde in Deutschland, als einem der letzten Länder Europas, zum 01.01.2020 akademisiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen: In Deutschland sind Beschäftigte mit niedrigen Bildungsabschlüssen einkommensmäßig schlechter gestellt als in Europa insgesamt. Dies gilt besonders im Care-Bereich. Höher Gebildete haben in Deutschland stärkere Lohnvorteile als in Europa insgesamt, besonders im Nicht-Care-Bereich.

Tabelle 4: Relative Einkommen von Care- und Nicht-Care-Beschäftigten nach Bildungsniveau, 2016–2019

	Europa				Deutschland			
	Sek. I	Sek. II	Tertiär	Gesamt	Sek. I	Sek. II	Tertiär	Gesamt
Alle Stellen	0,77	0,94	1,21	1,00	0,62	0,95	1,27	1,00
Care-Stellen	0,58	0,85	1,21	1,05	0,39	0,85	1,22	0,96
Andere Stellen	0,78	0,94	1,21	0,99	0,64	0,96	1,28	1,00

Anmerkung: Werte gewichtet, nur Vollzeitbeschäftigte; Europa: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

3.2.4 Einkommen nach Geschlecht

Im Folgenden behalten wir die wichtige Differenzierung nach Qualifikationsniveau bei, unterscheiden aber ergänzend zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten. Zunächst lässt sich feststellen, dass Männer im Arbeitsmarkt tendenziell höhere Einkommen erzielen als Frauen: In Europa liegt die Einkommenslücke der Vollzeitbeschäftigten auf Basis der hier angestellten Berechnungen durchschnittlich bei 12 P.p. (Männer: Faktor 1,05, Frauen: 0,93). In Deutschland ist sie mit 16 P.p. etwas größer (Männer: Faktor 1,06, Frauen: 0,90).

Eine geschlechtliche Einkommenslücke ist sowohl innerhalb als auch außerhalb des Care-Bereichs zu beobachten. Es mag zunächst überraschen, dass sie im Care-Bereich insgesamt etwas größer ist als im Nicht-Care-Bereich: In Europa liegt das Durchschnittseinkommen der Männer im Care-Bereich bei Faktor 1,18, von Frauen bei Faktor 1,01. Die Differenz liegt also bei 17 P.p. Außerhalb des Care-Bereichs liegt sie bei 14 P.p. Auch in Deutschland ist die Einkommenslücke innerhalb des Care-Bereichs zwischen Männern und Frauen größer als außerhalb (und in beiden Fällen ist sie etwas größer als in Europa insgesamt). Der Blick auf den Geschlechterunterschied der Einkommen auf jeder einzelnen Bildungsstufe zeigt jedoch ein anderes Bild: Das *gender pay gap* ist hier im Care-Bereich stets kleiner als außerhalb. Dies ist

durch eine ungleiche Verteilung von Frauen und Männern über die Bildungsstufen hinweg zu erklären. Im Care-Bereich sind Frauen in der Gruppe der Geringqualifizierten überrepräsentiert, Männer hingegen in der Gruppe der Hochqualifizierten. Letztlich sind die Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern auf jedem Bildungsniveau im Nicht-Care-Bereich ausgeprägter als im Care-Bereich. Dies lässt sich durch die stärker auf Gleichheit ausgerichtete Lohnfindung im öffentlichen Dienst erklären, in der Care-Arbeitsplätze häufig angesiedelt sind.

In Deutschland fällt im Care-Bereich die Einkommenslücke zwischen Männern und Frauen auf höheren Qualifikationsstufen größer aus als auf niedrigeren. Bei Beschäftigten mit max. Hauptschulabschluss ist sie mit 2. P.p. eher marginal, bei jenen mit tertiärem Abschluss beträgt sie hingegen 17 P.p. Männer mit Hochschulabschluss scheinen also besonders gute Einkommen zu erzielen. Dies könnte daran liegen, dass sowohl die zumeist weibliche Gruppe der Erzieher:innen (Bestandteil der Systematikposition „Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich“) als auch die überwiegend männliche Gruppe der Ärzt:innen (vgl. Tabelle 3) zur höchsten Ausbildungsstufe zählen, letztere aber im Vergleich deutlich mehr verdient.

Tabelle 5: Relative Einkommen von Männern und Frauen in Care- und Nicht-Care-Beschäftigung nach Bildungsniveau, 2016–2019

	Geschlecht	Europa				Deutschland			
		Sek. I	Sek. II	Tertiär	Gesamt	Sek. I	Sek. II	Tertiär	Gesamt
Alle Stellen	Männer	0,83	1,00	1,27	1,05	0,67	1,01	1,33	1,06
	Frauen	0,64	0,83	1,14	0,93	0,52	0,85	1,17	0,90
	<i>Lücke (P.p.)</i>	<i>0,19</i>	<i>0,17</i>	<i>0,13</i>	<i>0,12</i>	<i>0,16</i>	<i>0,17</i>	<i>0,17</i>	<i>0,16</i>
Care-Stellen	Männer	0,69	0,93	1,30	1,18	0,41	0,93	1,33	1,11
	Frauen	0,56	0,83	1,18	1,01	0,39	0,83	1,16	0,90
	<i>Lücke (P.p.)</i>	<i>0,13</i>	<i>0,10</i>	<i>0,12</i>	<i>0,17</i>	<i>0,02</i>	<i>0,10</i>	<i>0,18</i>	<i>0,21</i>
Andere Stellen	Männer	0,84	1,00	1,27	1,04	0,68	1,01	1,33	1,05
	Frauen	0,65	0,83	1,12	0,91	0,55	0,85	1,17	0,90
	<i>Lücke (P.p.)</i>	<i>0,19</i>	<i>0,17</i>	<i>0,14</i>	<i>0,14</i>	<i>0,13</i>	<i>0,16</i>	<i>0,17</i>	<i>0,16</i>

Anmerkung: Werte gewichtet, nur Vollzeitbeschäftigte; Europa: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Tabelle 4 erlaubt jenseits des Vergleichs der Einkommen zwischen Männern und Frauen in Care-Beschäftigung auch den Vergleich desselben Ge-

schlechts innerhalb und außerhalb des Care-Bereichs. Frauen verdienen in Europa auf Care-Arbeitsplätzen mehr als auf sonstigen Arbeitsplätzen (1,01 vs. 0,91). Das gleiche gilt für Männer (1,18 vs. 1,04). Dies kann wieder mit einem höheren Qualifikationsniveau im Care-Bereich zusammenhängen. Unterschieden nach Bildungsniveau, ist in der Gruppe mit tertiärem Bildungsabschluss in Europa immer noch ein leichter Lohnvorteil für Care-Beschäftigte zu finden (+3 P.p. bei Männern, +6 bei Frauen). Bei Männern mit einem Abschluss der Sekundarstufen I und II kann jedoch ein gewisser Lohnnachteil der Care- im Vergleich zu Nicht-Care-Beschäftigten beobachtet werden (-15 bzw. -7 P.p.). Bei den Frauen tritt ein Nachteil nur in der Gruppe mit Sekundarstufe I auf und er ist etwas kleiner (-9 P.p.).³⁰ Ähnlich wie Männer verdienen Frauen mit Hochschulabschlüssen (oder äquivalenten Abschlüssen) in Europa innerhalb des Care-Bereichs etwas besser als außerhalb.

Deutschland unterscheidet sich vom europäischen Durchschnitt hier wieder insofern, als das Niveau der Einkommen stärker als in Europa mit den Qualifikationsabschlüssen variiert (vgl. oben Tabelle 3). Tabelle 4 fügt dem noch hinzu, dass im untersten Qualifikationssegment von Care-Arbeit Männer zwar leicht besser verdienen als Frauen (Faktor 0,41 vs. 0,39), gegenüber Beschäftigten außerhalb des Care-Bereichs aber stärker lohnbenachteiligt sind. Männer mit maximal Hauptschulabschluss verdienen außerhalb des Care-Bereichs 68 % der durchschnittlichen Vollzeitinkommen und damit 27 P.p. mehr als im Care-Bereich. Bei Frauen fällt dieser Unterschied mit 16 P.p. aufgrund der geringeren Einkommen der Nicht-Care-Beschäftigten schmaler aus.

Im folgenden Abschnitt wechseln wir von der deskriptiven zur multivariaten Betrachtung der Einkommen. Die tatsächlichen Einkommenspositionen der Beschäftigten gehen nur aus der deskriptiven Betrachtung hervor, über die Bedingungsfaktoren kann hingegen die multivariate besser Auskunft geben.

30 Wohlgermerkt heißt dies aber nur, dass auf Sekundarstufe II keine Benachteiligung durch Care-Beschäftigung vorliegt. Absolut gesehen verdienen Frauen mit diesen Bildungsabschlüssen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Care-Bereichs 83 % des Durchschnittseinkommens von Vollzeitbeschäftigten und damit deutlich weniger als Männer.

4. Welche Faktoren wirken auf das Einkommen?

Im Unterschied zur deskriptiven Betrachtung bereinigen wir in diesem Abschnitt die Einkommensdifferenzen der beobachteten Beschäftigtengruppen von Strukturunterschieden. Damit werden der Einfluss, den der Beruf *an sich* auf das Einkommen nimmt, sowie die Einflüsse der anderen Faktoren deutlich gemacht. Wir nutzen hierfür lineare Regressionsmodelle, deren abhängige Variable stets die relative Einkommensposition der Beschäftigten ist. Unsere zentrale unabhängige Variable ist die Berufsgruppe (4.1). Kontrollvariablen sind verschiedene persönliche Merkmale der Beschäftigten und Eigenschaften der Arbeitsstelle (4.2).³¹ Der Maßstab, auf den sich alle Koeffizienten beziehen, ist stets das Durchschnittseinkommen *aller* Vollzeitbeschäftigten.

4.1 Einkommenseffekte von Care-Berufen

Zunächst analysieren wir Berufseffekte in allen europäischen Ländern unseres Samples (4.1.1) und dann den Unterschied zwischen Deutschland und Europa (4.1.2).

4.1.1 Europa insgesamt

Wir betrachten im Folgenden stets den Einkommensunterschied der Care-Berufsgruppen in Bezug zu den Nicht-Care-Beschäftigten. Abbildung 3 stellt dies für den Zeitraum von 2016 bis 2019 quer über alle 24 europäischen Sample-Länder dar. Der durch blaue Balken dargestellte deskriptive Einkommensunterschied dient als Vergleichswert für unsere Modell-schätzungen.³² Das in gelben Balken dargestellte, volle Modell schätzt die residualen Einkommenseffekte von Berufsgruppen, wenn für den Einfluss der

31 Zudem wird in Modellen, die alle 24 beobachteten Länder enthalten, für Land und Beobachtungsjahr kontrolliert und in Modellen, die nur ein Land enthalten, nur für das Beobachtungsjahr.

32 Um als Vergleichswert für die Schätzkoeffizienten dienen zu können, muss die Kontrastgruppe die der Nicht-Care-Beschäftigten sein. Die Werte fallen somit etwas anders aus als in Abschnitt 3, wo mit *allen* Vollzeitbeschäftigten (inkl. Care-Bereich) verglichen wurde. Diese deskriptiven Angaben in Prozentpunkten beziehen sich hier auf die absolute Differenz zwischen Care- und Nicht-Care-Beschäftigten. Beispiel: Erstere liegen X % über dem Durchschnitt aller Beschäftigten, letztere Y % darunter,

persönlichen und arbeitsstellenbezogenen Merkmale kontrolliert wurde, die wir mit den uns zur Verfügung stehenden Daten beobachten.

Dies bedeutet, dass auch für Bildungsniveau, Arbeitszeitgestaltung und Führungsverantwortung kontrolliert wird.³³ Es lässt sich einwenden, dass für diese letztgenannten Merkmale gilt, dass sie mit dem Beruf selbst in enger Verbindung stehen, also nicht ohne Weiteres von ihnen abstrahiert werden kann. Z. B. könnten Ärzt:innen nicht praktizieren, ohne über ein umfangreiches Wissen zu verfügen, das sie in einem langen Studium erworben haben. Mit ihrem Beruf geht ferner das Ausüben einer Leitungsposition und ein gelegentlicher oder häufiger Einsatz außerhalb von Büroarbeitszeiten einher.

Andere Eigenschaften der realen Gruppe der Ärzt:innen sind hingegen nicht untrennbar mit dem Beruf verbunden: So könnte im Prinzip die gesamte Berufsgruppe entweder nur weiblich oder nur männlich sein, entweder alle befristet oder alle unbefristet beschäftigt sein, alle in kleinen oder großen Organisationen arbeiten.³⁴ Ein zweites Regressionsmodell (fliederfarbener Balken in Abbildung 3) kontrolliert deshalb nur für solche „kontingente“ Faktoren und belässt damit die Einflüsse der berufsverbundenen Merkmale (Bildungsniveau, Arbeitszeitgestaltung und Führungsverantwortung) beim Schätzkoeffizienten des Berufs. Da diese Merkmale aber auch für getätigte Investitionen bzw. Anstrengungen der Beschäftigten stehen, spiegeln die von diesem Modell geschätzten Einkommensdifferenzen der Berufsgruppen teilweise auch „verdiente“ Einkommensvorteile bzw. -nachteile wider.³⁵

In Abbildung 3 sind die Care-Berufsgruppen je nach der tatsächlichen, d. h. deskriptiv beobachtbaren relativen Einkommensposition absteigend sortiert. Die Mehrheit weist ein Durchschnittseinkommen auf, das sich deutlich von dem der Nicht-Care-Beschäftigten unterscheidet. Für fast alle Gruppen ergeben auch die beiden Schätzmodelle signifikante Einkommenseffekte der Care-Berufe (wo nicht signifikant, werden keine Balken abge-

somit ist der Abstand zwischen Care- und Nicht-Care-Beschäftigten, gemessen an diesem Maßstab, $|X|+|Y|$ P.p.

33 Es wird diesen Faktoren dabei – vereinfachend – quer über alle Berufsgruppen dieselbe „Rendite“ zugemessen.

34 Es wird hier nicht gesagt, dass dies überhaupt keinen Unterschied machen würde, sondern nur, dass die Berufsgruppe – so oder so – ihre Funktion grundsätzlich ausüben könnte.

35 Die Differenz zwischen den beiden Schätzkoeffizienten (fliederfarben minus Gelb) zeigt die Einkommensdifferenz an, die durch die genannten „berufsnotwendigen“ Unterschiede der Investitionen durch die Beschäftigten erklärt werden kann.

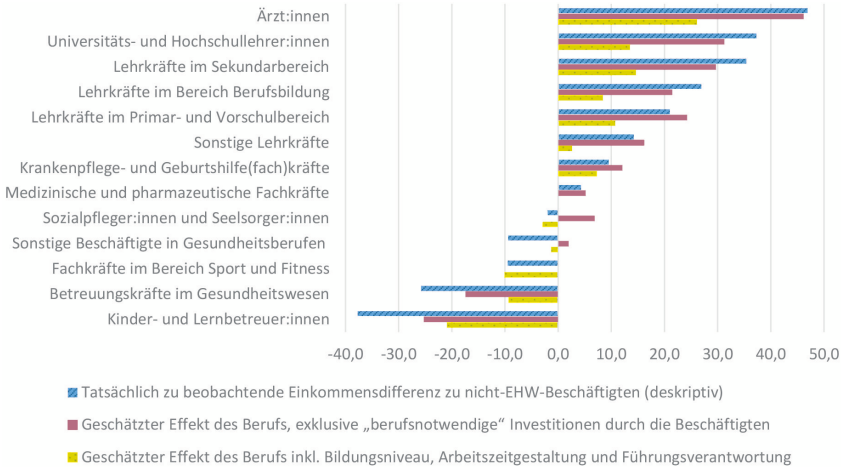
bildet). Diese üben also offensichtlich einen Einfluss auf die Einkommen aus, der nicht allein auf die Zusammensetzung der Berufsgruppen zurückzuführen ist.

Das volle Schätzmodell, das auch die Wirkung von Bildungsniveau, Arbeitszeitgestaltung und Führungsverantwortung vom Berufs-Einkommenseffekt abtrennt, ergibt für Letzteren meist kleinere Koeffizienten als das Modell ohne Investitionen der Beschäftigten. Teile der Einkommensunterschiede zwischen Berufen sind also auf Investitionen durch die Beschäftigten zurückzuführen bzw. durch sie zu legitimieren. Dies zeigt sich einerseits bei Berufsgruppen mit besonders hohen Bildungsniveaus, für die im vollen Modell (gelbe Balken) ein geringerer Einkommensbonus des Berufs geschätzt wird als im partiellen (fliederfarbener Balken). Dies gilt aber auch für Kinder- und Lernbetreuer:innen sowie für Betreuungskräfte im Gesundheitswesen, die im Durchschnitt weniger formale Qualifikation und Führungsverantwortung haben und deren berufsbezogener Einkommensnachteil unter Berücksichtigung ebendieser Umstände geringer eingeschätzt wird. Es bleibt dennoch bei diesen letzteren Berufsgruppen, ebenso wie bei Fachkräften im Bereich Sport und Fitness,³⁶ nach Berücksichtigung aller Faktoren ein signifikanter Einkommensnachteil bestehen.

Dass bereits das partielle Schätzmodell für die niedrig-qualifizierten Betreuungsberufe einen geringeren Einkommensmalus ausgibt als deskriptiv beobachtbar, ist auf eine auch ansonsten „ungünstige“ Zusammensetzung dieser Berufsgruppen zurückzuführen. D. h. ein Vorherrschen von Merkmalen, die im Arbeitsmarkt mit Einkommensnachteilen einhergehen. Wie wir weiter unten sehen werden, wird etwa dem Merkmal „weiblich“ ein negativer Koeffizient attribuiert. Dieser Nachteil wird in beiden Schätzmodellen vom (negativen) Einkommenseffekt der frauendominierten Berufe abgezogen, so sich dieser Einkommenseffekt nun als weniger negativ darstellt.

36 Diese Berufsgruppe ist offensichtlich *gerade* vor dem Hintergrund der Investitionen der Beschäftigten niedrig bezahlt.

Abbildung 3: Einkommensdifferenz zwischen Care-Beschäftigten und anderen Beschäftigten nach Berufsgruppe, Europa¹, 2016–2019 (P.p.)



Anmerkung: gewichtete Schätzung mittels OLS; alle Schätzkoeffizienten signifikant unterschiedlich von 0 bei mindestens $p=0,05$; nur Vollzeitbeschäftigte; ¹berücksichtigte Länder: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

Die einkommensstärksten Care-Berufsgruppen genießen auch nach Kontrolle für Struktureffekte und Investitionen der Beschäftigten einen Einkommensvorteil qua ihres Berufs. Wenn z. B. beim Beruf der Ärzt:innen die Aufwände nicht berücksichtigt werden, sondern nur die sonstigen persönlichen, beruflichen und kontextuellen Merkmale konstant gehalten werden, dann impliziert die Tatsache, Ärzt:in zu sein, ein Einkommen, das durchschnittlich um 46,1 P.p. über dem Einkommen von Nicht-Care-Beschäftigten liegt. Werden jedoch auch die meist tertiären Bildungsabschlüsse (Tabelle 2), die Wochenend- und Nachtarbeit sowie die Führungsverantwortung berücksichtigt, schrumpft der Einkommensbonus, der dem Arztberuf zugeschrieben wird, auf 26,1 P.p. Das Phänomen beruflicher Schließung (1.1.4), z. B. durch Lizensierung (Approbation) und eine starke Vertretung von Berufsinteressen, kommen hier als Erklärung infra-

ge.³⁷ Auch die nach Kontrolle verbleibenden Einkommensprämien von Universitäts- und Hochschullehrkräften und Lehrkräften im Sekundarbereich können etwa durch berufliche Schließung erklärt werden, sind diese Berufe doch – wenn auch nicht per Gesetz geschützt – nur Bewerber:innen mit entsprechenden Zertifikaten zugänglich.³⁸ Umgekehrt könnten sich die Einkommensnachteile der Assistenz Tätigkeiten in der Betreuung dadurch erklären, dass diese Arbeitsplätze im Prinzip für „jedermann“ erreichbar sind. Bildlich gesprochen sind diese Einkommensnachteile wie ein kalter Luftzug durch eine stets offen stehende Tür zu diesen Berufen.

4.1.2 Deutschland im Vergleich zu Europa

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf das volle Schätzmodell und führen den Vergleich zwischen Deutschland und Europa weiter. Zunächst betrachten wir, wie sich residuale Berufseffekte auf das Einkommen unterscheiden.

Der Eindruck eines im internationalen Vergleich gut bezahlten Bildungspersonals in Deutschland bestätigt sich: Wir beobachten hierzulande stets einen besseren verbleibenden Einkommenseffekt nach Bereinigung für Kompositionseffekte. Besonders gilt dies im Primar- und Vorschulbereich: Im Durchschnitt europäischer Länder erhalten die Vollzeitbeschäftigten hier *ceteris paribus* um 10,7 P.p. höhere Monatseinkommen als Vollzeitbeschäftigte in Nicht-Care-Jobs, in Deutschland sogar 20,6 P.p. mehr. Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness sind in Deutschland zudem, im Gegensatz zu Europa insgesamt, kaum einkommensbenachteiligt. Im Bereich der Berufsbildung liegen die Einkommenseffekte in Deutschland gleichauf mit den europäischen – in beiden Fällen zeigt sich ein positiver Einkommenseffekt des Berufs. Anders verhält es sich bei Kinder- und Lernbetreuer:innen, für deren Beruf sowohl für Europa als auch speziell für Deutschland negative Einkommenseffekte geschätzt werden. In Deutschland ist der Betrag dieser negativen Effekte allerdings geringer.

37 Dies kann dann auch so interpretiert werden, dass Ärzt:innen höhere Renditen auf ihre Bildungsinvestitionen bekommen. Im Modell ist ein einheitlicher Einkommenseffekt für tertiäre Bildung quer über alle Beschäftigten angenommen. Abweichungen davon gehen in den geschätzten Koeffizienten des Berufs ein.

38 Je nach Land kann sich hier auch ein Beamtenstatus positiv niederschlagen. Dieser könnte auch erklären, warum Sekundarschullehrer:innen gleichauf mit oder sogar noch vor „Universitäts- und Hochschullehrer:innen“ liegen. In letzterer Gruppe dürften der Anteil der Verbeamteten aufgrund der Vermischung von Professor:innen und Mittelbau niedriger liegen (Befristung und Dienstalter sind hingegen vom Modell berücksichtigt).

Betreuungskräfte im Gesundheitswesen erfahren in Deutschland (-13,2 P.p.) eine größere Lohnbenachteiligung als im europäischen Durchschnitt (-9,3 P.p.). Damit sind sie in Deutschland in etwa so einkommensbenachteiligt wie Kinder- und Lernbetreuer:innen, wenn in Bezug auf Kompositionseffekte kontrolliert wird. Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte haben in Deutschland allenfalls nur leichte Einkommensvorteile gegenüber Nicht-Care-Beschäftigten, verdienen in Europa jedoch hingegen 7,2 P.p. mehr. Das residuale Einkommensplus des Arztberufs fällt in Deutschland (30,4 P.p.) höher aus als in Europa insgesamt (26,1 P.p.).

Für einige weitere Care-Berufsgruppen zeigen sich in Deutschland und Europa zwar statistisch signifikante, aber vom Betrag her eher kleine Einkommenseffekte. Abstrahiert man von persönlichen und arbeitsstellenbezogenen Merkmalen, verdienen „Medizinische und pharmazeutische Fachkräfte“, „Sozialpfleger:innen und Seelsorger:innen“ und „Sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen“ in etwa so wie Vollzeitbeschäftigte in Nicht-Care-Berufen.

Tabelle 6: Multivariate Schätzung von Einkommensdeterminanten, volles Modell, 2016–2019 (Teil 1)

Determinanten	Europa ¹	Deutschland	
Berufsgruppen (Ref.: alle anderen Beschäftigten)	Kinder- und Lernbetreuer:innen	-0,209***	-0,115***
	Lehrkräfte im Primar- und Vorschulbereich	0,107***	0,206***
	Lehrkräfte im Sekundarbereich	0,146***	0,167***
	Lehrkräfte im Bereich Berufsbildung	0,084***	0,082***
	Universitäts- und Hochschullehrer:innen	0,135***	0,146***
	Fachkräfte im Bereich Sport und Fitness	-0,100***	-0,035
	Sonstige Lehrkräfte	0,026***	0,069***
	Ärzt:innen	0,261***	0,304***
	Krankenpflege- und Geburtshilfe(fach)kräfte	0,072***	0,019***
	Betreuungskräfte im Gesundheitswesen	-0,093***	-0,132***
	Medizinische und pharmazeutische Fachkräfte	-0,004	0,024**
	Sonstige Beschäftigte in Gesundheitsberufen	-0,013***	-0,035***
	Sozialpfleger:innen und Seelsorger:innen	-0,029***	-0,022***

Anmerkung: gewichtete Schätzung mittels OLS; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; nur Vollzeitbeschäftigte; ¹ berücksichtigte Länder: AT, BE, CH, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, NL, PT, RO, SK, UK; Tabelle wird weiter unten fortgesetzt

Quelle: EU-LFS, eigene Berechnungen

4.2 Weitere einkommensrelevante Faktoren

Betrachten wir im Folgenden, wie sich persönliche und arbeitsstellenbezogene Merkmale in Deutschland und Europa – ggf. unterschiedlich – auf die Nettoeinkommen der Vollzeitbeschäftigten auswirken. Wie oben bereits diskutiert, können etwa Implikationen des Geschlechts zwischen Ländern durchaus unterschiedlich sein. Somit erhalten Kontrollvariablen im Modell auch Koeffizienten, die in Deutschland und in Europa nicht unbedingt dieselben sind.³⁹

Zunächst ist zu bemerken, dass sich alle persönlichen und stellenbezogenen Merkmale, die Teil der Regressionsmodelle sind, als statistisch hoch signifikant erweisen. Dies ist nicht allein auf ihre Relevanz für die Erklärung der Einkommen zurückzuführen, sondern auch auf die hohe Fallzahl im Sample. Wie die geschätzten Koeffizienten der Kontrollvariablen inhaltlich zu interpretieren sind, hängt von den Ausprägungen der Variablen ab. Werden verschiedene (nominale oder ordinale) Ausprägungen mit einer Referenzkategorie verglichen, so verhält es sich wie oben bei den Berufsgruppen: Der Koeffizient gibt den Unterschied in Bezug auf die abhängige Variable (Einkommensposition) an, wenn das Merkmal die betreffende Ausprägung und nicht die der Referenz hat. In allen anderen Fällen können Koeffizienten als Ausmaß der Änderung der relativen Einkommensposition bei einer Änderung der unabhängigen Variablen um eine Einheit interpretiert werden.⁴⁰

4.2.1 Persönliche Merkmale

Was die *persönlichen Merkmale* anbelangt, so werden Bildungsniveau, Geschlecht, Alter und Migrationserfahrung in das Modell einbezogen. Das Modell bestätigt die bekannte Tatsache, dass das Einkommen in Deutschland relativ eng mit der formalen Qualifikation verknüpft ist: Ein tertiäres *Bildungsniveau* wirkt sich in Deutschland etwas positiver, eines von maximal Hauptschulabschluss stärker negativ auf das Einkommen aus als in Europa insgesamt (vgl. Eurofound, 2017, S. 53 und 56). Die ebenfalls bekannte Tatsache, dass Frauen für ihre Arbeit schlechter entlohnt werden als Männer,

39 Das bedeutet auch, dass die Einkommenseffekte der Berufe, die im vorangegangenen Abschnitt untersucht wurden, zwar für dieselben Faktoren kontrolliert wurden, diesen Faktoren aber ein unterschiedlicher Einfluss zugemessen wurde.

40 Ein Koeffizient von 0,100 für eine Dummy-Variablen würde bspw. bedeuten, dass das Einkommen für Beobachtungen, die mit eins kodiert sind, um zehn Prozentpunkte höher liegt als für Beobachtungen, die mit null kodiert sind.

spiegelt sich ihrerseits im Modell wider: Das Merkmal *weiblich* ist im Mittel der europäischen Sample-Länder mit einem um 13,3 P.p. niedrigeren Monatsnettoeinkommen (am Maßstab aller Vollzeitbeschäftigten) verbunden – in Deutschland sind es -12,2 P.p.⁴¹ Das *Alter* steht grundsätzlich in einem positiven Zusammenhang mit dem Einkommen, der Effekt nimmt allerdings in höherem Alter ab. *Migrant:innen* erzielen tendenziell niedrigere Einkommen als Einheimische. Der Effekt variiert mit der bisherigen Dauer des Aufenthalts im Zielland: In Europa insgesamt haben gegenüber den Einheimischen insbesondere Migrant:innen mit einer mittleren bisherigen Aufenthaltsdauer einen Einkommensnachteil. Dies kann etwa mit nicht beobachteten Unterschieden zwischen den Migrationswellen oder Langfristeffekten des historischen Zeitpunkts der Einwanderung zusammenhängen. In Deutschland erscheint der Einkommensnachteil von Migrant:innen gegenüber Einheimischen insgesamt geringer und nimmt mit der Aufenthaltsdauer stetig ab. Für die am längsten Ansässigen verkehrt er sich sogar ins Gegenteil, wenn für alle anderen beobachteten Merkmale kontrolliert wird.

Tabelle 7: *Multivariate Schätzung von Einkommensdeterminanten, volles Modell, 2016–2019 (Teil 2)*

Zusätzliche Determinanten		Europa ¹	Deutschland
...	
<i>Persönliche Merkmale</i>			
Bildungsabschluss (Ref.: obere Sekundarstufe)	Niedrig: untere Sekundarstufe	-0,130***	-0,162***
	Hoch: tertiär oder äquivalent	0,231***	0,244***
Geschlecht: weiblich (Ref.: männlich)		-0,133***	-0,123***
Alter	Jahre	0,030***	0,032***
	Jahre ²	-0,000***	-0,000***
Aufenthalt im Land seit? (Ref.: im Land geboren)	5 Jahre oder weniger	-0,046***	-0,044***
	6 bis 10 Jahre	-0,068***	-0,030***
	11 bis 24 Jahre	-0,074***	-0,017***
	25 Jahre oder länger	-0,018***	0,019***
...	

Anmerkung: Die Tabelle wird weiter unten fortgesetzt.

41 Es sei darauf hingewiesen, dass die tendenziell unterschiedliche Berufswahl von Frauen und Männern in dem Modell nur teilweise kontrolliert wird, da es nur EHW-Berufen erfasst.

4.2.2 Arbeitsstellenbezogene Merkmale

Eine Reihe einkommensrelevanter Merkmale hat mit der Arbeitsstelle, d. h. der Jobbeschreibung oder dem Arbeitgeber zu tun. Eine *Leistungsposition* ist positiv mit dem Einkommen verbunden – sie führt zu einer um 14,0 P.p. (Europa) bzw. 13,0 P.p. (Deutschland) höheren Einkommensposition, gemessen am Einkommensdurchschnitt der Vollzeitbeschäftigten. *Nacht- oder Schichtarbeit* wirken sich ebenfalls positiv aus, allerdings in deutlich geringerem Maße. Wider die Erwartung verdienen Beschäftigte, die teilweise an *Wochenenden* arbeiten, weniger als solche, bei denen dies nicht vorkommt. Dies kann auf unbeobachtete berufliche Unterschiede zurückgeführt werden in dem Sinne, dass hochbezahlte Nicht-Care-Berufe (z. B. in der Verwaltung) tendenziell häufiger ohne Wochenendarbeit auskommen als niedrigbezahlte (z. B. Gastronomie) – von Schichtarbeit ganz zu schweigen. Akademiker:innen sind von solchen ungünstigen Arbeitszeitlagen eher selten betroffen. Eine längere *Betriebszugehörigkeit*, d. h. Dauer der Beschäftigung beim selben Arbeitgeber, steht in einem positiven Zusammenhang mit dem Einkommen. Dieser Effekt ist im europäischen Durchschnitt etwas stärker ausgeprägt als in Deutschland. *Befristete Beschäftigung* wirkt deutlich negativ auf das Monatseinkommen, *Zeitarbeit* in etwas geringerem Maße ebenfalls. Letztere Effekte sind in Deutschland etwas stärker ausgeprägt als in Europa insgesamt.

In Bezug auf den Arbeitgeber zeigt das Modell, dass in größeren Unternehmen tendenziell mehr verdient wird. Im Vergleich zu kleinen Unternehmen (mit nicht mehr als zehn Beschäftigten) wird in Unternehmen mit 50 oder mehr Beschäftigten in Europa 13,8 P.p. (des Durchschnittseinkommens von Vollzeitbeschäftigten) mehr verdient. In Deutschland sogar 17,3 P.p.

In Großstädten liegen die Einkommen in der Regel zwar höher als in weniger dicht besiedelten Städten und Vorstädten, allerdings ist dieser Zusammenhang in Deutschland schwächer ausgeprägt als im Durchschnitt der Länder Europas. In ländlichen Gebieten werden tendenziell die geringsten Einkommen verdient. (Die Lebenshaltungskosten sind allerdings auch niedriger.)

Tabelle 8: Multivariate Schätzung von Einkommensdeterminanten, volles Modell, 2016–2019 (Teil 3)

Zusätzliche Determinanten		Europa ¹	Deutschland
...	
Leitungsposition (Ref.: nein)		0,140***	0,130***
Nacht- oder Schichtarbeit (Ref.: nein)		0,013***	0,015***
Wochenendarbeit (Ref.: nein)		-0,054***	-0,045***
Dauer der Betriebszugehörigkeit bisher (Ref.: 0 bis 1 Jahr)	2 bis 4 Jahre	0,022***	0,012***
	5 bis 9 Jahre	0,065***	0,059***
	10 bis 19 Jahre	0,107***	0,093***
	20 Jahre oder länger	0,197***	0,175***
Befristete Beschäftigung (Ref.: nein)		-0,171***	-0,221***
Zeitarbeit (Ref.: nein)		-0,007*	-0,064***
Übliche Wochenarbeitszeit	Stunden	0,100***	-0,098***
	Stunden ²	-0,001***	0,001***
Größe des Unternehmens (Ref.: 1 bis 10 Personen)	11 bis 19 Personen	0,051***	0,038***
	20 bis 49 Personen	0,075***	0,073***
	50 Personen und mehr	0,138***	0,173***
Urbanitätsgrad (Ref.: (Vor-)Städte: mittl. Grad)	Großstädte (dicht besiedelt)	0,024***	0,004***
	Ländlicher Raum (dünn besiedelt)	-0,028***	-0,036***
Konstante		-2,015***	1,962***
N		2 615 546	512 053
R ²		0,383	0,506

Anmerkung: Aus Platzgründen nicht dargestellt sind die Kontrollvariablen für das Erhebungsjahr und (im Modell für ganz Europa) das Land und Land*Jahr.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Dieser letzte Abschnitt fasst zunächst die empirischen Ergebnisse der Untersuchung zusammen. Dann werden einige Einschränkungen angesprochen, was deren Reichweite angeht. Insbesondere geben wir einen Überblick über Veränderungen, die seit Ende der Datenreihe, also ab 2020, die Einkommen der untersuchten Beschäftigtengruppen verändert haben können.

5.1 Große Einkommensheterogenität, teils aufgrund unterschiedlicher Investitionen der Beschäftigten

Die Untersuchung in diesem Kapitel gilt den monatlichen Nettoeinkommen abhängig Beschäftigter (einschließlich Beamter), die in Vollzeit (35 bis 44 Stunden pro Woche) im Care-Bereich arbeiten. Wir betrachten diese für Deutschland und 23 weitere europäische Länder in den Jahren 2016 bis 2019 auf Basis der Arbeitskräfteerhebung der EU (EU-LFS). Im Care-Bereich unterscheiden wir die Tätigkeitsbereiche Bildung, Gesundheit und Soziales und in diesen wiederum unterschiedliche Berufsgruppen (im Sinne der ISCO).

Zwar sind alle Care-Beschäftigten *per definitionem* mit Aufgaben betraut, die zur Erhaltung bzw. Entwicklung von Fähigkeiten der Dienstleistungsnehmenden beitragen jedoch arbeiten sie mit verschiedenen Kunden-, Klienten- bzw. Patientengruppen und üben im Rahmen der Arbeitsteilung, z. B. innerhalb eines Krankenhauses, unterschiedliche Aufgaben aus. Ebenso unterscheiden sich die persönlichen Merkmale der Berufsgruppen. So sind bspw. im Durchschnitt der 24 betrachteten Länder 92,8 % der vollzeitbeschäftigten (!) Kinder- und Lernbetreuer:innen weiblich (Deutschland: 76,8 %), aber nur 52,2 % der Ärzt:innen (DE: 46,9 %) und 40,3 % der Universitäts- und Hochschullehrkräfte (DE: 34,4 %). Der Anteil der Berufsgruppe mit Hochschulabschluss reicht von 98,3 % bei Universitäts- und Hochschullehrkräften (DE: 97,4 %) bis zu 13,0 % bei Betreuungskräften im Gesundheitswesen (DE: 7,1 %). Auch Merkmale der Arbeitsverträge und Eigenschaften der Arbeitgeber unterscheiden sich, etwa ob Leitungsfunktionen ausgeübt werden und ob vorrangig in großen Organisationen gearbeitet wird (beides z. B. häufig bei Ärzt:innen, aber selten bei Erzieher:innen der Fall).

Teilweise sind diese Unterschiede kausal mit dem Erwerbseinkommen verknüpft. Wir wählen deshalb zwei unterschiedliche Ansätze der Analyse: Einen deskriptiven, der Einkommensunterschiede so berichtet, wie sie tatsächlich sind, und einen multivariaten, der Einkommenseffekte der Berufe an sich isoliert von Einkommenseffekten anderer Eigenschaften betrachtet, die sich zwischen den beobachteten Personengruppen oder ihren Arbeitsstellen unterscheiden. Einkommen messen wir, indem wir das durchschnittliche Einkommen einer beobachteten Gruppe von Arbeitnehmer:innen ins Verhältnis zum mittleren Einkommen aller Beschäftigten im selben Land und Jahr setzen. Daraus ergibt sich ein Einkommensfaktor bzw. eine relative Einkommensposition größer oder kleiner als eins.

Zunächst zu den deskriptiven Befunden: Care-Arbeit ist in Europa nicht generell schlecht bezahlt: Care-Vollzeitbeschäftigte als Gesamtgruppe verdienen im Durchschnitt der beobachteten Länder in den Jahren 2016 bis 2019 sogar etwa 5 % *mehr* als Vollzeitbeschäftigte insgesamt. In Deutschland sind es hingegen 4 % *weniger*. Zusammen mit Lettland, Finnland und der Schweiz gehört Deutschland somit zu den Ländern, in denen Care-Beschäftigte etwas weniger gute Einkommenspositionen innehaben. Die besten Care-Einkommen finden sich vorrangig in südosteuropäischen Ländern. Ursächlich für diese Länderunterschiede der *relativen* Einkommenspositionen muss jedoch nicht das Entlohnungsniveau der beruflichen Tätigkeiten an sich sein – auch strukturelle Gründe kommen infrage: Es könnten in starken Volkswirtschaften (wie eben in CH, DE, FI) besonders viele Personen in gut bezahlten sonstigen Berufsgruppen arbeiten und die Care-Beschäftigten sozusagen „überschichten“ (während es in Ländern ohne starke Industrie-, Finanz- oder IT-Branchen umgekehrt ist).⁴² Gleichwohl gilt natürlich, dass Care-Beschäftigte in ihrer jeweiligen Gesellschaft von ihren absoluten Einkommen leben (können müssen) und dass die Chance hierzu die Berufswahl und Berufstreu beeinflussen kann.

Ärzt:innen stehen eindeutig an der Spitze der Einkommenshierarchie der Care-Berufsgruppen. Sie beziehen aus ihrer Arbeit ein monatliches Nettoeinkommen, das mindestens um 46 % höher ist als das durchschnittliche Einkommen von Vollzeitbeschäftigten in den 24 beobachteten Ländern. In Deutschland liegt es mit +49 % noch einmal leicht höher als im Länderdurchschnitt.⁴³ Knapp hinter den Ärzt:innen folgen Universitäts- und Hochschuldozent:innen, ihrerseits gefolgt von Lehrkräften der Sekundar-

42 Eine alternative Analysestrategie, die alle Berufsgruppen unabhängig von der Zahl ihrer Mitglieder gleich gewichtet, ergibt Folgendes: Deutschland steht im Länderranking der Care-Arbeit-Entlohnung auch hier auf einem hinteren Platz. Allerdings wird die relative Einkommensposition der Care-Berufe (im Vergleich zu anderen Berufen) hier als leicht über dem Durchschnitt ermittelt (Lehweß-Litzmann, 2022, S. 43). Auch in den anderen untersuchten Ländern liegen die Einkommen der Care-Berufe in dieser Betrachtungsweise tendenziell besser als die der Care-Beschäftigten. Im vorliegenden Kapitel untersuchen wir aber, wo in der Einkommenshierarchie die Beschäftigten letztlich mit ihrem gewählten Beruf stehen, wir schauen also auf die Ebene der Personen.

43 Die Zahl basiert nicht auf genauen Beträgen, da die Ursprungsdaten Einkommensdeziile sind. Da die Mehrheit der Ärzt:innen im obersten Einkommensdezil verdient (das nach oben offen ist), ist das wahre relative Einkommen wahrscheinlich noch höher als das von uns berechnete. Uns kommt es auf Basis dieser Daten weniger auf den exakten Vergleich zwischen Berufsgruppen, sondern mehr auf den berufsgruppeninternen Vergleich zwischen Ländern an.

stufe, dann der Berufsschule und schließlich der Grundschule. In Deutschland sind Lehrkräfte tendenziell besser bezahlt als im Durchschnitt der berücksichtigten europäischen Länder. Dies gilt insbesondere im Grund- und Vorschulbereich (was die hierzulande sehr gut ausgebildeten Erzieher:innen einschließt).

Am unteren Ende der europäischen Einkommensverteilung befinden sich die Kinder- und Lernbetreuer:innen, die nur 62,0 % des Durchschnittseinkommens aller Vollzeitbeschäftigten verdienen. In Deutschland wird diese Gruppe mit 46 % noch einmal deutlich schlechter bezahlt. Auch Betreuungskräfte im Gesundheitswesen werden hierzulande mit nur 59 % der Einkommen noch einmal schlechter entlohnt als im Durchschnitt europäischer Länder (74 %). Diese beiden Berufsgruppen gehören zu den am wenigsten qualifizierten Care-Beschäftigten, wenn wir die formalen Abschlüsse berücksichtigen. Auch haben sie nur selten Leitungsfunktionen inne.

Zwar sind bestimmte Merkmale von Berufen und ihren Protagonist:innen untrennbar mit den Berufen verbunden (wie etwa die Wochenendarbeit im Pflegebereich), analytisch können wir aber dennoch von solchen Merkmalen abstrahieren, um die residualen (also nicht auf diese Weise legitimierten) Einkommenseffekte von Berufen zu isolieren.

Aus der multivariaten Betrachtung geht zunächst hervor, dass etwa die Hälfte der Einkommensunterschiede zwischen Care-Berufsgruppen auf Kompositionsunterschiede sowie unterschiedliche Bildungsinvestitionen der Beschäftigten und Beschwerlichkeiten ihrer Arbeit zurückzuführen ist. Die andere Hälfte kann aber – vorbehaltlich ggf. im Modell fehlender Variablen – als Einkommensvor- oder -nachteil der *Berufe* an sich gesehen werden. Einkommenseffekte von *Care-Berufen* sind also schwächer als die von *Care-Berufsgruppen* (die erstgenannte ja einschließen), aber dennoch statistisch signifikant. Einkommensvorteile einzelner Berufe können auf das Phänomen beruflicher Schließung zurückzuführen sein, d. h. insbesondere den Ausschluss von Konkurrenz im Arbeitsmarkt mittels Zertifikaten und Lizenzen (etwa bei Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit Approbation). Auch aus je nach Tätigkeit sich unterscheidenden Finanzierungsstrukturen und Graden kollektiver Interessenvertretung können solche Einkommensunterschiede resultieren.

Es bestätigt sich aus der multivariaten Perspektive der Eindruck, dass Berufe im Bildungswesen in Deutschland relativ gut bezahlt sind – sowohl verglichen mit anderen Berufen im Inland als auch mit Bildungsberufen in

anderen europäischen Ländern. Die Ausnahme ist Bildung und Erziehung im Elementarbereich. Diese Berufe sind in Deutschland *ceteris paribus* zwar relativ besser bezahlt als in anderen Ländern, verglichen mit anderen Berufen im Inland besteht aber ein Einkommensnachteil. Bei Betreuungskräften im Gesundheitswesen liegt in Deutschland sogar eine größere *wage penalty* vor als im Durchschnitt der europäischen Länder. Der Arztberuf ist hierzulande hingegen etwas bessergestellt.⁴⁴

Blicken wir noch einmal auf einige allgemeinere Befunde, die sich in unserer Untersuchung ergeben haben: Berufsgruppen unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung durch Merkmale, die eigene Einkommenseffekte haben können.

- Frauen verdienen weniger: Der statistische Effekt auf das Monatseinkommen, der vom Regressionsmodell für Frauen im Vergleich zu Männern geschätzt wird, ist mit -13,3 P.p. (Europa) bzw. -12,3 (Deutschland) P.p. eindeutig negativ.⁴⁵
- Der Einfluss höherer Bildungsabschlüsse auf die Einkommensposition ist deutlich positiv. In Deutschland scheint das Einkommen noch einmal etwas stärker an den Bildungsabschluss gekoppelt zu sein als in Europa insgesamt.
- Migrant:innen haben geringere Einkommen. Der vom Modell geschätzte Einkommensnachteil gegenüber Einheimischen ist in Deutschland allerdings geringer als im Durchschnitt der europäischen Länder.
- Eigene positive Wirkungen auf das Einkommen haben weiterhin folgende Faktoren: *Führungsverantwortung*, *Nacht- bzw. Schichtarbeit*, die Dauer der *Betriebszugehörigkeit* und die *Unternehmensgröße* (besonders in Deutschland bietet eine Beschäftigung in Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeiter:innen besondere Einkommensvorteile).
- Eine negative Einkommenswirkung hat Wochenendarbeit, was an ihrem häufigen Auftreten in schlecht zahlenden Branchen wie Gastgewerbe und in „Verkehr und Logistik“ liegen könnte. Ferner üben befristete Beschäftigung und Zeitarbeit einen negativen Einfluss auf das Einkommen

44 Berufe im Bereich Soziales erfahren sowohl in Deutschland als auch in Europa einen leichten, doch statistisch signifikanten Einkommensnachteil.

45 Dieser Effekt ist unabhängig von allen anderen Faktoren des Modells, die mit dem Geschlecht ggf. korrelieren. Allerdings wird auf der Ebene der Berufe nur für Care-Berufe kontrolliert. Es kann in den Effekt des Geschlechts also noch ein versteckter Zusammenhang mit hoch- bzw. niedrig bezahlten Nicht-Care-Berufsgruppen einfließen.

aus. Hier sind die für Deutschland gemessenen Effekte stärker als im Durchschnitt der europäischen Länder.

Nicht vom Modell geprüft sind mögliche Interaktionseffekte, also z. B. die Frage, ob Qualifikation im Care-Bereich ggf. weniger gratifiziert wird als außerhalb. *Deskriptiv* zeigte sich, dass Arbeitskräfte mit tertiärem Bildungsabschluss in Care-Berufen in Europa ein ähnliches Einkommen verdienen wie in Nicht-Care-Bereichen. Bei Beschäftigten mit nur (oberer oder unterer) Sekundarschulbildung deutete sich jedoch ein mit Care-Arbeit verbundener Lohnnachteil an. In Deutschland verdienen Beschäftigte mit maximal Hauptschulabschluss besonders niedrige Einkommen und der Abstand zwischen Care-Beschäftigten und Nicht-Care-Beschäftigten ist – auf niedrigem Einkommensniveau – hier besonders ausgeprägt. Wird hier noch einmal nach Geschlecht unterschieden, verdienen Männer zwar stets mehr als Frauen, sie sind im Care-Bereich aber stärker lohnbenachteiligt, da insbesondere (niedrigqualifizierte) Männer außerhalb des Care-Bereichs höhere Löhne erzielen können als innerhalb. In etwas geringerem Maße verzichten aber auch niedrigqualifizierte Frauen auf Einkommen, wenn sie sich für einen Care-Beruf entscheiden. Dabei ist die Kategorie der formalen Qualifikation stets auch infrage zu stellen, insbesondere im Care-Bereich: Grundsätzlich gilt, dass die Arbeit mit abhängigen Klient:innen und Patient:innen immer ein hohes Maß an Verantwortung mit sich bringt und hohe soziale und emotionale Kompetenzen erfordert.

5.2 Aktuelle Entwicklungen, auch im Kontext der COVID-19-Pandemie

Um unsere Ergebnisse richtig einzuordnen, ist auf einige Einschränkungen unserer Studie hinzuweisen. Eine ist die Datenquelle selbst, die nur Einkommensdezile liefert, welche vom Netto-Monatseinkommen der Beschäftigten innerhalb jedes Landes abgeleitet sind. Die methodischen Implikationen wurden in Abschnitt 2 erläutert. Das Fehlen von Informationen über Stundenlöhne hat zur Folge, dass wir unsere Stichprobe auf eine Gruppe mit ähnlichen Arbeitszeiten beschränken mussten. Wir haben uns für eine Definition von Vollzeitbeschäftigten entschieden, die zwischen 35 und 44 Stunden pro Woche arbeiten. Teilzeitbeschäftigte, obwohl sie in manchen Care-Berufen eine wichtige Rolle spielen, sind nicht Teil unserer Untersuchung.

Eine Folge der mangelnden Exaktheit von Einkommensdezilen im Gegensatz zu monetären Beträgen ist, dass unsere Ergebnisse ebenfalls nicht

genau sein können. Insbesondere können die realen Abstände zwischen den Dezilen ungleich groß sein und das höchste Dezil kann sehr hohe und damit auch sehr heterogene Einkommen beinhalten. Entsprechendes gilt für das unterste Einkommensdezil. Nachfolgende Forschungsarbeiten könnten den Vorschlag von Stehrer und Ward (2012, unveröffentlicht) umsetzen, Einkommensdezile mit EU-SILC-Daten zu replizieren, dann das reale monetäre Einkommen pro Dezil zu berechnen und diese Information zu den Dezilen aus der EU-LFS hinzuzuspielen.

Eine weitere Einschränkung betrifft die Aktualität der Daten. Der Beobachtungszeitraum reicht bis zum Jahr 2019. Ab 2020 belastet die COVID-19-Pandemie die Beschäftigten im Care-Bereich besonders stark, aber führte auch zu größerer öffentlicher Beachtung ihrer Forderungen, etwa im Rahmen von Tarifverhandlungen. In Deutschland wurden in diesem Rahmen für eine Reihe von Care-Berufsgruppen Corona-Sonderzahlungen beschlossen, z. B. 4.500 € für Ärztinnen und Ärzte und zwischen 550 und 2.500 € für Pflegekräfte. Diese Sonderzahlungen drücken Anerkennung aus, bringen aber (per Definition) keine längerfristigen Einkommensverbesserungen.

Hingegen sind in zahlreichen Care-Berufen auch grundsätzliche Aufwärtstendenzen der Entlohnung zu erkennen: Für den Bereich Sozial- und Erziehungsdienst wurde im Jahr 2022 festgelegt, dass die Entgeltgruppen S2 bis S11a eine Zulage von 130 € erhalten. Ferner wurden die Stufenlaufzeiten verkürzt, somit gelangen Beschäftigte schneller in höhere Gehaltsgruppen. Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen in den Entgeltgruppen S11b, S12, S14 und S15 erhalten fortan 180 € monatliche Zulage. Auch für Lehrkräfte wurden in den letzten Jahren je nach Bundesland Stellenzulagen beschlossen, z. B. erhalten Grund-, Haupt- und Realschullehrkräfte in Niedersachsen seit August 2020 monatlich 97,27 € mehr. Hebammen, die nach Entgelttabelle in den Tarifgruppen P7 oder P8 (TVöD) bezahlt werden, haben durch die Akademisierung ihres Berufes in Zukunft Aussicht auf eine Eingruppierung in P9.⁴⁶

Im Bereich Altenpflege wurden Pflegeheime und ambulante Pflegedienste mit Verabschiedung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) verpflichtet, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen Pflege und Betreuung ab dem 01.09.2022 nach (eigenem oder in

46 Allerdings sind viele Hebammen nicht angestellt, sondern Freiberufler:innen, sodass sich die Einkünfte nach den für Hebammen-Dienstleistungen festgelegten Sätzen bemessen.

der Region anwendbarem) Tarif zu bezahlen. Für hiervon nicht erfasste Beschäftigte gelten Pflege Mindestlöhne, die seit ihrer Einführung im Jahr 2010 schrittweise und derzeit recht deutlich angehoben werden. Nach jüngstem Beschluss der Pflegekommission werden ab dem 01.12.2023 14,15 € Bruttostundenlohn für ungelernete Hilfskräfte und 18,25 € für Fachkräfte gezahlt. Am 01.01.2020, also am Ende des Beobachtungszeitraums unserer Untersuchung, waren es noch 11,35 € (alte Bundesländer) bzw. 10,85 € (neue Bundesländer).

Im April 2023 einigten sich Arbeitgeber und Gewerkschaften auf einen neuen Tarifvertrag, der einen für alle Entgeltgruppen gleichen Betrag von 3.000 € als Ausgleich für die (hohe) Inflation enthält, sowie eine prozentuale Erhöhung der Tabellenentgelte (5,5 %). Damit fallen die relativen Lohnsteigerungen in den unteren Entgeltgruppen zwar fast doppelt so hoch aus wie in den höchsten Entgeltgruppen, letztere verzeichnen dennoch deutlich höhere absolute Lohnsteigerungen (Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI), 2023).

5.3 Ausblick: Aufwertung und Angleichung im Care-Bereich

Unser Befund einer relativ schlechten Bezahlung formal weniger qualifizierter Care-Beschäftigter stimmt mit früheren Untersuchungen (Hipp & Kelle, 2016) überein. Wir haben den Haushaltskontext nicht in unsere Analyse einbezogen, aber es kann davon ausgegangen werden, dass ein guter Teil der meist weiblichen Betreuungskräfte in Doppelverdienerhaushalten lebt, in denen der (männliche) Partner ein höheres Einkommen hat. Mit anderen Worten: Das Einkommen des Partners ist entscheidend für die Aufrechterhaltung des gemeinsamen Lebensstandards. Vor dem Hintergrund der Individualisierung der Lebensweise und dem Streben der Frauen nach wirtschaftlicher Unabhängigkeit wird dieses Modell in Zukunft wohl immer weniger akzeptiert werden. So könnte es sein, dass auch die geringer qualifizierten Care-Beschäftigten in Zukunft ihr Interesse an auskömmlicher Bezahlung stärker geltend machen – möglicherweise mit einer gewerkschaftlichen Interessenvertretung, die zunehmend erfolgreicher agiert.

Welche Folgen hätte ein Szenario steigender Löhne in den unteren Einkommenssegmenten des Care-Bereichs? Wer würde die Mehrkosten letztlich tragen? Arbeitgeber können sie nur bedingt an die Kund:innen von Care-Dienstleistungen weitergeben. Zu unterschiedlich ist deren wirtschaftliche Situation in einer Lebensphase, in der zumeist ja kein eigenes

Einkommen generiert wird (daher das „Finanzierungsdreieck“, vgl. Kapitel 3, Abschnitt 2.4 in diesem Band). Eine Lösung wäre, die öffentliche Finanzierung der Daseinsvorsorge noch einmal deutlich besser auszustatten (vgl. Baumol et al., 2012). Hierfür dürfte das fiskalische Potenzial dennoch begrenzt sein. Derzeit sind die öffentlichen Haushalte aufgrund verschiedenster Herausforderungen strapaziert (u. a. Bewältigung der COVID-19-Pandemie, Unterstützung der Ukraine, Steigerung militärischer Verteidigungskapazitäten, Rezession). Auch perspektivisch muss angesichts eines sinkenden Erwerbspersonenpotenzials und gleichzeitig sinkenden Produktivitätswachstums bei gleichzeitig wachsenden öffentlichen Aufgaben mit einer Knappheit öffentlicher Mittel gerechnet werden.

Der Befund unserer Untersuchung einer bedeutenden Einkommensheterogenität zwischen Care-Berufsgruppen deutet noch einen anderen Lösungsweg an. Angesichts stets begrenzter öffentlicher Mittel besteht ein Zusammenhang zwischen der knappen Bezahlung der einen und der auskömmlichen Bezahlung der andern. Wenn die durchschnittlichen Löhne in den Branchen „Erziehung und Unterricht“, Gesundheitswesen und „Heime und Sozialwesen“ in den kommenden beiden Jahrzehnten wieder sinken (vgl. Kapitel 3, Abschnitt 3 in diesem Band), dann können Verbesserungen der heute niedrigbezahlten Care-Berufsgruppen nur durch eine Schlechterstellung der heute gut organisierten und gut bezahlten Berufsgruppen erkauft werden. Kurz gesagt: Die in Deutschland besonders ausgeprägte Heterogenität der Einkommen im Care-Bereich wird womöglich (weiter) reduziert werden müssen.

6. Literatur

- Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S., & Braun, E. (2022). „Ich pflege wieder, wenn...“: Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Arbeitnehmerkammer Bremen. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/6121/1/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf
- Autor, D. H., Levy, F., & Murnane, R. J. (2003). The Skill Content of Recent Technological Change: An Empirical Exploration*. *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), 1279–1333. <https://doi.org/10.1162/003355303322552801>
- Autorengruppe Fachkräftebarometer. (2021). *Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2021*. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. <https://doi.org/10.36189/wiff32021>

- Barron, D. N., & West, E. (2013). The Financial Costs of Caring in the British Labour Market: Is There a Wage Penalty for Workers in Caring Occupations? *British Journal of Industrial Relations*, 51(1), 104–123. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8543.2011.00884.x>
- Baumol, W. J., de Ferranti, D., Malach, M., Pablos-Méndez, A., Tabish, H., & Wu, L. G. (2012). *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300188486>
- Birke, P. (2017). Schwierige Solidarität. Eltern, Kinder, Erzieher_innen im Streik 2015. In I. Artus, P. Birke, S. Kerber-Clasen, & W. Menz (Hrsg.), *Sorge-Kämpfe Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen* (S. 90–115). VSA Verlag.
- Boll, C., Leppin, J. S., Rossen, A., & Wolf, A. (2016). *Magnitude and impact factors of the gender pay gap in EU Countries*. Publication Office of the European Union. <https://o.p.europa.eu/publication/doi/10.2838/273601>
- Borzaga, C., & Tortia, E. (2006). Worker Motivations, Job Satisfaction, and Loyalty in Public and Nonprofit Social Services. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/0899764006287207>
- Budig, M. J., Hodges, M. J., & England, P. (2019). Wages of Nurturant and Reproductive Care Workers: Individual and Job Characteristics, Occupational Closure, and Wage-Equalizing Institutions. *Social Problems*, 66(2), 294–319. <https://doi.org/10.1093/socpro/spy007>
- Budig, M. J., & Misra, J. (2010). How care-work employment shapes earnings in cross-national perspective. *International Labour Review*, 149(4), 441–460. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2010.00097.x>
- Bundesagentur für Arbeit. (2022). *Fachkräfteengpassanalyse 2021* (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Abteilung Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202112/arbeitsmarktberichte/fachkraefte-engpassanalyse/fachkraefte-engpassanalyse-dl-0-202112-zip.zip?__blob=publicationFile&v=3
- Bundesministerium des Innern und für Heimat. (2023). *Einigung in den Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst von Bund und Kommunen*. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/oeffentlicher-dienst/tvoed/tarifverhandlungen/tarifverhandlungen-2023-node.html> [12.09.2023]
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Tarifliche Bezahlung in der Altenpflege verpflichtend. Pressemitteilung vom 01.09.2022*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/tarifliche-bezahlung-in-der-altenpflege-verpflichtend.html> [09.12.2022]
- Card, D., & DiNardo, J. E. (2002). Skill-Biased Technological Change and Rising Wage Inequality: Some Problems and Puzzles. *Journal of Labor Economics*, 20(4), 733–783. <https://doi.org/10.1086/342055>
- Carstensen, J., Seibert, H., & Wiethölter, D. (2022). *Entgelte von Pflegekräften 2021*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2021.pdf
- Connelly, J. M. (2013). *The ways in which new public management ideas impact upon the administrative culture of „street-level“ bureaucrats and professionals working within Irish social policy* (University College Cork). <https://cora.ucc.ie/handle/10468/1423>

- Destatis. (2020). *Verdienststrukturerhebung – Ergebnisse für das frühere Bundesgebiet – Fachserie 16, Heft 2 – 2018*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/Downloads-s-Verdienste-und-Verdienstunterschiede/verdienststrukturerhebung-heft-2-2162002189005.xlsx?__blob=publicationFile
- Destatis. (2022). *Arbeitnehmerverdienste – Lange Reihen – 4. Vierteljahr 2021*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/Publikationen/Downloads/arbeitnehmerverdienste-lange-reihe-pdf-2160240.pdf?__blob=publicationFile
- Ebner, C., & Rohrbach-Schmidt, D. (2019). *Berufliches Ansehen in Deutschland für die Klassifikation der Berufe 2010 Beschreibung der methodischen Vorgehensweise, erste deskriptive Ergebnisse BIBB-Preprint*.
- Ebner, C., & Rohrbach-Schmidt, D. (2021). Das gesellschaftliche Ansehen von Berufen – Konstruktion einer neuen beruflichen Ansehensskala und empirische Befunde für Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, 50(6), 349–372. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2021-0026>
- Ebner, C. & Rohrbach-Schmidt, D. (2022). Das gesellschaftliche Ansehen von Berufen – Konstruktion einer neuen beruflichen Ansehensskala und empirische Befunde für Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 50, Heft 6, Dezember 2021, Online-Anhang. Tabelle A1. https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/zfsoz-2021-0026/downloadAsset/suppl/zfsoz-2021-0026_online.zip [14.12.2022]
- England, P., Budig, M., & Folbre, N. (2002). Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work. *Social Problems*, 49(4), 455–473. JSTOR. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.455>
- Eurofound. (2017). *Occupational change and wage inequality: European Jobs Monitor 2017*. Eurofound. <https://op.europa.eu/publication/doi/10.2806/989106>
- Eurofound, & European Commission Joint Research Centre. (2021). *European Jobs Monitor 2021: Gender gaps and the employment structure*. European Jobs Monitor series. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/publication/doi/10.2806/16416>
- Europäische Kommission. (2022). *Occupations. ESCO dataset v1.1.1*. https://esco.ec.europa.eu/de/classification/occupation_main, letzte Aktualisierung: 26.09.2022 [09.11.2022]
- European Institute for Gender Equality. (2017). *Gender segregation in education, training and the labour market*. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12709-2017-ADD-2/en/pdf>
- Eurostat. (2018). *EU Labour Force Survey. Explanatory notes (to be applied from 2017Q1 onwards)*. European Commission.
- Foundational Economy Collective. (2019). *Die Ökonomie des Alltagslebens: Für eine neue Infrastrukturpolitik* (Erste Auflage, S. 263). Suhrkamp.
- Gabriel, K. (2021). Auf dem Weg in eine faire Dienstleistungswirtschaft. Die Mitverantwortung der kirchlichen Wohlfahrtsverbände. In B. Emunds, J. Degan, S. Habel, & J. Hagedorn (Hrsg.), *Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung: Zur Zukunft der Sorgearbeit in der Dienstleistungsgesellschaft* (Bd. 6, S. 267–286). Metropolis-Verlag.

- Gross, P. (1983). *Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?* Westdt. Verl.
- Hall, A., Rohrbach-Schmidt, D., Schnepf, T., & Ebner, C. (2021). *Ansehen und Beschäftigungsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege: Stimmen die Berufsbilder in der Bevölkerung mit der Realität überein?* Bundesinstitut für Berufsbildung. https://res.ibt.de/vet-repository_779012
- Haupt, A., & Ebner, C. (2020). Occupations and Inequality: Theoretical Perspectives and Mechanisms. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 72(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/s11577-020-00685-0>
- Hepp, G. (2013). *Verbände der im Bildungswesen Beschäftigten und Gewerkschaften*. bpb.de. <https://www.bpb.de/themen/bildung/dossier-bildung/153937/verbaende-der-im-bildungswesen-beschaeftigten-und-gewerkschaften/>
- Hipp, L., & Kelle, N. (2016). Nur Luft und Liebe? Zur Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich. *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(3), 237–269. <https://doi.org/10.1515/zsr-2016-0012>
- Hirsch, B. T., & Manzella, J. (2015). Who Cares—And Does It Matter? Measuring Wage Penalties for Caring Work. *Research in Labor Economics*, 41, 213–275. <https://doi.org/10.1108/S0147-912120140000041014>
- Konrad-Adenauer-Stiftung, & Kantar. (2019). *Respekt verschiedener Berufsgruppen in der Gesellschaft. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter insgesamt 1.007 Wahlberechtigten in Deutschland*. <https://www.kas.de/de/statistische-inhalte-detail/-/content/respekt-verschiedener-berufsgruppen-in-der-gesellschaft>
- Landmesser, J. (2019). Differences in income distributions for men and women in the European Union countries. *Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.24136/eq.2019.004>
- Lehweß-Litzmann, R. (2022). *Frontline workers in education, health and welfare: How much do they earn in European countries? A comparative income analysis based on the EU-LFS* (SOFI Working Paper/SOFI Arbeitspapier Nr. 2022–28). Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI). https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/WorkingPaper_Lehwess-Litzmann_2022.pdf
- Lehweß-Litzmann, R., Krebs, B., Maier, T., Sonnenburg, A., Thobe, I., Vogel, B., & Wolter, M. I. (2020). *Was sind gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen? Eine konzeptionelle und empirische Eingrenzung. Grundlagen des Projekts GenDis* (SOFI Working Paper). Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI). http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/Rene_Lehwess_Litzmann/Material/WP_2020-20.pdf
- Lightman, N. (2021). Comparing Care Regimes: Worker Characteristics and Wage Penalties in the Global Care Chain. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 28(4), 971–998. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa008>
- Mack, A., Lengerer, A., & Dickhaut, T. (2016). Anonymized EU-LFS Microdata for Research. Background, Resources, and Introduction to Data Handling. GESIS Papers. Köln: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Mueller, T. (2018). *She works hard for the money: Tackling low pay in sectors dominated by women—Evidence from health and social care*. EPSU (European Public Service Union).

- Murphy, E., & Oesch, D. (2015). The Feminization of Occupations and Change in Wages: A Panel Analysis of Britain, Germany, and Switzerland. *Social Forces*, 94. <https://doi.org/10.1093/sf/sov099>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2011. *Zuordnung nationaler Bildungsprogramme zur ISCED 2011*. <https://www.oecd.org/berlin/publikationen/Zuordnung%20nationaler%20Bildungsprogramme%20zur%20ISCED%20011.pdf> [26.10.2022]
- Schrenker, A., Samtleben, C., & Schrenker, M. (2021). Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 71(13–15), 12–18.
- Schroeder, W. (2021). Interessenvertretung und Demokratie in der Dienstleistungsgesellschaft. Das Feld der Altenpflege. In B. Emunds, J. Degan, S. Habel, & J. Hagedorn (Hrsg.), *Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung: Zur Zukunft der Sorgearbeit in der Dienstleistungsgesellschaft* (Bd. 6, S. 311–340). Metropolis-Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Tarifbindung in Deutschland 2018*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Tarifverdienste-Tarifbindung/Publikationen/Downloads-Tarifverdienste-Tarifbindung/tarifbindung-5622103189004.pdf?__blob=publicationFile
- Stehrer, R., & Ward, T. (2012). *Forecasting skill supply and demand in Europe to 2020: Employment and wages: Selected detailed accounts of structures and changes* (Technical Paper Nr. 12). Alphametrics.
- Vicari, B. (2014). Degree of standardised certification of occupations: An indicator for measuring institutional characteristics of occupations (KldB 2010, KldB 1988). In *FDZ-Methodenreport* (201404 (en); FDZ-Methodenreport). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). [https://ideas.repec.org/p/iab/iabfme/201404\(en\).html](https://ideas.repec.org/p/iab/iabfme/201404(en).html)
- Weeden, K. A. (2002). Why Do Some Occupations Pay More than Others? Social Closure and Earnings Inequality in the United States. *American Journal of Sociology*, 108(1), 55–101. JSTOR. <https://doi.org/10.1086/344121>
- Wingerter, C. (2021). Arbeitsmarkt und Verdienste. In Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.), *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 149–201). Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).

