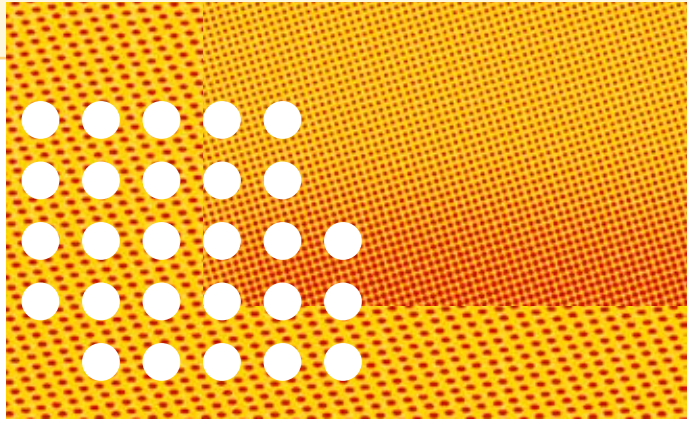


Wolf-Gero Reichert

Gerechter Lohn in der Altenhilfe



Was ist unserer Gesellschaft
die Betreuung und Pflege alter
Menschen wert?



Expertise des Oswald von Nell-Breuning-Instituts
für den Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V

Frankfurt 2009

Verband katholischer Altenhilfe
in Deutschland e. V.







Inhalt

Einleitung	5
1 Sachstand	6
1.1 Demographische und soziale Herausforderungen für die Altenpflege	6
1.2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Altenpflege: Von der nominalen zur umfassenden Wertschöpfungsquote	7
1.2.1 Die nominale Größe	8
1.2.2 Die reale Größe	8
1.2.3 Die umfassende Bedeutung	10
1.3 Strukturelle Unterfinanzierung und ihre Konsequenzen	11
1.3.1 Entwicklung der Betreuungsrelation und der Pflegefachquote	12
1.3.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden	12
1.3.3 Entwicklung des Krankenstandes bei Pflegenden	13
1.3.4 Betriebswirtschaftliche Reaktionen der Pflegeeinrichtungen und Mindestlöhne	14
1.3.5 Patientenzufriedenheit	15
1.3.6 Illegale und irreguläre Pflege	15
1.4 Fazit	16
2. Zentrale Gefahren der aktuellen Systemkonfiguration	17
Gefahr 1: Ausbluten der Kernbelegschaften	17
Gefahr 2: Fachkräftemangel	17
Gefahr 3: Soziale Ungleichheiten spalten den Pflegemarkt	17
Gefahr 4: Zersplitterung des freigemeinnützigen Sektors	18
Gefahr 5: Mindestlohn und Personalabbau	18
Gefahr 6: Aushebelung der Tariflöhne	18
3. Sozialethische Orientierungen	19
3.1 Patientenautonomie: Pflege als Vertrauensgut braucht angemessene Löhne	19
3.1.1 Die Charakteristika der sozialen Dienstleistung Pflege	19
3.1.2 Patientenautonomie statt Konsumentensouveränität	21
3.2 Voraussetzungen einer demokratischen Gesellschaft – Beteiligungsgerechtigkeit braucht gerechte Löhne	23
3.2.1 Pflege und Tariflohn	23
3.2.2 Pflege und Mindestlohn	26
3.3 Impuls der katholischen Sozialverkündigung: Der familiengerechte Lohn	26
4. Sozialpolitische Forderung	28
5. Literaturverzeichnis	30

**Ansprechpartner
im Oswald von Nell-Breuning Institut:**

Prof. Dr. Bernhard Emunds
Institutsdirektor
nbi@sankt-georgen.de

Wolf-Gero Reichert
Dipl.-Theologe, Volkswirt und Philosoph M.A.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
reichert@sankt-georgen.de

Oswald von Nell-Breuning Institut
für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik

Offenbacher Landstr. 224
60599 Frankfurt/Main, Germany
Tel. 0049 (0) 69-6061-369, Fax -559
www.sankt-georgen.de/nbi

VKAD

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel. (0761) 200-459
Fax (0761) 200-710
vkad@caritas.de
www.verband-katholische-altenhilfe.de



Einleitung

■ Der Bereich der Altenpflege wie die gesamte Sozialwirtschaft hat in den letzten Jahren tiefgreifende Veränderungen durchgemacht, die auch das Selbstverständnis der in diesem Sektor Beschäftigten betreffen. Mit dem Pflegeversicherungsgesetz (PVG) wurde der Pflegemarkt etabliert. Es entstand ein Wettbewerb zwischen den herkömmlichen (v.a. freigemeinnützigen) Anbietern und einer wachsenden Zahl gewinnorientierter Privatunternehmen, der sich mit der Zeit stetig intensivierte. Außerdem zog sich der Staat teilweise aus der Finanzierung, weniger aus der Regulierung der sozialen Dienstleistungen zurück. Unter dem Mantel der semantischen Systemkontinuität (»Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialstaates«) vollzog und vollzieht sich eine schleichende Neuausrichtung, die zu tiefgreifenden und weit reichenden Problemkonstellationen im Pflegebereich führte, die durch organisatorische Veränderungen in den Einrichtungen alleine nicht bewältigt werden können.

Die Organisation der Pflege alter und bedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung und großer ethischer Relevanz ist. Das derzeitige sozialstaatliche Arrangement ist für diese Aufgabe höchst unzureichend eingestellt. Vor allem das Selbstverständnis des Caritasverbandes als dem diakonischen Teil der Kirche wird von dieser strukturellen Schieflage in besonderer Weise angefragt.

Die Analyse des Sachstandes (*Kapitel 1*) zeigt sechs zentrale Gefahren auf, die einer nachhaltigen Weiterentwicklung des Pflegesektors im Wege stehen (*Kapitel 2*). Daraufhin wird mit Blick auf die Effektivität von Altenpflege und auf eine gerechte Entlohnung nach sozialetischen Orientierungen gefragt (*Kapitel 3*). Daraus wird abschließend ein konkreter politischer Lösungsansatz begründet (*Kapitel 4*).

Eine Sozialethik, die den Anspruch auf soziale Relevanz und emanzipative Wirkung erhebt, muss sich jeweils auch kontextuell verankern, d.h. sie muss ihren Blick auf lebensweltliche Kontexte und ihre Reflexion an konkrete Subjekte richten, die zu einer Zustandsveränderung dieser Kontexte in der Lage sind. Gewissermaßen als Vorzeichen der Untersuchung soll also hier bereits zu Anfang die Option offen gelegt werden:¹ Ist zu wählen zwischen anonymen Mechanismen und konkreten Subjekten, so entscheide ich mich, um des praktischen Zieles willen, nämlich die gelingende Pflege alter Menschen, für die dafür verantwortlichen Subjekte: Dies sind im Fall der Altenpflege vor allem die Pflegefachkräfte.²

.....
1 Zur Notwendigkeit einer Option vgl. Suess (2002), S.251ff.

2 Die Projektbearbeitung lag in Händen von Wolf-Gero Reichert; für die Projektleitung war Prof. Dr. Bernhard Emunds verantwortlich.

1 Sachstand

1.1 Demographische und soziale Herausforderungen für die Altenpflege

■ Im Mittelpunkt der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die Folgen des demographischen Wandels steht in der Regel die Finanzierung der umlagefinanzierten Altersvorsorge- und Sozialsysteme; die Folgen für die Pflegesituation werden seltener thematisiert, sind aber von ebenso zentraler Bedeutung.

Der Prozess der Alterung der Gesellschaft wird getrieben von zwei gegenläufigen Tendenzen: Auf der einen Seite nimmt die Lebenserwartung stetig zu; mit zunehmendem Alter steigt jedoch auch die Pflegefallwahrscheinlichkeit signifikant an (a).³ Auf der anderen Seite sinkt die Geburtenhäufigkeit und es ist von einem Schrumpfen der erwerbsfähigen Bevölkerung auszugehen (b).⁴

(a) Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass die Zahl der älteren hilfs- und pflegebedürftigen Personen deutlich ansteigt. Die so genannte Rürup-Kommission geht von einem Stand von 1,87 Mio. pflegebedürftigen Menschen aus und prognostizierte bei Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit einen Anstieg der Pflegebedürftigen auf 3,4 Mio. Menschen im Jahr 2040.⁵ Allerdings werden bei den Prognosen der Rürup-Kommission zwei Sachverhalte außer Acht gelassen: Zum einen verbessert sich der Gesundheitszustand alter Menschen stetig, was zumindest gegen eine konstante Pflegefallwahrscheinlichkeit im Zeitraum bis 2040 spricht. Der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Alter und Risiko der Pflegebedürftigkeit wird dadurch nicht aufgehoben werden können.⁶ Zum anderen werden bei der Ausgangsgröße von 1,87 Mio. Pflegebedürftigen jedoch nur diejenigen Menschen berücksichtigt, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten und somit die Voraussetzungen des SGB XI erfüllen. Daneben gibt es noch eine große Anzahl älterer Menschen, die entweder für einen begrenzten Zeitraum (weniger als 6 Monate), in einem geringeren Umfang (frühere Pflegestufe 0 und weniger) oder auf Grund bestimmter Störungsbilder (bspw. Demenz), die nur unter bestimmten Voraussetzungen unter das SGB XI fallen, auf Hilfe angewiesen sind. Der Umfang dieser Formen der Pflegebedürftigkeit wird derzeit auf über 1,1 Mio. Menschen geschätzt. Dabei wächst die Zahl dieser Gruppe offenbar stärker als die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI.⁷ Insgesamt ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach Pflege und nach Pflegekräften deutlich anwachsen wird.

(b) Aufgrund der Maxime »ambulant vor stationär« (§3 SGB XI) favorisiert der Gesetzgeber im PVG die Pflege durch die Familie und/oder durch andere informelle Helfer im häuslichen Umfeld. Der entscheidende Grund dafür ist die Erkenntnis, dass der Fiskus und die Versicherungen ohne den unbezahlten Beitrag von informellen Pflegenden sehr viel höhere

3 Vgl. Enste und Pimpertz (2008), S.2f.

4 Vgl. Tönnesen-Hoffmann (2008), S.7f.

5 Vgl. BMG (2008), S.59.

6 Vgl. Tesch-Römer (2006), S.5f.

7 Vgl. Hoffmann (2005), S.2.

Pflegekosten zu tragen hätten. Noch werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen allein durch ihre Angehörigen gepflegt.⁸ Dabei spiegelt die Aufteilung der Pflegearbeit zwischen Männern und Frauen die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung wider. So sind es nach Angaben von Backes, Amrhein und Wolfinger zu 73 Prozent Frauen, die ihre Angehörigen pflegen.⁹ Durch die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte und die steigende Frauenerwerbsquote wurde diese Form der gesellschaftlichen Arbeitsteilung bereits in jüngster Zeit brüchig, was sich in einer Zunahme der Nachfrage nach professionellen Hilfeleistungen von Pflegediensten ausgedrückt hat.¹⁰ Es ist wahrscheinlich, dass sich aufgrund der absoluten und relativen Abnahme des Bevölkerungsanteils im erwerbsfähigen Alter die Professionalisierungstendenz fortsetzen wird.¹¹

1.2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Altenpflege: Von der nominalen zur umfassenden Wertschöpfungsquote

■ In der öffentlichen Diskussion um die Altenpflege dominiert zumeist ihre große gesellschaftliche Bedeutung. Abgesehen von der Klage über den Pflegenotstand in den Heimen mündet die mediale Berichterstattung oft in einer klagenden Verengung auf Fragen der Finanzierung und der Belastung der Sozialsysteme, worüber ihr volkswirtschaftlicher Beitrag zumeist übersehen wird.

Um die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege zu erfassen, bietet sich neben der Erfassung der Beschäftigung eine Schätzung der Wertschöpfungsquote an, d.h. die Wertschöpfung des Pflegesystems in Bezug zum gesamtwirtschaftlichen, nominalen Bruttoinlandsprodukt (BIP) abzüglich der zur Leistungserstellung benötigten Vorleistungen.

Zu ihrer Erfassung können verschieden weit reichende Definitionen herangezogen werden: Dies hängt zusammen mit der Eigenart des Altenpflegemarktes als eines politisch stark geregelten Sozialmarktes. Da Pflegeeinrichtungen nicht auf einem herkömmlichen Markt operieren und so nicht der Markterlös, sondern nur ein Näherungswert, nämlich die Summe aller Aufwendungen, herangezogen werden kann, wird im Folgenden vor allem mit Schätzungen operiert.

In einer ersten Zugangsweise werden der Pflegemarkt als solcher in seiner faktischen Ausprägung in den Blick genommen und die statistisch bereits erfassten nominalen Größen aggregiert betrachtet; ein zweiter Zugang hinterfragt diese nominalen Größen vor ihrem sozialstaatlichen Entstehungszusammenhang und erweitert sie zu realen Größen; in einem breiteren Zugang schließlich wird eine umfassende Erfassung versucht, die auch informelle Pflegeleistungen mit einbezieht. Das Resultat dieser Erweiterungsbewegung kann als umfassende Wertschöpfungsquote bezeichnet werden, wobei zu beachten ist, dass es sich zu einem großen Teil um hypothetische Umformungen handelt, weil entsprechende Zahlen

.....
8 Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S.4.

9 Vgl. Backes, Amrhein und Wolfinger (2008), S.15; Statistisches Bundesamt (2008), S.4.

10 Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S.4. Erstmals seit Beginn der statistischen Erhebung war im Zeitraum von 2005-2007 der Anteil der zu Hause Versorgten nicht mehr rückläufig; noch ist nicht auszumachen, ob dies auf eine Trendumkehr hindeutet oder ob es sich nur um ein vorübergehendes Phänomen handelt.

11 Vgl. Tönnesen-Hoffmann (2008), S.8f.

nicht vorliegen. Mit jedem Erweiterungsschritt kommt einerseits die tatsächliche volkswirtschaftliche Größenordnung der Altenpflege besser in den Blick, andererseits werden die Daten jedoch vager.

1.2.1 Die nominale Größe

■ Im Zuge von Technisierungs- und Rationalisierungsprozessen in der verarbeitenden Industrie und neuerdings auch in Dienstleistungsbereichen erwächst der Arbeit am Menschen eine neue Bedeutung innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Arbeitsteilung und wird vor allem in Zukunft von zunehmender Bedeutung sein müssen:¹²

Die Pflegestatistik 2007 des Statistischen Bundesamtes spiegelt den steigenden Pflegebedarf auch in Form steigender Beschäftigtenzahlen im Pflegesektor: Im ambulanten Bereich waren im Jahr 2007 236.162 Personen beschäftigt, was eine Veränderung gegenüber 2005 von 10,2 Prozent bedeutet; die Beschäftigung im stationären Bereich wuchs gegenüber 2005 um 5 Prozent auf 573.545 Personen an.¹³ Somit waren im Jahr 2007 nominal 809.707 Erwerbstätige in der professionellen Pflege beschäftigt, was bei einer Gesamtbeschäftigung im Umfang von 40,02 Millionen Erwerbstätigen in der BRD einen Anteil von 2 Prozent ausmacht:¹⁴ Bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen macht der Bereich der Altenpflege mehr als 3 Prozent aus.¹⁵ Jedoch ist hierbei zu beachten, dass der Großteil der Beschäftigten in Teilzeit tätig waren und sich zudem die Quote von ergänzenden Arbeitskräften in den letzten Jahren erhöht hat (Pflegehelfer, angeleitete Mitarbeiter, Zivildienstleistende...)¹⁶ Die Beschäftigtenzahl in Vollzeitäquivalenten fällt geringer aus: Unter Annahme konstanter Relationen zwischen den Beschäftigungsumfangsgruppen seit dem Jahr 2005 ergeben sich immerhin 584.900 Vollzeitäquivalente für 2007.¹⁷ Altenpflege ist also ein bedeutender Faktor des Arbeitsmarktes. Güntert und Thiele schätzen die nominale Wertschöpfungsquote der Pflege allgemein auf rund 2 Prozent des BIP für das Jahr 2004, wovon ca. 1,1 Prozent auf die Altenpflege entfällt.¹⁸ Damit ist der gesamte Pflegebereich volkswirtschaftlich annähernd so produktiv wie die Chemische Industrie in Deutschland, deren Wertschöpfungsquote bei 2,25 Prozent des BIP lag.¹⁹

1.2.2 Die reale Größe

■ Wahrscheinlich jedoch ist es, dass die »reale« Wertschöpfungsquote der Pflege sogar höher zu veranschlagen ist als die der chemischen Industrie. Denn die bei dieser Schätzung zugrunde gelegten Löhne, welche die bestimmenden Faktoren jenes Näherungswertes sind,

.....
12 Vgl. Hengsbach (2005), S.113ff.

13 Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S.17,23.

14 Vgl. Statistisches Bundesamt (2007b).

15 Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung.

16 Vgl. für Baden-Württemberg Burger und Weber (2007), S.6.

17 Vgl. Enste und Pimpertz (2008), S.7f.

18 Vgl. Güntert und Thiele (2008), S.165; Enste und Pimpertz (2008), S.13.

19 Vgl. Güntert und Thiele (2008), S.156f.

sind keineswegs Ergebnis von fairen Verhandlungsprozessen, sondern sie spiegeln das politisch determinierte Verhältnis von Macht und Abhängigkeit auf dem Pflegemarkt.²⁰

Das wichtigste sozialpolitische Motiv bei Einführung der Pflegeversicherung war die wirtschaftliche Überforderung der Pflegebedürftigen. Um das Pflegerisiko abzusichern und die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu verringern, wurde die Pflegeversicherung als »fünfte Säule des Sozialstaates« eingeführt.²¹ Dennoch gilt sie als ein neuer Typ von Sozialversicherung hinsichtlich der veränderten, einnahmenorientierten Sicherungslogik. Zur Kostenbegrenzung wurden drei verschiedene Pflegestufen je nach Grad der Pflegebedürftigkeit eingeführt mit jeweilig entsprechendem, jedoch budgetiertem Leistungsanspruch.²² Dies sollte einen Kosten- und Leistungswettbewerb zwischen den verschiedenen Anbietern von Altenpflege initiieren, wobei der Faktor »Lohnkosten« bewusst variabel gehalten wurde. Um sicher zu gehen, dass die Pflege alter und hilfsbedürftiger Menschen dennoch nach pflegewissenschaftlichen Standards bereitgestellt wird, wurden die Pflegenden und die Heime auf das Instrument von Qualitätsstandards verpflichtet, deren Einhaltung systematisch durch die Heimaufsicht kontrolliert werden sollte.²³ Während das Ziel der Verringerung der Sozialhilfeabhängigkeit nur vorübergehend eingelöst werden konnte – die Zahlen steigen bereits seit 2001 wieder²⁴ – bedingte die Budgetbegrenzung und der verschärfte Wettbewerb unter den Heimen vor allem eine unterdurchschnittliche Lohnentwicklung im Altenpflegebereich:²⁵ 72 Prozent der Altenpflegekräfte beziehen Bruttolöhne unter 2000 Euro; 48 Prozent erhalten trotz Vollzeitarbeit Bruttolöhne von weniger als 1500 Euro.²⁶ Im aktuellen Sprachgebrauch werden Löhne unter 2000 Euro als prekäre – materiell unsichere – Löhne bezeichnet. Die europäische Sozialcharta von 1961 definierte einen Lohn, der unterhalb der Grenze von 60 Prozent des nationalen Durchschnittseinkommens liegt, als nicht angemessen; ein solche Lohnuntergrenze liegt im Fall der Bundesrepublik Deutschland bei rund 1450 Euro.²⁷ Ausschließlich in Regionen mit zahlungsfähiger Nachfrage konnten die Pflegenden moderate Lohnzuwächse realisieren.²⁸

Jasmin Häcker weist in ihrem Beitrag »Zur notwendigen Dynamisierung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung« auf, dass diese Entwicklung entscheidend auf die Statik in der Leistungsvergütung zurückzuführen ist. Bereits bei einem allgemeinen Anstieg des Preisniveaus führt das statische Vergütungssystem durch nicht angegliche Leistungen notwendig zu einer realen Abwertung des Versicherungswertes, welche entweder durch private Zuzahlung oder durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes ausgeglichen werden muss. Doch da im Dienstleistungsbereich keine mit der Industrie

20 Vgl. Evers und Rauch (2002), S.168f; Hengsbach (2000), S:63.

21 Vgl. Lessenich (2003), S.218ff.

22 Vgl. Roth (2000), S.184f.

23 Spätestens seit Einführung des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (PQsG) 2002 ist dies auch gesetzlich verankert. Mit Gassmann kann man diese nur finanzpolitisch erklärbare Operation als verdeckte Rückkehr zu einem längst überwunden geglaubten Verständnis von Grundpflege verstehen. Vgl. Gassmann (2001), S.140. Hierzu auch Tönnesen-Hoffmann (2008), S.21ff.

24 Vgl. Häcker (2007), S.92. Vgl. auch Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2006).

25 Vgl. Barenbrügge (2007), S.22f.

26 Vgl. CareKonkret (9. April 2009), S.1.

27 Vgl. Fuchs (2009), S.10. Zum Vergleich: Der Durchschnittslohn von KrankenpflegerInnen liegt bei ca. 1850 Euro, derjenige einer Industriekauffrau bei ca. 2150 Euro und derjenige eines Werkzeugmechanikers bei ca. 2300 Euro (www.gehaltsvergleich.de).

28 Vgl. Güntert und Thiele (2008), S.170; Kobialka (2007), S.18.

vergleichbaren Rationalisierungspotentiale vorhanden sind, liegt die spezifische Preissteigerungsrate des Pflegesektors deutlich über der allgemeinen. Nach Angaben von Häcker hätte es eines dynamischen Zuwachses der Vergütung um jährlich 3,87 Prozent bedurft, um allein den Versicherungswert der realen Pflegeleistungen konstant zu halten. Bislang ist eine Dynamisierung der Leistungen in monetären Größen ausgeblieben, was zu einer bedeutenden Unterfinanzierung in der Pflege mit skandalösen Konsequenzen geführt hat (vgl. 1.1.3).²⁹

Um die Größenverhältnisse dieser Lohnzurückhaltung zu erfassen, muss aufgrund fehlender Erhebungen wiederum auf Schätzungen zurückgegriffen werden. Legt man ausgehend von den Vollzeitäquivalenten der Pflegestatistik 2005 hypothetisch die durchgehende Zahlung eines Minimallohnes von Brutto 7,5 Euro zugrunde, erzielt man Mehrkosten von ca. 1,25 Mrd. Euro.³⁰ Legt man hingegen den durchschnittlichen Stundenlohn für Altenpfleger/-innen mit ein- bis dreijähriger Berufserfahrung zugrunde (ca. 13 Euro), erhöhen sich die Mehrkosten auf ca. 2,17 Mrd. Euro. Damit würden sich die real notwendigen Kosten für eine faire kostendeckende Pflege für das Jahr 2005 auf ca. 27,35 Mrd. Euro erhöhen.³¹

1.2.3 Die umfassende Bedeutung

■ Jedoch ist auch hierbei zu beachten, dass die Wertschöpfung der Altenpflege nur zu einem Bruchteil in das BIP einfließt, denn der Großteil der Altenpflege in Deutschland wird jenseits von Marktprozessen erbracht und wird somit nicht in realen Zahlungen erfasst. Wird nun also die Schätzung um noch eine zusätzliche Dimension erweitert, erhält man die vollumfängliche Erfassung der Pflege, d.h. unter Einbezug der informellen Pflege in den Privathaushalten, die ohne Verrechnung mit Versicherungsträgern erbracht wird.

Ulrike Schneider ermittelt auf Basis von Haushaltspanels und des Sozio-oekonomischen Panels die Gesamtzahl von 4,8 Millionen Personen, die für das Jahr 1997 in der informellen, häuslichen Pflege engagiert sind, welche durchschnittlich jedoch »nur« 19,5 Stunden pro Woche für Pflege und Betreuung aufwenden; das gesamte Arbeitsvolumen entspricht damit rund 3,2 Millionen Vollzeitstellen.³²

Zur Erfassung des volkswirtschaftlichen Beitrags muss die informelle Pflege zudem monetär bewertet werden, so als ob sie auf einem Markt erbracht worden wäre, und um die zur Leistungserbringung notwendigen Vorleistungen ergänzt werden: Mittels der Substitutionskosten-Methode ermittelt Schneider den Multiplikator von 3,6, um die reale Wertschöpfung der informellen Pflege gegenüber dem von der sozialen Pflegeversicherung aufgewendeten Betrag zu erfassen: Wenn diese Relation über die Jahre stabil geblieben ist, lag die eigentliche Wertschöpfung, die im vollumfänglichen Bereich der Altenpflege im Jahr 2007 erbracht wurde, bei 64,3 Mrd. Euro.³³ Nimmt man diese Zahl zu den ermittelten Werten der Wert-

29 Vgl. Häcker (2007), S.91ff.

30 Vgl. Statistisches Bundesamt (2007a), S.18. Diese Summe errechnet sich über die Mehrkosten für die Pflegestufe I in Höhe von 958.370.670 Euro und für die Pflegestufe II in Höhe von 295.002.140 Euro. Für die Pflegestufe III weicht die vorgeschriebene Bezahlung je Fall stark ab und es sind keine validen Daten zur Verteilung vorhanden. Es lässt sich hierfür keine Aussage treffen.

31 Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt (2006a).

32 Vgl. Schneider (2006), S.501f.

33 Vgl. Schneider (2006), S.503.



schöpfung im formellen Bereich, ergibt sich eine umfassende Wertschöpfungsquote der Pflege ceteris paribus in Höhe von ca. 91.65 Mrd. Euro. Wenn man diesen Wert in Anteilen des BIP ausdrückt, was statistisch nicht ganz sauber ist, da das BIP die nicht erwerbsmäßig erbrachten Leistungen eigentlich nicht berücksichtigt, entspricht er einem Anteil von ca. 4 Prozent des BIP für das Jahr 2005.³⁴

1.3 Strukturelle Unterfinanzierung und ihre Konsequenzen

■ In der reinen ökonomischen Theorie macht die Rede von Unterfinanzierung keinen Sinn: entweder es treffen sich auf freien Märkten als spontane Ordnungen Angebot und Nachfrage bei einem Konvergenzpreis und es entsteht ein Markt oder sie treffen sich nicht und kein Markt entsteht. Von Unterfinanzierung kann folglich nur gesprochen werden in Bezug auf vorgegebene Soll- und/oder Finanzierungsgrößen. Bei Unterfinanzierung handelt es sich zumeist um öffentliche Aufgabenbereiche, die nach dem Grundgesetz von staatlichen Instanzen zu organisieren sind und nur ungenügend mit den zur Leistungserstellung notwendigen Ressourcen ausgestattet sind. Auch wenn sich der Bereich der Altenpflege einer flächendeckenden Marktallokation entzieht, hat sich der Gesetzgeber im PVG zum begrenzten Einsatz des Instrumentes »Markt« entschieden, um seiner Versorgungsverantwortung nachzukommen.³⁵

Durch das Transfersystem des PVG entstand somit ein politisch stark geregelter Pflegemarkt. Durch die Schaffung von finanzkräftiger und konsumentensouveräner Nachfrage sollte ein Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen eingeleitet werden, der die Ressourcenallokation des Pflegesektors effizient und präferenzgerecht gestalten soll.³⁶ Jedoch hängt es entscheidend von der Ressourcenausstattung und der rechtlichen Rahmenordnung ab, welche Art von Wettbewerb sich ergibt: Bei ausreichender finanzieller Vergütung, die jedem Pflegebedürftigen die Pflege zukommen lässt, derer er bedarf, konkurrieren die Einrichtungen über den Wettbewerbsparameter »Qualität« bzw. »gute Pflege«. Bei ungenügender finanzieller Ausstattung konkurrieren die Einrichtungen vor allem über den Parameter »Preis«;³⁷ da jedoch die Rationalisierungspotentiale bei sozialen Dienstleistungen begrenzt sind, führt das entweder zu einem Wettbewerb um Finanzierungsverträge, was mit zusätzlichen Transaktionskosten verbunden ist, oder es geht zu Lasten der Pflegequalität oder auf Kosten der Beschäftigten über längere Arbeitszeiten oder geringere Löhne.³⁸

Die aktuelle Systemkonfiguration durch das PVG bedingt eine strukturelle Unterfinanzierung (vgl. 1.2.2). Unter den Bedingungen von Markt und Wettbewerb führt sie für die Beschäftigten und die Beschäftigung allgemein zu folgenden misslichen Konsequenzen:

.....
34 Vgl. Statistisches Bundesamt (2005); Statistisches Bundesamt (2006b). Das BIP 2005 belief sich auf 2244 Mrd. Euro.

35 Vgl. Leibold (2005), S.30ff.

36 Vgl. Rothgang (2000), S.65; hierzu auch: Brändle-Stroh (2000), S.38-40.

37 Vgl. Sauerland (2007), S.174f.

38 Vgl. Gabriel (2007), S.229.

1.3.1 Entwicklung der Betreuungsrelation und der Pflegefachquote

■ Der absolute Anstieg der Beschäftigten (vgl. 1.2.1) in der Altenpflege sagt nur bedingt etwas aus über die damit verbundene Arbeitsintensität und Qualität der Pflegeleistungen. Aus strukturqualitativer Perspektive ist zum einen die Entwicklung der Betreuungsrelation aussagekräftiger, d.h. das Verhältnis zwischen der Anzahl Pflegebedürftiger und der Anzahl Pflegenden; sie zeigt an, ob ausreichend Personal zur Versorgung der Pflegebedürftigen vorhanden ist. Zum anderen ist als Indikator für qualitative Pflege die Pflegefachquote bedeutsam, d.h. das Verhältnis ausgebildeten Pflegefachpersonals zum Gesamtpersonal (in Vollzeitäquivalenten), denn sie zeigt an, ob ausreichend qualifiziertes Personal angestellt ist, um eine fachgerechte Erbringung von Pflegeleistungen zu gewährleisten.³⁹

Nach Angaben der Pflegestatistik 2007 stand in der ambulanten Pflege gegenüber den Erhebungen aus dem Jahr 2005 einer Zunahme der Pflegebedürftigen von 6,9 Prozent ein Zuwachs der Pflegenden um 10,2 Prozent gegenüber. In der stationären Pflege findet sich ein ähnlicher Trend, ausgehend von einem höheren absoluten Niveau mit geringeren Zuwächsen: Einer Zunahme der Pflegebedürftigen um 4,8 Prozent stand eine Zunahme der Pflegenden um 5 Prozent gegenüber. Zusätzlich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Mehrheit der Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit tätig sind (vgl. 1.2.1). Wenn man das Verhältnis von reiner Beschäftigtenanzahl und entsprechenden Vollzeitäquivalenten auf die neu entstandenen Stellen überträgt, dann fällt der Zuwachs in der stationären Pflege mit 7,2 Prozent geringer aus; in der ambulanten Pflege fällt der Zuwachs an Pflegenden mit 3,6 Prozent sogar geringer aus als die Zunahme der Pflegebedürftigen.⁴⁰ Zugleich nahm im selben Zeitraum die Anzahl von Altenpflegehelfern gegenüber voll ausgebildeten Altenpflegern überproportional zu: So wuchs die Zahl der Altenpflegehelfer mehr als drei Mal so stark an wie die Anzahl der Altenpfleger. In der Summe blieben die jeweiligen Pflegefachquoten stabil, was in der stationären Pflege auf eine leicht verbesserte nominelle Betreuungsrelation schließen lässt.⁴¹

1.3.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden

■ Bislang liegen keine Daten vor, ob die positive Entwicklung der Betreuungsrelation die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erhöht. Dies ist zu hoffen, denn die strukturellen Schief-lagen scheinen so tiefgehend zu sein, dass die Abwanderungsbereitschaft von Fachkräften vergleichsweise hoch ist.

Die Arbeit Pflegenden teilt sich nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren und Jugend zu fast gleichen Teilen in unmittelbare Pflegeleistungen (wie z.B. Grundpflege), und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen (Verwaltung, Pflegeplanung und Dokumentation, Qualitätsprüfungen).⁴² Pflegenden sehen einen grundsätzlichen Widerspruch zwischen

39 Vgl. Gerste und Rehbein (1998), S.28f.

40 Vgl. Enste und Pimpertz (2008), S.7.

41 Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S.4-8. Statistisches Bundesamt (2007a), S.6-9.
Vgl. hierzu auch Gottschall (2008), S.261f.

42 Vgl. BmffSFJ (2006), S.9.



ihrem eigenen berufsethischen Anspruch und der Wirklichkeit einer standardisierten und »zerteilten« Pflege, die den Bemühungen um eine objektivierbare Qualitätssicherung geschuldet ist. Durchgängig wird dieser Widerspruch als belastend empfunden. Das Selbstverständnis Pflegenden, eruiert aus berufsethischen Kodizes, erklärt diese Enttäuschung: Pflegende wollen Patienten als Partner sehen, mit denen sie kommunizieren, die sie einbeziehen und ihnen durch ausreichende Information Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen.⁴³ Vor diesem Hintergrund wird der Dokumentationsaufwand als übermäßig eingeschätzt. Eine qualitative Studie aus dem Jahr 2004 zeigt auf, wie so eine resignative Haltung bei Pflegenden entsteht: Aufgrund der immer noch zu großen Anzahl von Pflegebedürftigen, die jeweils betreut werden müssen, erscheint den Befragten eine Änderung der Situation kaum möglich; sie arrangieren sich mit ihr.⁴⁴

Zudem kommt ein weiterer empfundener Widerspruch: Gegenüber der anspruchsvollen und verantwortungsvollen Arbeit nimmt die Mehrheit der Altenpflegekräfte die Einkommensbedingungen als belastend und keineswegs als leistungsgerecht wahr.⁴⁵ Aufgrund dieses Widerspruchs zwischen Entgelt und Belastung ist die Abwanderungsneigung von Fachkräften hoch; jede fünfte Fachkraft denkt an einen Berufswechsel bzw. an Ausstieg.⁴⁶ Zugleich sinkt die Attraktivität des Berufs Altenpflege: es fehlen attraktive Berufschancen und Einkommensaussichten.⁴⁷

1.3.3 Entwicklung des Krankenstandes bei Pflegenden

■ Ein im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin erstelltes Belastungsscreening aus dem Jahr 2004 für Bayern hat gezeigt, dass die allgemeine Belastung und der Zeitdruck in Pflegeeinrichtungen überdurchschnittlich hoch sind. Die Werte liegen oft im kritischen Bereich; bemerkbar macht sich dies in Gereiztheit, Burnout und physischer wie psychischer Gesundheitsbeeinträchtigung der Pflegekräfte.⁴⁸ Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen liegt 62 Prozent über dem allgemeinen Durchschnitt.⁴⁹ Dies wirkt sich auch auf den Gesundheitszustand der Pflegenden aus: Die Krankenstände derjenigen AOK-Mitglieder, die in stationären oder ambulanten Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt waren, lagen mit 5,8 Prozent deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt von 4,9 Prozent.⁵⁰ Damit sind die Fehlzeiten von Altenpflegekräften wegen Krankheit fast 20 Prozent höher als im Bevölkerungsmittel. Die Krankenquote von Pflegenden ist unter den Frauenberufen die höchste überhaupt.⁵¹

43 Vgl. Bobbert (2002), S.322-326; Roth (2008), S.5.

44 Vgl. Pokorny (2004), S.114f.

45 Vgl. CareKompakt (2009), S.1; Fuchs (2009), S.5-7.

46 Vgl. epd sozial (2008), S.4. Im Mai 2009 erscheint eine Langzeitstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu den Berufsverläufen von Altenpfleger/-innen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Studie lagen die Ergebnisse noch nicht vor. Jedoch zeichnet sich eine freundliche Interpretation der Ergebnisse ab. In einem vorab veröffentlichten Factsheet wird hervorgehoben, dass auch 15 Jahre nach Beendigung der Ausbildung mehr als die Hälfte der Altenpflegekräfte noch in ihrem Berufsfeld tätig sind bzw. dahin zurückkehren, BmFSFJ (2009), S.5.

47 Vgl. Barenbrügge (2007), S.19; Vgl. Sauerland (2007), S.188.

48 Vgl. Büssing, Glaser und Höge (2004), S.85f.

49 Vgl. Neue Caritas (2007), S.29.

50 Vgl. Vetter (2004), S.19.

51 Vgl. Packeiser (2008), S.5.

Die zusätzlichen Fehlzeiten beeinträchtigen über die Zusatzbelastung auch die Arbeitsbedingungen der zur Arbeit erschienenen Beschäftigten.

1.3.4 Betriebswirtschaftliche Reaktionen der Pflegeeinrichtungen und Mindestlöhne

■ Aufgrund dieser unausgewogenen Finanzierungsbedingungen verschärft sich die Wettbewerbssituation in der Altenhilfe zunehmend. Der Kostendruck zwingt die Pflegeeinrichtungen zu einer konsequent einnahmeorientierten Unternehmenspolitik, so dass nur noch ein geringer Spielraum besteht, zusätzliches Personal einzustellen. Ein gewichtiger Grund hierfür ist die bisherige vergütungsrechtliche Lage, die zwar postuliert, dass die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen (SGB XI: § 84, Abs 2), wonach jedoch die Pflegekassen den Einrichtungen nicht die gesamten Lohnkosten, sondern nur einen Teil vergüten müssen. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen bleiben die tariflichen Steigerungen in den Lohnkosten bislang unberücksichtigt. Stattdessen setzen die Pflegekassen eine willkürliche Referenzgröße zur Berechnung der Pflegesätze, indem sie die durchschnittlichen Personalkosten ermitteln. Diese werden dadurch implizit zu Standards erhoben.⁵² Somit wird der Wettbewerb zwischen privatrechtlich-gewerblichen Trägern und freigemeinnützigen bzw. kirchlich gebundenen Einrichtungen massiv verzerrt, denn letztere sind zur Zahlung höherer Löhne qua Tarifrecht bzw. kirchlichem Arbeitsrecht verpflichtet. Indirekt führt dies zu einer breiten Entsolidarisierung des Sektors und seiner Beschäftigten: Viele freigemeinnützige Einrichtungen verweisen darauf, dass sie sich zur Sicherung der Finanzierung in dem Unterbietungswettbewerb entscheiden müssten, ob sie entweder hauswirtschaftliche Bereiche an Tochterunternehmen ausgliedern und damit einen Teil der Belegschaft der branchenüblichen tariflichen Bezahlung entziehen, ob sie die Tarife einfach nicht mehr anwenden und im Bereich der Diakonie über Notlagendienstvereinbarungen o.ä. weiter wirtschaften oder ob sie gänzlich aus dem Trägerverband ausscheiden sollen.⁵³ In manchen Landeskirchen haben sich einige diakonische Werke vor diesem Hintergrund bereits 2005 der Selbstbindung an die Arbeitsverträge des öffentlichen Dienstes entledigt und für ein eigenständiges Tarifsystem entschieden, so z.B. im Bereich der Arbeitsvertragsrichtlinie des Diakonischen Werkes der EKD.⁵⁴ In der Konsequenz ist der Bereich der Altenpflege vielerorts bereits zum Niedriglohnsektor geworden.⁵⁵

Die Einführung eines Mindestlohnes in der Pflegebranche stellt eine erste politische Reaktion auf diese Entwicklungen dar. Der massive Preiswettbewerb wird dadurch voraussichtlich zumindest dahingehend begrenzt, dass für Lohndumping eine letzte Auffanglinie in Höhe des Mindestlohnes eingezogen wird. Zudem hat das Bundessozialgericht (BSG) im Februar 2009 in fünf Grundsatzurteilen die Berechnung für eine angemessene, leistungsgerechte Pflegevergütung geändert: Lehnt ein Kostenträger einen prognostizierten Kostenplan eines Trägers von Pflegeeinrichtungen ab, muss er nun substantiell die Gründe für die Ablehnung anführen. Die entsprechenden Schiedsstellen haben sich bei ihrer Urteilsfindung an einem Zwei-Stufen-Modell zu

52 Vgl. Sost und Jantzer (2009), S.5.

53 Vgl. Sost und Jantzer (2009), S.5; Güntert und Thiele (2008), S.170.

54 Vgl. Tambour (2006), S.34f.

55 Vgl. Gottschall (2008), S.264.

orientieren: In der ersten Stufe müssen etwaige Mehrkosten gegenüber dem Vorjahr auf ihre Plausibilität hin geprüft werden. Lohnsteigerungen zählen zu den plausiblen Gründen. Sind die Kostensätze plausibel, erfolgt in einer zweiten Stufe ein externer Vergleich der Pflegesätze. Dazu werden sie mit anderen, vergleichbaren Pflegeheimen verglichen, wobei jedoch nicht zwischen tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Heimen unterschieden werden darf. Liegen die geforderten Pflegesätze über dem unteren Drittel der verglichenen Pflegesätze, dann muss der Heimträger die wirtschaftliche Angemessenheit der höheren Sätze aufweisen. Die Zahlung von Tarifföhnen und ortsüblichen Gehältern soll dabei als angemessen gelten.⁵⁶ Inwieweit sich dieses BSG-Urteil bewährt, muss derzeit noch offen bleiben.

1.3.5 Patientenzufriedenheit

■ Der aktuelle Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Qualität der Pflege für die Jahre 2004-2007 stellt insgesamt fest, dass sich die Pflege trotz der schwierigen Umstände gegenüber dem ersten Berichtszeitraum 2001-2004 verbessert hat. Vor allem die Ergebnisseite ist positiv: In über 90 Prozent der Fällen war der festgestellte Pflegezustand zufriedenstellend. Auch die Patientenzufriedenheit war insgesamt hoch: Die Zufriedenheitswerte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen liegen im Bereich zwischen 92,2 und 99,3 Prozent.⁵⁷

Dennoch verbleiben massive Probleme und ein erheblicher Verbesserungsbedarf: Noch immer sind die Mängelfälle im Bereich der Dekubitisprophylaxe und der Ernährung zahlreich – so wurden bei einem Drittel der Pflegebedürftigen Mängel in der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt.⁵⁸

Doch vor allem in Bezug auf den Pflegeprozess stellen die Ergebnisse nicht zufrieden: Die Durchführung einer Anamnese wurde ambulant bei jedem Dritten versäumt; Erhebungen zur Biographie gar nur bei jedem Zweiten. Ähnlich im stationären Bereich: Jedem Vierten wurde eine Anamnese vorenthalten. Individuelle Pflegeziele wurde sogar in mehr als 50 Prozent der Fälle nicht formuliert.⁵⁹

1.3.6 Illegale und irreguläre Pflege

■ In den letzten Jahren wurden vermehrt pflegenah- und pflegerische Leistungen in deutschen Privathaushalten von ausländischen Personen übernommen, deren Aufenthaltsstatus oftmals ungeklärt war.⁶⁰ Die Gründe hierfür sind sicherlich zu suchen in der hohen gesundheitlichen Belastung der pflegenden Angehörigen, der Unvereinbarkeit von Pflege und Beruf und den hohen Kosten einer häuslichen Pflege- und Betreuungskraft: Für viele ist diese Hilfeform die einzige Alternative zur unerwünschten vollstationären Versorgung.⁶¹

.....

⁵⁶ Vgl. Leth (2009), S.17.

⁵⁷ Vgl. MDS (2007), S.146; 167.

⁵⁸ Vgl. MDS (2007), S.147; 168.

⁵⁹ Vgl. MDS (2007), S.46f; 63ff.

⁶⁰ Vgl. Mather (2006).

⁶¹ Vgl. Backes, Amrhein und Wolfinger (2008), S.43-45; Neuhaus, Isfort und Weidner (2009), S.9f.

Die Beschäftigung »neuer Dienstmädchen«, d.h. ausländischer Haushaltskräfte in Privathaushalten mit einem Pflegebedürftigen ist seit 1. Januar 2005 auch auf legalem Wege möglich. Obwohl das Unternehmen, für welche die Pflegekraft angestellt ist, Sozialabgaben und Beiträge für die Krankenversicherung in Deutschland entrichten, entsprechen auch diese legalen Beschäftigungsverhältnisse nicht der allgemeinen deutschen Arbeitsmarktordnung und sind insofern als irregulär zu bezeichnen. Dass diese Form der Erwerbsarbeit inzwischen auch volkswirtschaftlich bedeutsam ist, zeigt z.B. die Schätzung des Verbandes der privaten Pflegeanbieter. Diese nehmen an, dass durch irreguläre Pflegekräfte in Privathaushalten dem Staat und den Sozialkassen jährlich 2,5 Mrd. Euro entgehen.⁶²

Jenseits der formellen Pflegearrangements ist längst ein Schwarz- bzw. Graumarkt entstanden. Es ist davon auszugehen, dass längerfristig diese irreguläre Form von Pflegearbeit erhebliche Auswirkungen auf den Umfang und die Ausgestaltung der regulären Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der Pflege haben werden.

1.4 Fazit

■ Die hohen Zufriedenheitswerte auf Bewohnerseite sind überraschend, auch wenn man in Betracht zieht, dass sich Pflegebedürftige aufgrund so genannter Lock-in-Effekte tendenziell eher positiv äußern. Denn zugleich sind auf Seiten der Pflegenden Unzufriedenheit und eine hohe Abwanderungsbereitschaft festzustellen. Zugleich ist ihr Berufsethos offenbar so hoch, dass die Pflegenden versuchen, die strukturellen Fehler des Pflegesystems so weit wie möglich durch persönlichen (Mehr)Einsatz auszugleichen. Wie die hohen Krankheitswerte anzeigen, »geht« dies offensichtlich an die »Substanz«.

Vor dem Hintergrund der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Altenpflege und der dynamischen Entwicklung des Arbeitsmarktes für Pflegekräfte ist die öffentliche Wahrnehmung des Pflegebereiches völlig unzulänglich: Anstatt seine immensen Chancen wahrzunehmen, dominiert die Angst vor einer Kostenexplosion. Im Horizont des demographischen Wandels ist diese Angst verständlich. Doch mit Blick auf die Herausforderung der Altenpflege wäre es fatal, daraus den Schluss zu ziehen, die Kosten im Pflegesystem weiter zu begrenzen. Angesichts des Reichtums der Bundesrepublik begründet dies ausschließlich die Notwendigkeit, die Finanzierungsbasis der solidarischen Sozialsysteme umzubauen und die Pflegesätze an die Marktbedingungen anzupassen. Denn mit Blick auf die Doppelherausforderung des demographischen Wandels – steigende Zahlen Pflegebedürftiger bei abnehmenden Beschäftigtenzahlen – bleiben die bereits vollzogenen Verbesserungen unzureichend, das zeigt auch das schnelle Wachstum des Marktes für irreguläre Pflegeleistungen an.

.....
62 Vgl. Dobstadt (2006), S.4f.



2 Zentrale Gefahren der aktuellen Systemkonfiguration

Für eine nachhaltige und zukunftsfähige Entwicklung des Altenpflegesektors zeigt die Analyse des Sachstandes sechs zentrale Gefahren auf:

Gefahr 1: Ausbluten der Kernbelegschaften

Der Fachkräftemangel wird durch die anhaltend geringe Attraktivität der Pflegeberufe verschärft.

■ Schon jetzt ist die Abwanderung von Fachkräften hoch und die Krankenquote ist die höchste unter den Frauenberufen (vgl. 1.2 und 1.3). Der Grund: Pflegenden versuchen, die strukturellen Defizite durch eigenen Mehreinsatz auszugleichen. Dies geht auf Kosten der physischen und psychischen Gesundheit der im Pflegebereich Beschäftigten – langfristig wird dies auch die Pflegequalität beeinträchtigen.

Gefahr 2: Fachkräftemangel

Der Pflegebereich verliert im Verteilungskampf zwischen den Berufsgruppen um Personal an Boden.

■ Der Pflegebereich insgesamt ist in seiner derzeitigen Verfassung nicht dahingehend aufgestellt, die zukünftige Doppelherausforderung – steigende Zahlen Pflegebedürftiger bei abnehmenden Beschäftigtenzahlen – in gebotener offensiver Weise anzugehen. In Zukunft stehen immer mehr Pflegebedürftige immer weniger Pflegefähigen gegenüber. Das stellt bereits für sich eine enorme Herausforderung für die spezifischen Arbeitsmärkte dar. Es kommt jedoch hinzu, dass den Pflegefähigen eine große Auswahl an u. U. besser bezahlten und attraktiveren Jobs in anderen Branchen offen stehen werden: Da sich bereits jetzt ein Verteilungskampf zwischen den Berufsgruppen abzeichnet, wird ein künftiges Zentralthema der gesellschaftlichen Organisation von Pflege darin bestehen, genügend Personal für die Pflegeberufe zu gewinnen.

Gefahr 3:

Soziale Ungleichheiten spalten den Pflegemarkt in gute vs. günstige Pflege

Soziale Ungleichheiten setzen sich im Pflegefall fort – es droht eine Zwei-Klassen-Pflege.

■ Wenn die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ihre gesamtgesellschaftliche Akzeptanz durch gute solidarisch finanzierte Pflege nicht wahren bzw. ausbauen können, dann wandert der Teil der Nachfrager von Pflegedienstleistungen, der sich dies leisten kann, in teurere private Pflegeeinrichtungen ab und ein anderer Teil der gesamtgesellschaftlich zu organisierenden Pflege wird in die Schattenwirtschaft ausweichen, was wiederum den Druck auf die regulären Arbeitsmärkte erhöht.

Besonders skandalös ist in diesem Zusammenhang, dass diejenigen, die heute die Pflege alter Menschen übernehmen und dafür nur ungenügend entlohnt werden, in Zukunft zu denjenigen gehören werden, die sich keine teure Zusatzpflege leisten werden können, sondern im Gegenteil selbst auf Unterstützung angewiesen sein werden.

Gefahr 4: Zersplitterung des freigemeinnützigen Sektors

Der freigemeinnützige Sektor verliert durch neue betriebswirtschaftliche Rationalisierungstrends an politischem Gewicht.

- Durch Outsourcing von Tätigkeitsbereichen aus Kostengründen an privatrechtliche Gesellschaften bzw. gar Umwandlung von Einrichtungen aus kirchlicher Trägerschaft in Privatrechtliche zersplittert bereits jetzt der Korporatismus des freigemeinnützigen Bereichs. Politisch schwindet dadurch sein Einfluss. Die Belegschaften teilen sich in verschiedene Gruppen; ihre Markt- und Verhandlungsmacht schwindet.

Gefahr 5: Mindestlohn und Personalabbau

Bei fortgesetzter Deckelung der Budgets führt ein Mindestlohn zu Personalabbau.

- Der Pflegemarkt ist ein politisch höchst regulierter Markt, der ohne die solidarisch finanzierten Versicherungstransfers in dieser Größenordnung gar nicht existieren würde. Zudem ist die Substitutionselastizität für den Faktor Arbeit bei personennahen sozialen Dienstleistungen extrem gering, ebenso die Nachfrageelastizität nach Pflegeleistungen.⁶³ Wenn die Kostenträger nicht zur Ausgleichszahlung verpflichtet werden, führt ein Mindestlohn zu Personalabbau bzw. zur Ersetzung von Fachpersonal durch unqualifiziertes Hilfspersonal. Damit ginge ein Mindestlohn in weiten Teilen zu Lasten der Pflegebedürftigen. Ihr begründeter Anspruch auf gute Pflege würde erodieren. Unter solchen Bedingungen würde ein Mindestlohn kontraproduktive Folgen zeitigen.

Gefahr 6: Aushebelung der Tariflöhne

Wenn das Verhältnis der Pflegesatzverhandlungen zu den Tarifsystemen nicht konsistent geregelt wird, wird das Tarifsystem ausgehebelt.

- Wenn im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen weiterhin nur die Durchschnittspersonalkosten als Maßstab für die Leistungsvergütung herangezogen und vergütet werden, dann hebt dies weiterhin die Tariflöhne aus. Letzte Auffanglinie bildet dann nur die Höhe des Mindestlohnes. Schon jetzt scheiden vor diesem Hintergrund vermehrt kirchlich gebundene Einrichtungen aus den Trägerverbänden, v.a. der Diakonie, aus. Ob diese Gefahr durch die Grundsatzurteile des BSG gebannt wird, ist derzeit noch nicht abzusehen.

.....
⁶³ Vgl. Döring (2004), S.64.



3 Sozialethische Orientierungen

Die Sachstandanalyse hat zentrale Gefahren aufgezeigt. Doch eine pragmatische Zusammenstellung ohne ethische Reflexion reicht nur bis zur Sichtung von Positionen und nicht bis zu ihrer Zusammenführung unter übergreifenden Kriterien. Ziel dieses Teiles ist es, die impliziten Wertsetzungen der Sachverhalte zu bestimmen und sie sozialethisch zu systematisieren.

3.1 Patientenautonomie: Pflege als Vertrauensgut braucht angemessene Löhne

■ Pflege als besondere soziale Dienstleistung hat einen spezifischen Charakter, die besondere Fähigkeit seitens der Pflegenden erfordert. Qualität in der Pflege lässt sich nur bis zu einem gewissen Grad exogen vorschreiben und kontrollieren (etwa in Qualitätsstandards und durch die Heimaufsicht). Letztlich ist sie als Resultat eines Kooperations- und Vertrauensverhältnisses nur endogen effektuierbar. Die dazu erforderlichen Kompetenzen werden in Zukunft eher weiter zunehmen.

Um der pflegerischen Effektivität willen ist daher auf der (immer noch) hohen intrinsischen Motivation des Fachpflegepersonal und ihr Berufsethos aufzubauen. Eine gerechte Entlohnung ist hierfür eine notwendige, wenn auch allein nicht hinreichende Bedingung.

3.1.1 Die Charakteristika der sozialen Dienstleistung Pflege

■ In der Zusammenschau pflegewissenschaftlicher, ökonomischer und sozialethischer Literatur können einige Besonderheiten ausgemacht werden, die die Pflege als besondere soziale Dienstleistung charakterisieren:

- Als personennahe Dienstleistung weist Pflege grundlegend die Eigenschaften der Ortsgebundenheit, der Gleichzeitigkeit und der Unteilbarkeit auf.
- Der »Output« lässt sich kaum bewerten; die Kernleistung der Pflege ist immateriell und weist erhebliche Wirkungsverzögerung auf. Sie kann höchstens an einer Veränderung bzw. einer Nicht-Veränderung der Person abgelesen werden.⁶⁴
- Pflege ist gekennzeichnet durch eine begrenzte Eignung zur Standardisierung. Auch wenn es Pflegestandards gibt, so sind diese für jeden Nachfrager individuell zu justieren: die Pflegeleistungen müssen sich jeweils an den Wünschen, Präferenzen und Wertvorstellungen des Betroffenen ausrichten.⁶⁵

64 Vgl. Arnold (1998a), S.258f und S.272f; Hanussek (2004), S.135-140.

65 Vgl. Sundmacher (2007), S.205; Eiersebner (2000), S.61f.

- Die Pflege wird an und mit der Person erbracht. Der Pflegebedürftige ist Konsument und Koproduzent in einem komplexen kommunikativen und interaktiven Prozess; da der Erfolg auch von der Beteiligung des Gepflegten mit abhängt, ist die Ergebnisverantwortung nicht eindeutig zurechenbar.⁶⁶
 - Pflege findet in der alltäglichen Wohn- und Lebenssituation des zu Pflegenden statt. Daher kommt es für den Pflegenden darauf an, inwieweit es gelingt, das Vertrauen des Hilfsbedürftigen zu gewinnen und dessen eigene Ressourcen einzubeziehen. Gelingt dies, werden die eigenen (Selbstheilungs)Kräfte des Pflegebedürftigen sowie gegebenenfalls das Beziehungsnetz seiner Lebenswelt zu Produktionsfaktoren.⁶⁷
 - Die Pflegeleistung weist eine hohe Qualitätsunsicherheit bei der ersten Inanspruchnahme auf. Erst ex post kann aufgrund der gewonnenen Erfahrung ein Urteil gefällt werden. Zudem ist eine Sanktion durch Leistungsentzug aufgrund der Inelastizität der Nachfrage nach Pflegeleistungen sowie aufgrund von Lock-in-Effekten schwierig: Der Pflegebedürftige ist existenziell abhängig und angewiesen auf die Dienstleistung.⁶⁸
 - Pflege ist ein existenzielles Geschehen über einen nicht überschaubaren Zeitraum: die Nachfrage erfolgt zunächst unspezifiziert und gewinnt erst durch die Kompetenz eines medizinischen oder pflegerischen Experten an Schärfe. Weder kann der Nachfrager die Angemessenheit des Dienstes beurteilen, noch kennt er im Regelfall die Bandbreite möglicher Alternativen. Daher ist das Pflegeverhältnis gekennzeichnet durch große Asymmetrien: Das Pflegepersonal hat einen fachlichen Vorsprung; es kennt sich in den Abläufen und Routinen der Einrichtungen aus und hat damit einen institutionellen Erfahrungsvorsprung; es ist gesund und im Vollbesitz seiner Freiheit und Kräfte und es verkörpert für den Patienten einen subtilen institutionellen Erwartungsdruck (»Ja nicht die Routine stören!«).⁶⁹
- Nachfrager unterliegen fast immer einer Unsicherheit über die Qualität eines Produkts bzw. einer Dienstleistung. Die informationsökonomischen Schemata von Nelson, Darby und Karni unterscheiden Güter in Abhängigkeit der verfügbaren und zum Kauf erforderlichen Information (vgl. Abb. 1 auf der folgenden Seite): Bei einem neoklassischen Gut stehen die relevanten Informationen über die Eigenschaften und die Qualität des Gutes sowohl dem Nachfrager als auch dem Anbieter zur Verfügung. Bei einem Suchgut hingegen müssen die Informationen durch den Nachfrager zuerst beschafft werden, z.B. durch eine Besichtigung; die Eigenschaften sind ex ante beurteilbar. Ein Erfahrungsgut kann erst ex post beurteilt werden, wenn eigene Gebrauchserfahrungen vorliegen; eine Qualitätsvermutung ist demnach kaufentscheidend. Das zentrale Merkmal eines Vertrauensgutes ist, dass selbst nach dem Erwerb und Gebrauch des Gutes die Qualität des bereitgestellten Gutes nicht zweifelsfrei bestimmt werden kann.⁷⁰

.....
66 Vgl. Hanussek (2004), S.136f; Schramm (2007), S.19f.

67 Vgl. Lob-Hüdepohl (2007), S.115.

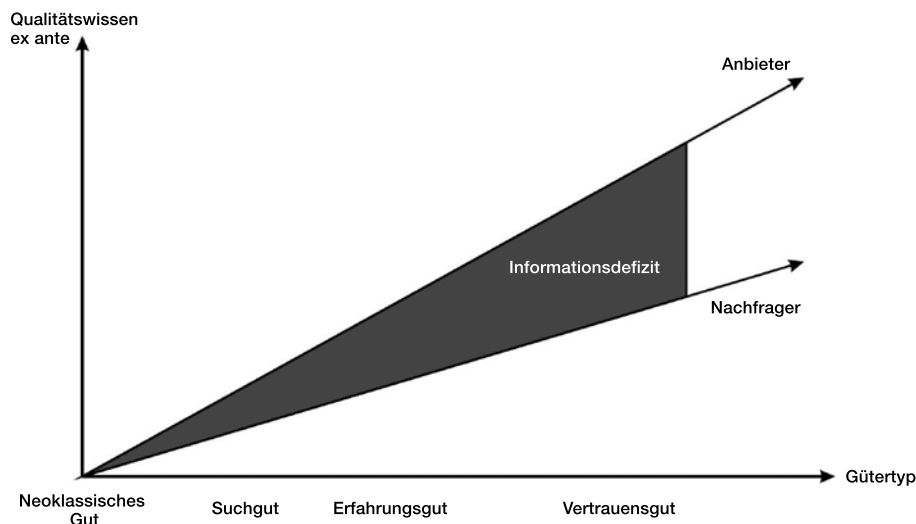
68 Sauerland (2006), S.3, Döring (2004), S.64; Schramm (2007), S.20f.

69 Vgl. Schramm (2007), S.18; Hengsbach (2007), S. 9; Roth (2002), S.5; Sundmacher (2007), S.205f.

70 Vgl. Neus (2005), S.249ff.



Abb. 1: Gütertyp in Abhängigkeit des Informationsdefizits



Quelle: Die Grafik ist angelehnt an die Darstellung aus Irmischer, Markus, »Markenwertmanagement«, S.161.

Mit Blick auf die gegebene Höhe an Informationsdefiziten auf Seiten der Pflegebedürftigen und der großen Qualitätsunsicherheit muss Pflege als Vertrauensgut eingestuft werden.

3.1.2 Patientenautonomie statt Konsumentensouveränität

■ Unter der Voraussetzung eines Pflegemarktes, der auch die erwünschten Ergebnisse hervorbringt, wird von gesundheitsökonomischer Seite stets die Stärkung der Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen betont. Der zugrundeliegende Gedankengang ist folgender: Konsument und Dienstleister stehen sich in einer Geschäftsbeziehung gleichberechtigter Wirtschaftssubjekte gegenüber: Ziel beider ist die je eigene Nutzenmehrung. Der Dienstleister folgt dem Prinzip der Gewinnmaximierung; er wird versuchen, sein Angebot daran auszurichten. Entscheidend für den Erfolg ist also, inwieweit es dem Pflegebedürftigen gelingt, seine Präferenzen mit Nachdruck zu artikulieren.⁷¹ Um ihn dazu in Stand zu setzen, braucht es eine durchsichtige und alles durchdringende Standardisierung des Pflegeprozesses, die minutiös dokumentiert wird, um im Klagefall als potentielles Beweismittel zu dienen (vgl. 1.3.2).

Dieser Ansatz übersieht jedoch die Informationsdefizite, die die soziale Dienstleistung Pflege charakterisieren sowie fundamental die Machtasymmetrien zwischen Gepflegtem und Pflegendem: Der Pflegend ist derjenige Partner, der den Pflegebedürftigen oftmals überhaupt in Stand setzt, seine Präferenzen zu artikulieren. Zudem sind die Folgekosten hoch: Der Dokumentationsaufwand zehrt die Arbeitsmotivation Pflegender aus. Dennoch wohnt dem Ansatz eine Wertvorstellung inne, die für die Argumentation nutzbar gemacht werden soll: Das Pflegeverhältnis soll zur Emanzipation und zur größtmöglichen Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen beitragen.⁷²

71 Vgl. Eiersebner (2000), S.63; Heissel (2002), S.65-78.

72 Vgl. Heissel (2002), S.118.

Mit Blick auf die Charakteristika der Pflegeleistung und der damit verbundenen Effektivitätsbedingungen ist es erfolgsversprechender, von der anderen Seite des Pflegeverhältnisses bei der Verantwortlichkeit und dem Qualitätsbewusstsein der Pflegenden anzusetzen: Um sich auf das Vertrauensgut einzulassen, bedarf es eines Vertrauensvorschlusses des Pflegebedürftigen; der Pflegeprozess beruht folglich auf einem breiten Fundament einer vorausgesetzten »impliziten Zustimmung«. Demgegenüber stehen die Pflegenden in der Pflicht: Pflege erschöpft sich nicht in der Grundpflege, sondern beinhaltet ebenso die Vermittlung pflegerelevanter Informationen, die Linderung von Schmerzen bis hin zur Tröstung, Begleitung von Präventions-, Aktivierungs-, und Mobilisierungsmaßnahmen, Beratung und Anleitung sowie medizinische Behandlung. Pflegenden sind mehr als nur Erfüllungsgehilfen; sie müssen sensibel für die Stimmung der Gepflegten und für nicht gestellte Fragen sein, indem sie proaktiv Gesprächsbereitschaft signalisieren, jedoch zugleich der Versuchung der Bevormundung widerstehen.⁷³

Menschenrechtsethisch lässt sich das Ziel begründen, dass der Pflegeprozess eine größtmögliche Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen ermöglichen soll.⁷⁴ Menschen als Handelnde, die den Anspruch auf Sinnverwirklichung erheben, setzen die Geltung grundlegender Normen, wie der Menschenrechte oder noch fundamentaler, der Menschenwürde, immer schon voraus. Ein Mensch ist nämlich je schon in zweifacher Weise abhängig von den Handlungen anderer: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit nicht beeinträchtigen. Zum anderen muss er mit Lebensumständen rechnen, in denen er die handlungsnotwendigen Güter und Freiheiten nicht durch eigene Anstrengungen erreichen oder erhalten kann und so auf die Hilfestellung anderer angewiesen ist. Ein so in seinen Grenzen reflektierter Freiheitsbegriff wird als Autonomie bezeichnet. Das Patientenrecht auf Achtung der Autonomie fordert im Anschluss daran, den anderen trotz seiner Hilfebedürftigkeit ernst zu nehmen und ihm die seiner Menschenwürde entsprechende größtmögliche Freiheit zu ermöglichen.⁷⁵

Aufgrund der großen Asymmetrien in der Pflege ergibt sich daraus eine besondere Verantwortung der Pflegenden für die Fähigkeit und Möglichkeit der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Monika Bobbert formuliert in ihrem Werk »Patientenautonomie und Pflege« vor diesem Hintergrund zentrale Rechte, für deren Verwirklichung die Pflegenden in der Pflicht stehen, wie z.B. das Recht auf informierte Zustimmung zu jedweder Pflegemaßnahme; das Recht auf Wahl zwischen möglichen Behandlungsalternativen etc.⁷⁶

Da die Ergebnisverantwortung nicht zugerechnet und die Verwirklichung von Autonomie kaum gemessen werden kann, verbleibt als ethisch verantwortbare Strategie, auf der intrinsischen Motivation des Fachpflegepersonals und ihr Berufsethos aufzubauen (vgl. 1.3.3; 1.3.5): Voraussetzung für eine dauerhaft hohe Motivation von Beschäftigten ist ein Lohn, der von ihnen selbst als angemessen wahrgenommen wird. Damit wird den Pflegenden auch gesellschaftliche Anerkennung ihrer Leistungen signalisiert.⁷⁷ Zweitens ist die Motivation dadurch zu sichern, dass mehr Pflegekräfte eingestellt werden, was die Betreuungsrelation und die Pflegefachquote erhöht und den einzelnen Pflegenden mehr Zeit und Entlastung einräumt.⁷⁸ Drittens kann die Motivation dadurch gefördert werden, dass man die Arbeitszufriedenheit

73 Vgl. Bobbert (2002), S.143f.

74 Vgl. Bobbert (2002), S.173ff.

75 Vgl. Bobbert (2002), S.161f.

76 Vgl. Bobbert (2002), S.134-143.

77 Vgl. Fuchs (2009), S.10.

78 Vgl. Hanussek (2004), S.149.



erhöht und den Beschäftigten mehr Entscheidungskompetenz überträgt. Die intrinsische Motivation wird vor allem durch die Erfahrung von Solidarität und, so ist für Pflege zu ergänzen, von Dankbarkeit, ganzheitlicher Verbesserung, gelungener Kommunikation o.ä. erhöht.⁷⁹ Dies braucht elastische Zeitkorridore für die Pflege und ein gewisses Maß an Entscheidungsspielraum;⁸⁰ eine so erhöhte Arbeitszufriedenheit kann auch das schlechte Image und die Position der Pflegeeinrichtungen als Nachfrager auf dem Arbeitsmarkt verbessern.

3.2 Voraussetzungen einer demokratischen Gesellschaft – Beteiligungsgerechtigkeit braucht gerechte Löhne

■ Eine demokratische Gesellschaft muss auf Beteiligungsgerechtigkeit drängen. Für das Selbstverständnis als Bürgerinnen und Bürger ist es grundlegend, sich wechselseitig als Gleiche anzuerkennen – mit gleicher Würde und gleichen Rechten. Dazu reichen die gesetzlich ratifizierten, formalen Teilhaberechte allein nicht aus. Vielmehr kommt es darauf an, sie durch Beteiligungschancen zu sichern: Jedes Mitglied der Gesellschaft muss über die Mittel verfügen können, die ihn zur Beteiligung am gesellschaftlichen Leben in Stand setzen.⁸¹ Zugleich jedoch ist die bundesdeutsche Gesellschaft eine Arbeitsgesellschaft, für die die Stellung der Erwerbsarbeit immer noch zentral ist: nicht nur für Einkommen, soziale Sicherheit, sondern auch für die Integration und die persönliche Entfaltung.⁸²

Pflegearbeit als bedeutsame gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit einem bedeutenden volkswirtschaftlichen Beitrag muss demnach so entlohnt werden, dass die Pflegenden voll teilhaben können sowohl am Arbeitsmarkt als auch an gesellschaftlichen und demokratischen Prozessen.

Als »bester Weg« dahin kann gemäß dem Prinzip der Subsidiarität ein fairer Tariflohn gelten. Unter den gegebenen Bedingungen muss der Mindestlohn als »zweitbesten Weg« hingenommen und ergänzt werden.

3.2.1 Pflege und Tariflohn

■ In Ermangelung eines gesellschaftlich konsensfähigen Berechnungsmaßstabs für einen gerechten Lohn kommt der Verhandlungsbasis für einen fairen, d.h. vor allem demokratischen Interessenausgleich eine besondere Bedeutung zu.⁸³

In Erwerbsarbeitsgesellschaften und kapitalistischen Marktwirtschaften verkörpert sich die (verfassungs-)rechtliche Ausgestaltung der sozialen Grundrechte der abhängig Erwerbstätigen innerhalb der Grenzen, die gegen die Vermarktung menschlicher Arbeit errichtet werden; dazu zählen neben dem Arbeitsrecht, dem Arbeits- und Gesundheitsschutz auch die Tarif-

.....

79 Vgl. Gewirth (1996), S.281f.

80 Vgl. die Resultate des Pilotprojekts in Attendorf, das ausgezeichnete Ergebnisse eben durch mehr Verantwortung und konzeptionelle Beteiligung der Pflegekräfte erzielte; Beul (2007), S.32.

81 Vgl. Möhring-Hesse (2004), S.127ff; Gewirth (1996), S.35f.

82 Vgl. Emunds (2009), S.2.

83 Vgl. Nell-Breuning (1960), S.132ff.

autonomie und die Flächentarifverträge. Dabei ragt die Unterscheidung und gegenseitige Ergänzung von überbetrieblichem Tarifvertrag und betrieblicher Mitbestimmung als charakteristisches Herzstück des bundesdeutschen Wirtschaftsstils heraus. Das Tarifvertragssystem gehört zum normativen Selbstverständnis der sogenannten Sozialen Marktwirtschaft, was sich auch in einem verfassungsmäßigen Primat des Tarifvertrages niederschlägt.⁸⁴

Die Leistung des Tarifvertragssystems ist es, die vorgängige Asymmetrie des Arbeitsmarktes zwischen denjenigen, welche die Verfügungsmacht über die Arbeitsplätze innehaben, und denjenigen, die auf ein Erwerbseinkommen angewiesen sind, zumindest zum Teil auszugleichen und einen fairen, paritätischen Interessenausgleich auf Augenhöhe zu ermöglichen. Das bilaterale Monopol aus Gewerkschaften auf der einen und den Arbeitgeberverbänden auf der anderen Seite übernimmt eine den Arbeitsmarkt ordnende Rolle, indem es im Rahmen strategischer und ergebnisoffener Auseinandersetzungen Ergebnisse erzielt, denen aufgrund der Gegnerunabhängigkeit und Mächtigkeit der Parteien die materielle Gewähr zukommt, dass sie den Interessen beider Parteien gerecht werden. Ein derart ausgehandelter Lohn kann aufgrund der prozeduralen Bedingungen seines Zustandekommens als fair gelten, wenn die Verhandlungsmacht zwischen den Tarifparteien nicht zu ungleich verteilt ist.

In der stationären Altenhilfe stellten im Jahr 2005 noch diejenigen Träger, die grundsätzlich tariflich oder quasitariflich gebunden sind, den größten Anteil. Neben den freigemeinnützigen Trägern wie Caritas, Diakonie oder Paritätischer Wohlfahrtsverband, deren Angebotsanteil bei insgesamt 55 Prozent des Marktes liegt, zählen dazu auch die öffentlichen Träger mit einem Marktanteil von 7 Prozent. Privatwirtschaftliche Träger konnten ihren Anteil von 28 Prozent 2001 auf 38 Prozent 2005 ausdehnen, vor allem zu Lasten des Marktanteiles öffentlicher Einrichtungen. Bei den ambulanten Pflegediensten hingegen waren die privatwirtschaftlichen Träger bereits die größte Gruppe mit ca. 58 Prozent gegenüber den grundsätzlich tariflich gebundenen freigemeinnützigen Trägern mit 42 Prozent.⁸⁵ Mit Blick auf die Tarifbindung ist die Zunahme freier, privatwirtschaftlicher Träger sicherlich bedenklich. Jedoch weist Stefan Leibold zu Recht auf bedeutende typologische Unterschiede in der betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Ausrichtung von Pflegeeinrichtungen hin – gerade auch im privatwirtschaftlichen Segment: Nicht jeder Privatanbieter setzt die Lohnkosten aufgrund fehlender Tarifbindung als Wettbewerbsparameter ein.⁸⁶

In kirchlichen Anstellungsverhältnissen gilt grundsätzlich die Regelungsform der »Dienstgemeinschaft«, welche die Eigenart des »dritten Weges« bezeichnet und damit ein Sonder-tarifwesen jenseits konfrontativer Verhandlungen begründen soll: Um dennoch der Notwendigkeit paritätischer Verhandlungsmacht der Tarifparteien systematisch nachzukommen, übernahmen die arbeitsrechtlichen Kommissionen (AK) voll (oder allenfalls mit kleinen Differenzierungen) die Ergebnisse der Tarifpartner des öffentlichen Sektors, die sich paritätisch ein faires Ergebnis erstritten haben, (»beliehene, materielle Parität«).⁸⁷ Sie schlossen für den kirchlichen Bereich Quasi-Tarifverträge ab.

Unter dem derzeitigen sozialstaatlichen Arrangement im Bereich der Altenpflege sind die Einrichtungen der Altenpflege in einen Verdrängungswettbewerb geraten aufgrund der ge-

84 Vgl. Kommission Mitbestimmung (1999), S.33f.

85 Vgl. Enste und Pimpertz (2008), S.5-7.

86 Vgl. Leibold (2005), S.75ff.

deckelten Budgets und der Nichtberücksichtigung tariflicher Lohnsteigerungen in den Pflegegesetzverhandlungen. Waren es anfänglich vor allem kommerzielle Träger, die Druck auf die freigemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen ausübten, indem sie Stellen abbauten, untertariflich entlohnten etc., sind es zunehmend auch vermehrt kirchlich gebundene Einrichtungen der Caritas und Diakonie, die entweder über das Outsourcing von Tätigkeitsbereichen, die Anwendung der Notlagendienstverordnung o.ä. versuchen, in diesem Wettbewerb mitzuhalten, wodurch sie ihn zusätzlich anheizen und Druck auf die Einrichtungen ausüben, die sich noch an tarifvertragliche Vereinbarungen halten (vgl. 1.3.5).

Vor diesem Hintergrund zeigt die Einheitlichkeit des »dritten Weges« jedoch Risse: Am 19. Juni 2008 hat die Bundeskommission der AK eine neue Vergütungsordnung für den Caritasbereich verabschiedet. Diese setzt sich aus der alten Grundvergütung, dem Ortszuschlag der Stufe 1 und den allgemeinen Zulagen (Stand Dezember 2007) zusammen; der dynamische Ehegattenortszuschlag wurde durch statische familienbezogenen Entgeltbestandteile ersetzt; in den Folgejahren sollen Erhöhungen für alle Vergütungsgruppen durchgeführt werden. Eine strukturelle Neuregelung besteht darin, dass zukünftig nicht mehr Lebensalter, sondern Berufserfahrung und Beschäftigungszeiten als Grundlage für die Zuordnung zu Vergütungsstufen darstellen. Mit der neuen AK-Ordnung des deutschen Caritasverbandes vom 1. Januar 2008 ist eine bedeutende grundsätzliche Neuregelung eingeführt worden: Die tarifliche Zuständigkeit liegt nicht mehr allein auf der Bundesebene; sie setzt einen tariflichen Mittelwert, während die Regionalkommissionen den in ihrer Region geltenden Tarif abschließen, der bis zu 7 Prozent in Bezug auf die Entlohnung und 6 Prozent in Bezug auf die Arbeitszeit abweichen kann.

Obwohl bislang noch keine Regionalkommission von ihrem Modifikationsrecht Gebrauch gemacht hat, kann diese neue Vergütungsordnung hinsichtlich ihrer prozeduralen Aspekte keineswegs als gleichwertiger Ersatz für einen paritätischen Interessenausgleich gelten. Durch die personell paritätische Zusammensetzung der Regionalkommissionen erhebt der Caritasverband den Anspruch, ein faires Verhandlungssystem eingerichtet zu haben, und unterstellt einfach eine materielle Parität, um eigene, regionsspezifische Tarifverträge abzuschließen. Da jedoch die gesellschaftlichen Regelungen, die dem Abbau der Asymmetrie auf dem Arbeitsmarkt dienen (Gewerkschaftsgründung, Streik o.ä.), für die kirchliche Dienstgemeinschaft nicht zulässig sind, wird ein wirklich fairer Interessenausgleich blockiert, während zugleich die beliebene materielle Parität aufgegeben wird. Friedhelm Hengsbach vermutet, dass sich so die Dienstgemeinschaft unter der Hand in eine Dienstgebergemeinschaft wandelt.⁸⁸

Unter der aktuellen Systemkonfiguration scheint das Tarifsysteem – die aus Arbeitnehmersicht beste Lösung – im Nachteil und erodiert schleichend. Obwohl die Dienstgeber der Caritas faktisch an der Einheitlichkeit der Dienstgemeinschaft zumindest innerhalb ihres Verbandes festhalten, schwächen sie durch die Flexibilität in der Vergütungsstruktur das Tarifsysteem als solches. Nach Angaben von Verdi werden in manchen Regionen nur noch 20 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege nach öffentlichen oder kirchlichen Tarifen bezahlt.⁸⁹

87 Vgl. Hengsbach (1994), S.41ff.

88 Vgl. Hengsbach (1993), S.13.

89 Vgl. Feld-Fritz (2007), S.1.

3.2.2 Pflege und Mindestlohn

■ Da die »beste Lösung« erodiert, gilt es, die »zweitbeste Lösung«, den Mindestlohn, in den Blick zu nehmen. Der Bundestag hat am 22. Januar 2009 die Pflegebranche unter den Schutz des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes gestellt.⁹⁰ Aus Rücksicht auf den kirchlichen dritten Weg wird die Höhe und der Geltungsbereich nicht über einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag festgelegt, wie im Entsendegesetz vorgesehen, sondern durch eine einschlägig zu besetzende Kommission, bestehend aus Mitarbeiter- und Arbeitgebervertreter der Caritas, Diakonie und AWO, der kommunalen Arbeitgeberverbände sowie der Gewerkschaft ver.di.

Aus der sozialetischen Perspektive gerechter Beteiligung kann dieser Mindestlohn nur als ein inadäquater Ersatz für tariflich ausgehandelte Löhne sein. Denn die begründete Vermutung, dass die Lohnhöhe durch eine paritätische Verhandlungsmacht fair bestimmt wird, trifft für diese Kommission nicht zu. Doch aufgrund der schleichenden Erosion der Tarifvertragssystems stellt die Einführung eines Mindestlohnes einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar. Anzuzielen ist eine Entlohnung, die nicht zu den Armuts- bzw. Prekärlohnen zu zählen sind (vgl. 1.2.2). Durch die Beteiligung der großen Wohlfahrtverbände ist eine Einigung in Höhe der dort üblichen Bezahlung, z.B. für Pflegehilfskräfte von ca. 9 bis 9,5 Euro wahrscheinlich.⁹¹ Eine niedrigere Mindestlohnhöhe birgt die Gefahr, dass den Einrichtungen, die sich tariflich auf die Bezahlung höherer Löhne verpflichtet haben, kein entsprechender Lohnkostenausgleich vergütet wird (vgl. Gefahr 6).

Mit Blick auf die anspruchsvolle Aufgabe Pflegender, die Autonomie der Pflegebedürftigen zu befördern, wirkt ein Mindestlohn nur dann produktiv, wenn die dadurch entstehenden Mehrkosten den Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen auch tatsächlich erstattet werden. Denn sonst würde der motivational positive Effekt der verbesserten Bezahlung aufgehoben durch den Negativeffekt der Mehrbelastung, der aus einem damit einhergehenden bzw. dadurch erzwungenen Beschäftigungsabbau resultiert. Zudem gilt dieser Mindestlohn nur für ungelernete Pflegehilfskräfte – für die ausgebildeten Fachpflegekräfte sind die Tariflöhne weiterhin entscheidend. Es kommt also darauf an, die erstbeste Lösung für den gesamten Markt effektiv zu befördern.

3.3 Impuls der katholischen Sozialverkündigung: Der familiengerechte Lohn

■ Für die katholische Soziallehre ist der gerechte Lohn der Prüfstein für den Gerechtigkeitszustand einer Volkswirtschaft: Die Legitimität des gesamten Systems Marktwirtschaft hängt davon ab, ob und wie es gelingt, die Erwerbsarbeit der abhängig Beschäftigten gerecht zu organisieren. Gegenüber den Ansprüchen des Kapitals haben die Arbeit und der Subjektcharakter des Menschen im sozialen Leben und Wirtschaftsprozess unbedingten Vorrang (Quadragesimo Anno 64; Laborem Exercens 14; 19).

90 Vgl. Sost und Jantzer (2009), S.5.

91 Vgl. Markmeyer (2008), S.6.



Durch den Lohn erhalten die Beschäftigten nämlich Zugang zu den Gütern der Erde, die nach kirchlicher Lehre letztlich dem Wohl aller Menschen dienen sollen. Doch eben diese Angewiesenheit auf den Erwerbslohn begründet zugleich deren besondere Schutzbedürftigkeit – einerseits bringt sich der Arbeitnehmer mit seiner ganzen Person, seiner ganzen Würde und als Träger von Menschenrechten in die Arbeit ein; andererseits ist er darauf angewiesen, seine Arbeitskraft verkaufen zu können, um seinen Lebensunterhalt und den seiner Familie zu sichern. Als große Leistung der Gewerkschaftsbewegung im 19. und 20. Jahrhundert kann es gelten, dass sie hierzulande eine hinreichende arbeitsrechtliche Regelung und sozialstaatliche Absicherung der Erwerbsarbeit erkämpfen konnte. Vor diesem Hintergrund spricht sich die katholische Sozialverkündigung dezidiert für eine breite Beteiligung der Arbeitnehmer aus, etwa in Form der Mitbestimmung (*Laborem Exercens* 14; 20).

In der Tradition der Sozialverkündigung ist der gerechte Lohn immer ein familiengerechter Lohn: Das entscheidende Kriterium ist der soziokulturelle Lebensbedarf des Arbeiters und seiner Familie. Er soll durch seine Arbeit alleine mit seinem Lohn – nach Steuern und Abgaben, ergänzt durch Familienleistungen des Staates – die ganze Familie so versorgen können, wie es dem Wohlstandsniveau der Gesellschaft entspricht (*Quadragesimo Anno* 71; *Laborem Exercens* 19). Aktualisiert man den Maßstab des Familienlohns entsprechend einer gendergerechten Zielsetzung, dann bedeutet dies: Beteiligt sich ein Paar mit einem Stellenumfang von insgesamt 100 Prozent an der Erwerbsarbeit, dann sollte die Familie von den Arbeitseinkommen und den staatlichen Transferleistungen auch gut leben können.

Dies vermögen derzeit die Tarifsysteme im Bereich der Altenpflege für die Mehrheit der Beschäftigten und deren Familien nicht mehr zu gewährleisten. Zieht man in Betracht, dass neben dem Lebensbedarf des Arbeiters sowohl die Lebensfähigkeit des Unternehmens als auch die allgemeine Wohlfahrt als weitere Determinanten eines gerechten Lohnes gelten, muss über ergänzende Instrumente nachgedacht werden, wie eine familiengerechte Entlohnung zu Wege gebracht werden kann. Der Mindestlohn allein dürfte nicht ausreichend sein – denn um das Arbeitseinkommen einer Familie mit zwei Kindern (unter 14 Jahre) auch nur auf das Niveau zu heben, das sie durch Bezug von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II erhielte, müsste der Mindestlohn mindestens 13 Euro betragen.⁹² Dies wäre für die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen kaum tragbar.

Der BAT (bzw. TVöD) sowie auch die neue Vergütungsordnung des Caritasverbandes führen jeweils familienbezogene Entgeltbestandteile. Freilich reicht der Umfang eines solchen Ausgleichs nicht hin, um eine Vergleichbarkeit der Lebensverhältnisse von Paaren mit und Paaren ohne Kindern herzustellen. Doch entspricht er im Ansatz dem spezifischen katholischen Profil derjenigen Einrichtungen, die sich in ihrer »Grundordnung im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse« ja immerhin auf die Grundnormen verpflichtet haben, die die katholische Soziallehre für die Arbeits- und Lohnverhältnisse vorsieht.⁹³

92 Vgl. Emunds (2009), S.2.

93 Vgl. Die deutschen Bischöfe (1993), Präambel, Abs 3, S.8.

4 Sozialpolitische Forderung

Hinter der Frage des gerechten Lohnes in der Altenpflege steht letztlich die grundsätzliche, gesamtgesellschaftliche Frage: Was ist der Gesellschaft die Pflege und Betreuung alter, kranker, gebrechlicher und behinderter Menschen wert?

Wichtige Facetten des Sachstandes und der sozialetischen Reflexion zeigen dies an:

- Die Doppelherausforderung durch den demographischen Wandel (steigende Zahlen Pflegebedürftiger bei abnehmenden Beschäftigtenzahlen),
- die große gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesektors bei gleichzeitiger materieller Geringschätzung,
- das Unterfinanzierungsproblem und massive missliche Konsequenzen,
- gute Zufriedenheitswerte der Gepflegten bei geringer Arbeitszufriedenheit und Abwanderungsneigung der Pflegenden.

■ Die Prognose, dass der Pflegebedarf in Zukunft noch weiter stark steigen wird, begründet die Einschätzung, dass die Aufgabe, Pflegearbeit fair zu regeln, eine der zentralen künftigen Herausforderungen für eine gerechte Organisation der gesellschaftlich notwendigen Arbeit sein wird. Bevor die Beschäftigungsvoraussetzungen für die Pflegekräfte und ihr Berufsethos irreversibel erodieren, kommt es jetzt darauf an, zukunftsfähige Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, qualitativen Pflegeleistungen zu erbringen, Tariflöhne zu zahlen und insgesamt förderliche Arbeitsbedingungen für das Personal bereitzustellen.

In Bezug auf die Pflegesatzverhandlungen rücken die vergütungsrechtlichen Aspekte in den Fokus: Die bisherige vergütungsrechtliche Lage, wonach die Pflegekassen den Einrichtungen nicht die gesamten Lohnkosten, sondern nur einen Teil vergüten müssen, ist volkswirtschaftlich als unnachhaltig und sozialetisch als ungerecht zu beurteilen. Vor allem die Nichtberücksichtigung tariflicher Lohnsteigerungen ist vom sozialetischen Standpunkt gerechter Beteiligung skandalös. Stattdessen setzten die Pflegekassen eine beliebige Referenzgröße zur Berechnung der Pflegesätze, indem sie die durchschnittlichen Personalkosten ermitteln, welche dadurch implizit zu Standards erhoben werden (vgl. 1.3.5).

Es ist bislang offen, inwieweit die Grundsatzurteile des BSG von Februar 2009 die Situation nachhaltig verändern können. Sicherlich weist die Einführung einer Rechtfertigungspflicht für die Ablehnung eines Kostenplanes von Seiten der Pflegekassen in die richtige Richtung; die Beweislast in erster Instanz obliegt nicht mehr der ohnmächtigen Verhandlungspartei, was insgesamt die Transparenz des Verfahrens erhöht. Auch die Vorgabe, dass die Einhaltung der Tarifbindung immer als wirtschaftlich angemessen zu werten ist, ist gegenüber der bislang geltenden Regelung ethisch zu begrüßen (vgl. 1.3.5).



Nun gilt es, diese Grundsatzentscheidung in Gesetzesform zu bringen. Zwar kann auch ein Gericht in Abwesenheit spezieller Gesetzesvorschriften anhand allgemeiner Grundsätze zu einem konkreten Urteil kommen und somit Richterrecht schaffen. Dennoch liegt die normative Verbindlichkeit eines solchen Urteils natürlich unterhalb einer gesetzlichen Regelung im SGB. Es bleibt somit Interpretationsspielraum.

Daher wird hier aus einer sozialetischen Perspektive gerechter Beteiligung und normativen Menschenrechtsdenkens dafür plädiert, dass die Verhandlungsregelungen mit den Kostenträgern gesetzlich umgestaltet werden. In der jetzigen Form führen sie zu Unterfinanzierung, Motivationserosion bei den Mitarbeitern und zum Abbau von Fachpersonal. Darüber hinaus wird die Rekrutierung von qualifiziertem und pflegefähigem Nachwuchspersonal erschwert. Auch die jüngste Rechtssprechung bietet nicht ausreichend Rechtsgewissheit, um eine nachhaltige, zukunftsfähige Entwicklung des Pflegesektors zu gewährleisten.

Als erster, grundlegender Schritt bietet sich eine gesetzliche Verankerung der Geltung tariflicher Vereinbarungen im Leistungsrecht an. Daher ist das SGB XI: § 72, Abs.3, 2. wie folgt zu verändern (Änderung hervorgehoben):

»...die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftlich pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche oder branchenübliche tarifliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen«.

5 Literaturverzeichnis

AKADEMIE DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART (Hg.) (2000): Altenpflege zwischen Makrosteuerung und Marktwirtschaft. Zum Einfluss planerischer und marktwirtschaftlicher Kriterien für die Pflegeinfrastruktur in Deutschland, Schweiz und Österreich. Stuttgart.

ARNOLD, ULLI (1998): Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion. In: Arnold, Ulli; Maelicke, Bernd (Hg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 257-276.

ARNOLD, ULLI; MAELICKE, BERND (Hg.) (1998): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

AUFDERHEIDE, DETLEF; DABROWSKI, MARTIN (Hg.) (2007): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften, 551).

BACKES, GERTRUD; AMRHEIN, LUDWIG; WOLFINGER, MARTINA (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik; Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. August 2008. Bonn: Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs).

BARENBRÜGGE, DOROTHEE-CHRISTOPHER BANGERT (2007): Unternehmen der Caritas erwarten wirtschaftliche Probleme. In: Neue Caritas, Jg. 108, H. 5, S. 17-22.

BAUER, ULLRICH; BÜSCHER, ANDREAS (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BEUL, UWE (2007): Vom normalen Altenheim an Deutschlands Spitze. In: Neue Caritas, Jg. 108, H. 6, S. 32.

BOBBERT, MONIKA (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

BRÄNDLE-STRÖH, ANKE (2000): Sozialplanung und Marktwirtschaft – ein Widerspruch? Ein Seitenblick auf die Schweiz. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hg.): Altenpflege zwischen Makrosteuerung und Marktwirtschaft. Zum Einfluss planerischer und marktwirtschaftlicher Kriterien für die Pflegeinfrastruktur in Deutschland, Schweiz und Österreich. Stuttgart, S. 34-42.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND [BMFFSFJ] (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND [BMFFSFJ] (2009): Faktenblatt – moderne Altenpflege heute in Zahlen. Online verfügbar unter http://www.die-moderne-altenpflege.de/nn_36904/DE/Presse/Pressematerial/Pressemappen/Factsheet/Factsheet,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Factsheet.pdf, zuletzt geprüft am 26.04.2009-

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT [BMG]. (2008): Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/Pflegebericht,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegebericht.pdf, zuletzt geprüft am 04. April 2009.

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (BPB): Die soziale Situation in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.bpb.de/wissen/29GPUG,0,0,Sozialversicherungspflichtig_Besch%E4ftigte.html, zuletzt geprüft am 20.04.2009.

BURGER, FRANZ; WEBER, MATTHIAS (2007): Stationäre Pflege gewinnt weiter an Bedeutung. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, H. 4, S. 3-8.

BÜSSING, ANDRE; GLASER, JÜRGEN; HÖGE, THOMAS (2004): Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).



CAREKOMPAKT (09. April 2009): Löhne von unter 2000 Euro die Regel. DGB-Studie: Jede zweite Pflegekraft mit Arbeitsbedingungen und Gehalt unzufrieden. Jg. 12, Ausgabe 15, 09.April 2009, S. 1-2.

DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (1993): Erklärung der deutschen Bischöfe zum kirchlichen Dienst. In: Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse, Bonn, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 9. ergänzte Auflage 2003. Online verfügbar unter http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1a.bischoefe/db051_9_auflage.pdf, zuletzt geprüft am 21.04.2009, S.7-14.

DOBSTADT, M. (2006): Die illegalen nehmen uns die Arbeit weg. epd Sozial, Ausgabe 18, S. 4-5.

DÖRING, DIETHER (2004): Sozialstaat. Frankfurt am Main: Fischer.

EIERSEBNER, ERWIN (2000): Bedarfsplanung am Beispiel der Bedarfs- und Entwicklungspläne in Österreich. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hg.): Altenpflege zwischen Makrosteuerung und Marktwirtschaft. Zum Einfluss planerischer und marktwirtschaftlicher Kriterien für die Pflegeinfrastruktur in Deutschland, Schweiz und Österreich. Stuttgart, S. 43-63.

EMUNDS, BERNHARD (Januar 2009): Mindestlohn und Extra-Kindergeld: sozialetische Bemerkungen zur Überwindung von Armut trotz Arbeit, Jg. 5, H. 2, S. 1-2.

ENSTE, DOMINIK; PIMPERTZ, JOCHEN (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends, Jg. 35, H. 4, S. 1-16.

EPD (19. Spetember 2008): Jede fünfte Pflegekraft denkt an Ausstieg. In: epd Sozial, Ausgabe 38, 19. September 2008, S. 4.

EVERS, ADALBERT; RAUCH, ULRICH; STITZ, UTA (Hg.) (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma (Modernisierung des öffentlichen Sektors, 16).

FELD-FRITZ, GABRIELE (2007): Pflege ist mehr wert! Hamburger Bündnis gegen Lohndumping in der ambulanten Pflege. Ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Online verfügbar unter http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/pflegeeinrichtungen/broschueren_und_infos/infopost_altenpflege/data/infopost_64-07_-_pflegebuendnis_hamburg.pdf. Zuletzt geprüft am 19. 03. 2009.

FUCHS, TATJANA (2009): Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen. Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/08. Internationales Institut für empirische Sozialökonomie. Online verfügbar unter http://presse.verdi.de/aktuelle-themen/pflegedienste/data/dgb-index_altenpflege_end.pdf, zuletzt geprüft am 5.Juli 2009.

GABRIEL, KARL (Hg.) (2002): Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften (43. Band).

GABRIEL, KARL (2007): Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften), S. 215-232.

GABMANN, RAPHAEL (2001): Forschung und Beratung im Pflegemarkt. Neue Herausforderungen durch das Pflegeversicherungsgesetz. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 50, H. 6, S. 140-146.

GERSTE, BETTINA; REHBEIN, ISABEL (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (WIdO Materialien, 38).

GEWIRTH, ALAN (1996): The Community of rights. Chicago & London: The University Press Chicago.

GOTTSCHALL, KARIN (2008): Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung. – oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung. In: Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, Jg. 17, H. 4, S. 254-267.

- GÜNTERT, BERNHARD; THIELE, GÜNTER (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege. In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 154-179.
- HÄCKER, JASMIN (2007): Zu notwendigen Dynamisierung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 56, H. 4, S. 91-97.
- HANUSSEK, ZUZANNA (2004): Wohin geht die Altenpflege. Eine empirische Untersuchung zu ihrer Praxis, Theorie und Entwicklung. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie. Hochschule Vechta. Vechta.
- HEISSEL, ARNE (2002): Konsumentensouveränität als Leitbild im deutschen Gesundheitswesen. Eine evolutorische Analyse. Bayreuth: P.C.O. (Schriften zur Gesundheitsökonomie, 33).
- HENGSBACH, FRIEDHELM S.J. (1994): Der »dritte Weg« aus dem Abseits heraus. Gesellschaftsethische Anfragen an die »Erklärung der Bischöfe zum kirchlichen Dienst« und an die »Grundordnung im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse« von 1993. Frankfurt (Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung, 13).
- HENGSBACH, FRIEDHELM S. J. (2001): Die Ökonomisierung des kirchlichen Dienstes. In: Krämer, Werner; Gabriel, Karl; Zöllner, Norbert (Hg.): Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse. Arbeitgeberin Kirche unter Marktdruck. Münster: Lit Verlag (Studien zur christlichen Gesellschaftsethik, 3), S. 33-65.
- HENGSBACH, FRIEDHELM S. J. (2005): Die Anderen im Blick. Christliche Gesellschaftsethik in den Zeiten der Globalisierung. 2. Aufl. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- HENGSBACH, FRIEDHELM S. J. (2007): Der Sozialstaat in der Marktfalle. – Diakonische Einrichtungen als kooperative Geiseln. Nell-Breuning-Institut. Online verfügbar unter <http://www.sankt-georgen.de/nbi/pdf/beitrage/diak-geiseln.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.07.
- HOFFMANN, ELKE (2002): Der demografische Strukturwandel in Deutschland – einige Anmerkungen dargestellt mit Daten des Statistischen Informationssystems GeroStat. In: C. Tesch-Römer (2002), Gerontologie und Sozialpolitik (S.43-60). Stuttgart u. a. : Kohlhammer.
- IRMSCHER, MARKUS (1997): Markenwertmanagement. Aufbau und Erhalt von Markenwissen und -vertrauen im Wettbewerb. Eine informationsökonomische Analyse. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag (Europäische Hochschulschriften).
- KOBIALKA, ANDREA (2007): Abschauen erwünscht. In: Neue Caritas, Jg. 108, H. 12, S. 17-19.
- KOMMISSION MITBESTIMMUNG (1999): Mitbestimmung und neue Unternehmenskulturen. Bilanz und Perspektiven. 2. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- KRÄMER, WERNER; GABRIEL, KARL; ZÖLLNER, NORBERT (Hg.) (2001): Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse. Arbeitgeberin Kirche unter Marktdruck. Münster: Lit Verlag (Studien zur christlichen Gesellschaftsethik, 3).
- LEIBOLD, STEFAN (2005): Wie organisiert man »gute Pflege«. Bausteine zu einer Ethik ambulanter Pflegedienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- LESSENICH, STEPHAN (2003): Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- LETH, FRANK (2007): Neue Basis für Berechnung der Pflegesätze. BSG: Zahlung von Tariflöhnen und ortsüblichen Gehältern wirtschaftlich angemessen. In: epd Sozial, Ausgabe 6, 6.2.2007, S. 17.
- LOB-HÜDEPOHL, ANDREAS (2007): Vermarktlichung des Sozialstaates. – Anmerkungen aus sozialetischer Sicht. Korreferat zu Frank Nullmeier. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften, 551), S. 109-119.
- MARKMEYER, BETTINA (2008): Einigung auf Pflege-Mindestlohn wahrscheinlich. Entscheidung soll am 27. November fallen – Kirchen sollen dabei sein. In: epd Sozial, Ausgabe Nr.47, 21.11.2008, S. 6.

MATHER, CELIA (2006): Out of the shadows. Organising and protecting domestic workers in Europe. The role of trade unions. Online verfügbar unter http://www.globallabour.info/en/2007/09/out_of_the_shadows_by_celia_ma.html, zuletzt abgerufen am 20. 04.2009.

MEDIZINISCHER DIENST DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN E.V. (MDS) (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/2._Bericht_des_MDS.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.09.2007, zuletzt geprüft am 17.04.2009.

MÖHRING-HESSE, MATTHIAS (2004): Die demokratische Ordnung der Verteilung. Frankfurt am Main: Campus-Verl.

NELL-BREUNING, OSWALD VON S.J. (1960): Kapitalismus und gerechter Lohn. Freiburg: Herder.

NEUE CARITAS (2007): Altenpflegekräfte fehlen überdurchschnittlich oft. Jg. 108, H. 15, S.29.

NEUHAUS, ANDREA; ISFORT, MICHAEL; WEIDNER, FRANK (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH). Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de/material/downloads/bericht_haushaltshilfen.pdf, zuletzt geprüft am 29.04.2009.

NEUS, WERNER (2005): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. 4. überarbeitete Ausgabe. Tübingen: Mohr Siebeck.

PACKEISER, KARSTEN (2008): Pflegerinnen am Ende ihrer Kräfte. Höchste Krankenquote unter den Frauenberufen. In: epd Sozial, Jg. 2008, Ausgabe 45, 7.11.2008, S. 5.

POKORNY, BARBARA (2004): Altenpflege – die Dienstleistung der Zukunft. Arbeitszufriedenheit als Determinante für Qualität und Attraktivität im Altenpflegebereich anhand des Seniorenwohnheims Schwertberg, Johannes Kepler Universität Linz.

ROTH, GÜNTER (2000): Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 49, H. 7, S. 184-192.

ROTH, GÜNTER (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Unter Mitarbeit von Eckart Schnabel. Online verfügbar unter http://www ffm-senior.de/0_senior/0_informationen/Qualitaet-in-Pflegeh.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.2007.

ROTHGANG, HEINZ (2000): Pflegebedarfsplanung in Deutschland. Gegenstand, Bilanz und Perspektiven. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hg.): Altenpflege zwischen Makrosteuerung und Marktwirtschaft. Zum Einfluss planerischer und marktwirtschaftlicher Kriterien für die Pflegeinfrastruktur in Deutschland, Schweiz und Österreich. Stuttgart, S. 64-85.

SAUERLAND, DIRK (2007): Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot. Volkswirtschaftliche Schriften, S. 169-193.

SCHNEIDER, ULRIKE (2006): Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. In: Zeitschrift für Sozialreform, H. 7, S. 493-520.

SCHRAMM, MICHAEL (2007): Der Sozialmarkt im normativen Konflikt. Sozialethische Erörterung des Marktwettbewerbs in der Sozialwirtschaft. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften, 551), S. 11-31.

SEGBERS, FRANZ (2005): Dienstgemeinschaft durch Tarifverträge. AGMAV (Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen) im Diakonischen Werk Württemberg. Online verfügbar unter http://gesundheit-soziales.bawue.verdi.de/tarifinfos/diakonie_wuerttemberg/data/2005-06_Segbers_Dienstgemeinsch_braucht_TVe.pdf, zuletzt geprüft am 20.04.2009.

SOST, ANN KATHRIN; JANTZER, MARKUS (30. Januar 2009): Mindestlohn für Pflegebranche beschlossen. Diakonisches Werk fordert volle Refinanzierung der Tariflöhne. In: epd Sozial, H. 5, S. 5.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2005): Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Auf: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/i57783486/15814195, zuletzt geprüft am 14. April 2009.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2006a): Gesundheitsausgaben in Deutschland. Auf: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA_CUBE=_XWD_32&D.734=4514&D.732=4498#SOURCES, zuletzt geprüft am 13. April 2009.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2006b): Wirtschaftswachstum im Jahr 2005 exportgetragen. Pressemitteilung Nr.017. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/01/PD06__017__81.psml, zuletzt geprüft am 13. April 2009.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007a): Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Online verfügbar unter <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863>, zuletzt geprüft am 6. April 2009.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007b): 40 Millionen Erwerbstätige im September 2007. Pressemitteilung Nr.432. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/10/PD07__432__132,templateId=renderPrint.psml, zuletzt geprüft am 6. April 2009.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Online verfügbar unter <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023269>, zuletzt geprüft am 6. April 2009.

STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (Hg.) (2006): Landesdaten. Pflege in Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <http://www.statistikportal.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/>, zuletzt geprüft am 14.04.2009.

SUESS, PAULO (2002): Und die Subjekte – wo sind sie geblieben? Anfragen aus Lateinamerika. In: Gabriel, Karl (Hg.): Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften (43. Band), S. 248-259.

SUNDMACHER, TORSTEN (2007): Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor. Probleme mit Konsumentensouveränität und Prinzipal-Agenten-Beziehungen als Hindernis. Korreferat zu Dirk Sauerland. In: Aufderheide, Detlef; Dabrowski, Martin (Hg.): Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften, 551), S. 203-213.

TAMBOUR, BARBARA (8. September 2008): Billige Arbeitskräfte für die Kirchen. Immer häufiger wirtschaftet die evangelische Diakonie nach kapitalistischem Muster. Die Caritas ist im Zwiespalt. In: Publik Forum, Ausgabe 17, 8. September 2008, S. 34-35.

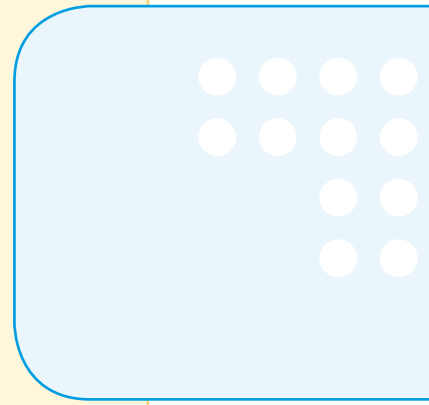
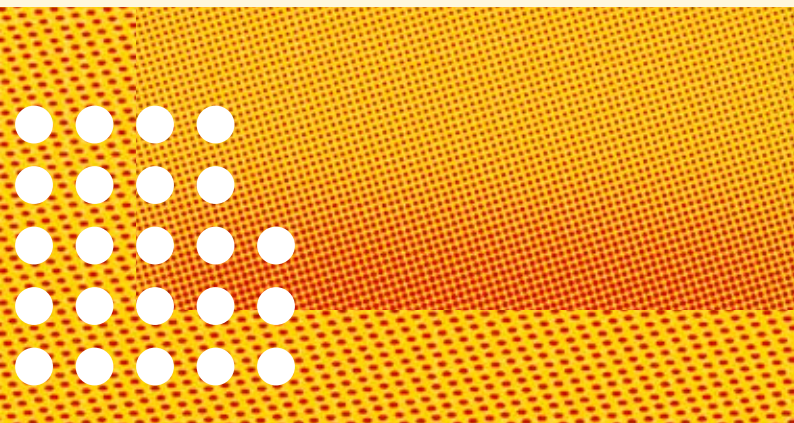
TESCH-RÖMER, CLEMENS (2006): Zukünftige Lebens- und Wohnverhältnisse alter Menschen – Implikationen für die Altenhilfe. In: Verband katholischer Altenhilfe e.V (Hg.): Altenhilfe auf dem Sprung. Dokumentation zur 15. Bundestagung 2006. Freiburg im Breisgau, S. 4-21.

TÖNNESEN-HOFFMANN, BETTINA (2008): Die Entwicklung der stationären Pflege. Frankfurt (Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung (FAGsF), 52).

VERBAND KATHOLISCHER ALTENHILFE E.V (Hg.) (2006): Altenhilfe auf dem Sprung. Dokumentation zur 15. Bundestagung 2006. Freiburg im Breisgau.

VETTER, CHRISTIAN (2004): Pflegen geht auf die Knochen. In: Gesundheit und Gesellschaft 12, S. 19.





Verband katholischer Altenhilfe
in Deutschland e.V.



Herausgegeben vom Verband
katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.
Karlstraße 40 · D-79104 Freiburg
Telefon (0761) 200-460 · Fax (0761) 200-710
V.i.S.d.P.: Andreas Leimpek-Mohler
vkad@caritas.de · (10/2009)
www.verband-katholische-altenhilfe.de

Artwork: Wolfgang Wick
Gestaltung: Büro MAGENTA, Freiburg
gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

