



Wolf-Gero Reichert

Gerechter Lohn in der Altenpflege

Was ist unserer Gesellschaft die Pflege alter Menschen wert?
Vortrag bei dem Fachgespräch „Gerechter Lohn in der Altenpflege“
der CSU-Landtagsfraktion und ver.di-Bayern im Münchner Landtag,
18. Mai 2010.

**Oswald von Nell-Breuning Institut
für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik**

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich will zu Ihnen sprechen als ordnungspolitisch orientierter Sozial- und Wirtschaftsethiker. Ich meine nämlich, erst in einem breiteren Kontext wird die gesellschaftliche Herausforderung deutlich, vor der wir mit Blick auf die Pflege alter Menschen stehen. Es darf dabei vorrangig nicht um rein technische Organisationsfragen gehen, sondern um die Frage: Was ist unserer Gesellschaft die gerechte und gute Pflege alter Menschen wert?

Der große Vertreter der katholischen Soziallehre, Oswald von Nell-Breuning, war kein Freund der großen Begriffe. So stand er Zeit seines Lebens dem Begriff der sozialen Marktwirtschaft skeptisch gegenüber. Er hatte für ihn analytisch keinen Wert; er beschreibt nichts, sondern verdeckt die wirklichen Interessenlagen. Soziale Marktwirtschaft war für ihn ein Zauberwort. Stattdessen bevorzugte er den Begriff des *sozial gebändigten Kapitalismus*, da er die Machtverhältnisse nicht verschleiert und die Härte und die Verteilungskämpfe des Wirtschaftsgeschehens im Bewusstsein hält.

Gleichwohl konnte er sich mit diesem Zauberwort schließlich abfinden. Das hat seinen Grund darin, dass sich das wirtschaftspolitische Konzept „Soziale Marktwirtschaft“ aus zwei Quellen speist. Zum einen die ordoliberalen Quellen (Alfred Müller Armack, Walter Eucken): Diese betonten den Unterschied und die Aufgabenteilung zwischen Staat und Markt - der Staat soll die Spielregeln abstecken, innerhalb derer die Wirtschaftssubjekte in einzelnen Spielzügen ihren Vorteil suchen dürfen. Nur innerhalb eines starken staatlichen Rahmens sorgt der Wettbewerb für effiziente Resultate. Die andere Quelle ist die katholische Soziallehre, die zuerst von der Gesellschaft her denkt: diese soll nach den Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität so organisiert werden, dass die Würde jeder Person respektiert wird und auch deren materiellen Voraussetzungen gewährleistet sind. Daher bezeichnete Oswald von Nell-Breuning die Soziale Marktwirtschaft als „Gut-Wetter-Wirtschaft“: Erst wenn dieses minimale Wohlstandsniveau gegeben ist und die Marktwirtschaft durch gute Gesetze gerahmt ist, funktioniert der Wettbewerb. Davor muss der Staat im Zweifelsfall auch dirigistisch anordnen, dass alle Menschen überleben und gut leben können.

Als „Gut-Wetter-Wirtschaft“ hat sich das Wirtschaftssystem in Deutschland dann in der Tat entwickelt: Auf der einen Seite eine durch Tarifparteien, Sozialversicherungen und das Arbeitsrecht gebändigte Marktwirtschaft, die jenen Bereich abdeckt, in dem mit Gewinn gewirtschaftet werden kann. Auf der anderen Seite ein subsidiär und korporatistisch organisierter Sozialstaat, in dem den großen Wohlfahrtsverbänden relativ freie Hand bei der Gewährleistung der sozialstaatlichen Aufgaben gelassen wurde, da sie jenen Bereich abdecken, der erst mal keinen Gewinn abwirft.

Mit Blick auf die Pflege bedeutete das Subsidiaritätsprinzip nicht nur, dass Wohlfahrtsverbände die Versorgungsverantwortung übernehmen. Vielmehr werden die kleinsten gesellschaftlichen Einheiten in die Pflicht genommen: Unter dem Schlagwort „ambulant vor stationär“ wird zum einen der Familie die primäre Versorgungsverantwortung für pflegebedürftige Familienmitglieder übertragen. Zum anderen wird dadurch auch dem überwiegenden Wunsch alter Menschen entsprochen, möglichst daheim, im vertrauten und familiären Kontext gepflegt zu werden. Auch die Einführung der ambulanten Pflegedienste diente dem Ziel, stationäre Heimpflege nur als letzten, kostenintensiven Ausweg einzurichten.

Seit den 1990er Jahren haben sich zwei gegenläufige Entwicklungen ergeben:

- 1.) In der Pflegewissenschaft wurden moderne Care-Konzepte, vor allem aus den USA, rezipiert. Ein eigenes Selbstbewusstsein der Pflegewissenschaftler und der Pflegenden stellte sich ein: Pflege sollte nicht mehr nur funktional und vor allem günstig sein. Vielmehr wurde nach den ethischen Grundlagen der Pflege alter Menschen gefragt. Ihr wird ein eigenständiger Verantwortungsbereich über das rein medizinisch Notwendige hinaus zugesprochen. Es wird versucht, den Bedürftigen auch in seiner Abhängigkeit als Person zu begreifen, die in ihrem Willen und mit ihren Wünschen ernst zu nehmen ist: *Gute Pflege* legitimiert sich am eigentlichen Subjekt des Pflegeprozesses, dem Gepflegten und an dessen Bedürfnissen. Dieser Anspruch hat sich auch im Berufsethos professionell Pflegenden niedergeschlagen. Auch eine *gerechte Pflege* baut auf dem Prinzip der Autonomie auf: Egal in welchem sozialstaatlichen Kontext, ob ambulant oder stationär: Der Pflegeprozess muss die größtmögliche Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen ermöglichen, denn der Pflegebedürftige hat ein Recht darauf. Dies zeigt sich

übrigens auch in dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das im Januar 2009 vom Beirat des Bundesministeriums für Gesundheit zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Öffentlichkeit vorgestellt wurde: Nunmehr werden alle körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt, um den Grad der Selbstständigkeit zu ermitteln. Erst aus der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ergibt sich dann der Pflegebedarf, der an der Wiederherstellung oder Beibehaltung der Selbstständigkeit orientiert ist.

- 2.) Zugleich hat der Bereich der Altenpflege auf sozialstaatlicher Ebene in den letzten Jahren tiefgreifende Veränderungen durchgemacht. Vor der Pflegeversicherungsreform war das Pflegerisiko nicht gedeckt; das bedeutete für die meisten Pflegebedürftigen ein rasches Absinken auf Sozialhilfeniveau, was eine entwürdigende Einkommensprüfung nach sich zog. Daher wurde die Pflegeversicherung als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung eingerichtet: Das Recht auf Pflege sollte durch einen erworbenen Leistungsanspruch gestützt werden. Zugleich stellt die Pflegeversicherung einen gänzlich neuen Typ von Sozialversicherung dar, denn ihre Sicherungslogik ist nach dem Budgetprinzip einkommensorientiert.¹ Zur Kostenbegrenzung wurden drei Pflegestufen je nach Grad der Pflegebedürftigkeit eingeführt mit jeweilig entsprechendem, jedoch budgetiertem Leistungsanspruch. Die Pflegestandards sind so definiert, dass sie auf ein Verständnis von Grundpflege zurückgreifen, das von pflegewissenschaftlicher Seite bereits überwunden war. Ebenfalls zur Kostensenkung wurde das Subsidiaritätsprinzip ordoliberal umgedeutet und zu einem Vorrang aller nicht-staatlichen Einrichtungen gemacht: Dadurch wurde der Pflegemarkt etabliert, auf dem nunmehr die herkömmlichen (v.a. freigemeinnützigen) Anbieter und eine wachsende Zahl gewinnorientierter Privatunternehmen konkurrieren. Durch die Schaffung von subventionierter Nachfrage sollte ein Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen eingeleitet werden, der die Ressourcenallokation des Pflegesektors effizient und präferenzgerecht gestalten soll. Der Staat zog sich zunehmend aus dem Pflegeangebot zurück und sorgte sich stattdessen um den Rahmen des

¹ Die Sicherungslogik der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt nach dem Bedarfsprinzip; die Sicherungslogik der Renten- und Arbeitslosenversicherung nach dem Äquivalenzprinzip: Leistung entsprechend der Vorleistung.

Pflegemarktes: Die Pflegestandards wurden mit Qualitätskriterien versehen und den Pflegeeinrichtungen als Mindeststandards vorgegeben. Die Überlegung war: Wenn alle den gleichen wettbewerblichen Bedingungen unterliegen, dann wirkt der Wettbewerb als Instrument „schöpferischer Zerstörung“: Nur die effizienten und qualitativen Heime überleben – die Pflegequalität wird besser, die Preise sinken.

These 1: Die strukturelle Unterfinanzierung des Pflegebereichs wirkt sich negativ vor allem für die Beschäftigten aus.

Sie alle wissen selbst, dass die Hoffnungen, die in die Pflegeversicherung gesetzt wurden, relativ schnell enttäuscht wurden. Die Bedingungen, unter denen menschenwürdig gepflegt werden soll, sind gelinde gesagt suboptimal. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in den meisten Fällen weit von der Bedarfsdeckung entfernt. Immer mehr Menschen nehmen für gute Pflege hohe Zuzahlungen in Kauf. Die Zahlen pflegebedürftiger Sozialhilfeempfänger steigen wieder an.

In der reinen ökonomischen Theorie macht die Rede von Unterfinanzierung keinen Sinn: Entweder es treffen sich Angebot und Nachfrage bei einem Preis und es entsteht ein Markt oder sie treffen sich eben nicht und es entsteht kein Markt. Von Unterfinanzierung kann folglich nur gesprochen werden in Bezug auf vorgegebene Soll- und Finanzierungsgrößen. Es handelt sich um Aufgabenbereiche, die nach dem Grundgesetz von staatlichen Instanzen zu organisieren sind, aber nur ungenügend mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet sind.

Durch das Transfersystem des Pflegeversicherungsgesetzes entstand ein politisch stark geregelter Markt für Pflegedienstleistungen. Ob und welche Art von Wettbewerb dadurch entsteht, ist damit noch nicht gesagt. Dies hängt entscheidend von der Ressourcenausstattung und der rechtlichen Rahmenordnung ab: Bei ausreichender finanzieller Vergütung, die bedarfsgerecht an der Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist, konkurrieren die Einrichtungen über den Wettbewerbsparameter „Qualität“ oder „gute Pflege“. Bei ungenügender finanzieller Ausstattung konkurrieren die Einrichtungen vor allem über den Parameter „Preis“. Um der Problematik einer angebotsinduzierten Übernachfrage vorzubeugen, wurde die Bedarfsfeststellung von der Leistungserbringung getrennt: Die Feststellung des Leistungsfalls obliegt den

Kostenträgern, und nicht - wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung - den Leistungsanbietern selbst. Da jedoch die Rationalisierungspotentiale bei sozialen Dienstleistungen begrenzt sind, führt das derzeitige Arrangement einerseits zu einem Wettbewerb um Finanzierungsverträge, was mit zusätzlichen Transaktionskosten verbunden ist. Andererseits es führt zu einem scharfen Preiswettbewerb, der zu Lasten der Pflegequalität und auf Kosten der Beschäftigten geht, indem diese länger arbeiten müssen oder geringere Löhne beziehen.

Auch wenn es einzelne Einrichtungen gibt, die relativ gut fahren, zeigt ein Blick auf den gesamten Pflegemarkt, dass die Unterfinanzierung zu misslichen Konsequenzen im Pflegebereich führt. In den folgenden 4 kurzen Punkten gehe ich vor allem auf die Situation der Beschäftigten ein:

- 1.) Die **Arbeitsbelastung** ist überdurchschnittlich hoch. Ein im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin erstelltes Belastungsscreening aus dem Jahr 2004 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. Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen liegt 62 Prozent über dem allgemeinen Durchschnitt. Dies wirkt sich auch auf den Gesundheitszustand der Pflegenden aus: Die Fehlzeiten von Altenpflegekräften sind wegen Krankheit fast 20 Prozent höher als im Bevölkerungsmittel. Die Krankenquote von Pflegenden ist unter den Frauenberufen die höchste überhaupt. Die zusätzlichen Fehlzeiten beeinträchtigen über die Zusatzbelastung auch die Arbeitsbedingungen der zur Arbeit erschienenen Beschäftigten. Ökonomisch gesprochen wird das Humankapital des Bereiches vernutzt.
- 2.) Die **Arbeitszufriedenheit** der Pflegenden ist folgerichtig so niedrig, dass sie überdurchschnittlich abwanderungsbereit in andere Berufe sind. Die Arbeit Pflegenden teilt sich zu fast gleichen Teilen in unmittelbare Pflegeleistungen und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen (Verwaltung, Pflegeplanung und Dokumentation). Pflegende sehen einen grundsätzlichen Widerspruch zwischen ihrem eigenen berufsethischen Anspruch und der Wirklichkeit einer standardisierten und „zerteilten“ Pflege. Dieser Widerspruch wird als belastend

empfundener. Eine Studie von Barbara Pokorny aus dem Jahr 2004 zeigt auf, dass sich bei vielen Pflegenden eine resignative Haltung einstellt: Aufgrund der zu großen Anzahl von Pflegebedürftigen, die betreut werden müssen, erscheint den Befragten eine Änderung der Situation kaum möglich; sie arrangieren sich mit ihr. Zudem kommt ein weiterer empfundener Widerspruch: Gegenüber der anspruchsvollen und verantwortungsvollen Arbeit nimmt die übergroße Mehrheit der Altenpflegekräfte die Einkommensbedingungen als belastend und keineswegs als fair wahr. Zugleich sinkt die Attraktivität des Berufs Altenpflege: es fehlen attraktive Berufschancen und Einkommensaussichten. Aus diesem Faktorenbündel erklärt sich m.E. die Abwanderungsneigung von Pflegekräften: Jede dritte Pflegekraft denkt darüber nach, den Arbeitgeber zu wechseln. Jede fünfte Fachkraft denkt an einen Berufswechsel bzw. völlig an den Ausstieg aus dem Arbeitsleben. Dies ist angesichts des demographischen Doppelleffekts alarmierend: In Zukunft werden mehr Menschen auf professionelle Pflege angewiesen sein. Diesen stehen insgesamt weniger Erwerbstätige gegenüber. Der Pflegebereich müsste daher im Verteilungskampf der Berufsgruppen um Nachwuchs eigentlich seinen Anteil beträchtlich vergrößern, und nicht Boden verlieren.

- 3.) Drittens können bereits jetzt Ausweichtendenzen beobachtet werden: In den letzten Jahren wurden vermehrt pflegenaher Leistungen in deutschen Privathaushalten von ausländischen Personen übernommen. Deren Aufenthaltsstatus ist oftmals ungeklärt. Die Beschäftigung sogenannter „neuer Dienstmädchen“ ist seit 2005 auch auf legalem Wege möglich. Aber auch diese legalen Beschäftigungsverhältnisse entsprechen nicht der allgemeinen deutschen Arbeitsmarktordnung und sind insofern als irregulär zu bezeichnen. Diese Form der Erwerbsarbeit ist inzwischen auch volkswirtschaftlich bedeutsam: Der Verband der privaten Pflegeanbieter geht davon aus, dass durch irreguläre Pflegekräfte den Sozialkassen jährlich 2,5 Mrd. Euro entgehen. Jenseits der formellen Pflegearrangements ist längst ein Schwarz- bzw. Graumarkt entstanden. Es ist davon auszugehen, dass sich dies längerfristig erheblich auf den Umfang und die Ausgestaltung der regulären Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der Pflege auswirken wird.

4.) Der Ökonom Götz Briefs hat schon 1920 vor einer "sinkenden Grenzmoral" auf freien Märkten gewarnt. Ausgehend von einem üblichen Mindestniveau von Geschäftsmoral findet sich im Wettbewerb zunächst eine Gruppe moralisch weniger sensibler Anbieter, die dieses Niveau geringfügig unterschreitet. Diese Gruppe kann dadurch kurzfristig wirtschaftliche Vorteile realisieren und "zwingt" im Wettbewerb andere Gruppen ebenfalls zu einer solchen Unterschreitung. Auf dem neuen, nun niedrigeren Mindestniveau läuft dieser Prozess erneut ab. Die Folge ist eine allmähliche Dekadenz des Marktes bei sinkender Produktqualität und schwindendem Vertrauen der Nachfrager, welche nur durch branchenübergreifende oder gesetzliche Regelungen aufgehalten werden kann.

Einen solchen Prozess kann man derzeit auf dem Pflegemarkt beobachten: Der Kostendruck zwingt einige Pflegeeinrichtungen zu einer konsequent einnahmeorientierten Unternehmenspolitik. Ein gewichtiger Grund hierfür ist die vergütungsrechtliche Lage: Bis vor kurzem blieben die tariflichen Steigerungen in den Lohnkosten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen unberücksichtigt. Stattdessen setzen die Pflegekassen eine Referenzgröße zur Berechnung der Pflegesätze, indem sie die durchschnittlichen Personalkosten ermitteln. Diese werden dadurch implizit zu Standards erhoben. Somit wird der Wettbewerb zwischen gewerblichen Trägern und freigemeinnützigen bzw. kirchlich gebundenen Einrichtungen massiv verzerrt, denn letztere sind zur Zahlung höherer Löhne qua Tarifrecht bzw. kirchlichem Arbeitsrecht verpflichtet. Die Folge: Die allgemeine Grenzmoral sinkt: Viele freigemeinnützige Einrichtungen verweisen darauf, dass sie sich zur Sicherung der Finanzierung entscheiden müssten, ob sie entweder hauswirtschaftliche Bereiche outsourcen und damit der tariflichen Bezahlung entziehen, ob sie die Tarife einfach nicht mehr anwenden oder ob sie gänzlich aus dem Trägerverband ausscheiden sollen. In der Konsequenz ist der Bereich der Altenpflege vielerorts bereits zum Niedriglohnsektor geworden.

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 eingezogen wird. Zudem hat das Bundessozialgericht (BSG) im Februar

2009 in fünf Grundsatzurteilen die Berechnung für eine wirtschaftlich angemessene, leistungsgerechte Pflegevergütung geändert: Tarifliche Lohnsteigerungen müssen nun in den Pflegesatzverhandlungen anerkannt werden.² Die Zahlung von Tariflöhne und ortsüblichen Gehältern soll ab sofort als angemessen gelten. Inwieweit sich dieses BSG-Urteil bewährt, muss derzeit noch offen bleiben.

Insgesamt ist der Pflegebereich dennoch völlig unzureichend auf die zukünftigen Herausforderungen eingestellt. Wenn keine sozialpolitischen Änderungen beschlossen werden, wird sich dies auch auf die Pflegequalität auswirken.

These 2: Pflege stellt ein Vertrauensgut dar. Um willen der Autonomie der Pflegebedürftigen brauchen Pflegende angemessene Löhne.

Im Folgenden wechseln wir auf die normative Ebene: Wie soll Pflege organisiert sein?

Behandelt man Pflege als Dienstleistung, dann muss sie auf dem Pflegemarkt angeboten werden können. Dabei entsteht ein Problem, auf das die Institutionenökonomik hingewiesen hat: Nachfrager unterliegen fast immer einer Unsicherheit über die Qualität einer Dienstleistung. Man kann Güter und Dienstleistungen in Abhängigkeit der verfügbaren und zum Kauf erforderlichen Information unterscheiden: 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

² Lehnt ein Kostenträger einen prognostizierten Kostenplan eines Trägers von Pflegeeinrichtungen ab, muss er nun substantziell die Gründe für die Ablehnung anführen. Die entsprechenden Schiedsstellen haben sich bei ihrer Urteilsfindung an einem Zwei-Stufen-Modell zu 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.

Vertrauensgutes ist, dass selbst nach dem Erwerb und Gebrauch des Gutes die Qualität des bereitgestellten Gutes nicht zweifelsfrei bestimmt werden kann.

In der Zusammenschau der einschlägigen Literatur können einige Besonderheiten ausgemacht werden, die die Pflege als besondere Dienstleistung charakterisieren und welche dabei helfen können, die Dienstleistung Pflege in dieses Schema einzuordnen:

- Als personennahe Dienstleistung ist Pflege ortsgebunden, geschieht in Echtzeit und unteilbar: Sie haftet dem Nachfrager an.
- 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.
- 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.
- Pflege findet in der alltäglichen Wohn- und Lebenssituation des Pflegebedürftigen statt. Daher kommt es für den Pflegenden darauf an, inwieweit es gelingt, dessen Vertrauen zu gewinnen und dessen eigene Ressourcen einzubeziehen. Gelingt dies, werden die eigenen (Selbstheilungs)Kräfte des Pflegebedürftigen sowie gegebenenfalls das Beziehungsnetz seiner Lebenswelt zu Produktionsfaktoren.
- Der Pflegebedürftige ist nur höchst eingeschränkt sanktionsmächtig. Er ist existenziell abhängig und angewiesen auf die Dienstleistung. Zudem ist er psychosozial eng mit seinem Lebensumfeld verbunden (Lock-in-Effect).
- Pflege ist ein existenzielles Geschehen über einen nicht überschaubaren Zeitraum: die Nachfrage erfolgt zunächst unspezifiziert und gewinnt erst durch die Kompetenz eines 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!“).

Vor diesem Befund werden zwei Möglichkeiten der Umsetzung diskutiert: Von gesundheitsökonomischer Seite wird oft die Stärkung der Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen betont. Der Gedankengang ist folgender: Konsument und Dienstleister stehen sich in einer Geschäftsbeziehung gegenüber: Ziel beider ist die je eigene Nutzenmehrung. Der Dienstleister folgt dem Prinzip der Gewinnmaximierung. Entscheidend für den Erfolg ist also, inwieweit es dem Pflegebedürftigen gelingt, seine Präferenzen mit Nachdruck zu artikulieren. Um ihn dazu in Stand zu setzen, braucht es eine durchsichtige Standardisierung des Pflegeprozesses, die minutiös dokumentiert wird, um im Klagefall als potentiellles Beweismittel zu dienen.

Argumentiert man so, wird Pflege als Such- oder Erfahrungsgut behandelt. Dies übersieht jedoch die Informationsdefizite, die die Pflege charakterisieren sowie fundamental die Machtasymmetrien zwischen Gepflegtem und Pflegendem: Der Pflegende 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.

Pflege muss vielmehr als Vertrauensgut eingestuft werden. Angesichts der damit verbundenen Effektivitätsbedingungen ist es erfolgsversprechender, bei der Verantwortlichkeit und dem Qualitätsbewusstsein der Pflegenden anzusetzen: Um sich auf das Vertrauensgut einzulassen, bedarf es eines Vertrauensvorschusses des Pflegebedürftigen; der Pflegeprozess beruht auf einem breiten Fundament einer „impliziten Zustimmung“. Demgegenüber stehen die Pflegeeinrichtungen 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 bei der Prävention, Aktivierung und Mobilisierung, Beratung und Anleitung sowie medizinische Behandlung. Pflegende 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.

Das Ziel des Pflegeprozesses ist die größtmögliche Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Aufgrund der großen Asymmetrien in der Pflege ergibt sich daraus eine besondere Verantwortung der Pflegenden. Man kommt nicht umhin, auf der (noch immer) hohen Motivation des Fachpflegepersonals und ihrem Berufsethos aufzubauen.

Erstens 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. Zweitens kann die Motivation dadurch gefördert werden, dass man den Beschäftigten mehr Entscheidungs- und Gestaltungskompetenz überträgt. Drittens braucht es Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und vor allem die Aussicht, sich im Bereich der Altenpflege weiterentwickeln zu können. Die wichtigste Voraussetzung für eine dauerhaft hohe Motivation von Beschäftigten bleibt jedoch ein Lohn, der als angemessen wahrgenommen wird. Damit wird auch gesellschaftliche Anerkennung der Leistung signalisiert. Eine so erhöhte Arbeitszufriedenheit kann auch das schlechte Image und die Position der Pflegeeinrichtungen als Anbieter auf dem Arbeitsmarkt verbessern.

These 3: Ein gerechter Lohn in einer freien Marktwirtschaft ist ein fairer Lohn.

Für die bundesdeutsche Gesellschaft als einer Arbeitsgesellschaft ist die Stellung der Erwerbsarbeit immer noch zentral: nicht nur für Einkommen und soziale Sicherheit, sondern auch für die Integration und die persönliche Entfaltung. Dies gilt auch für die Beschäftigten im Pflegebereich.

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 der Kapitaleigner haben die Arbeit und der Subjektcharakter des Menschen unbedingten Vorrang. 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 Erverbslohn begründet zugleich deren besondere Schutzbedürftigkeit – einerseits bringt sich der Arbeitnehmer mit seiner ganzen Person und seiner ganzen Würde in die Arbeit ein; andererseits ist er darauf angewiesen, seine Arbeitskraft verkaufen zu können, um seinen Lebensunterhalt und den seiner Familie zu sichern. Daher ist für die katholische Soziallehre ein Lohn dann gerecht, wenn der Arbeitnehmer damit sich und seine Familie ernähren kann. Freilich setzt dies die gesellschaftlich überholte Ein-Ernährer-Familie voraus. Demgegenüber verweisen Unternehmen und Arbeitgeber immer auf einen leistungsgerechten Lohn: Doch eine schlüssige Definition von Leistung ist bislang niemandem geglückt. Die Zurechnung von Leistung ist bei kollektiven Arbeitsergebnissen unmöglich.

Wenn es keinen gesellschaftlich konsensfähigen Berechnungsmaßstab für einen gerechten Lohn gibt, dann kommt der Verhandlungsbasis für einen fairen, d.h. vor allem demokratischen Interessenausgleich eine besondere Bedeutung zu.

Die Tarifautonomie und die Flächentarifverträge gehören zum normativen Selbstverständnis der Sozialen Marktwirtschaft. Die Leistung des Tarifvertragsystems 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. Von einem fairen Interessenausgleich auf Augenhöhe kann man sprechen, wenn folgende Fairnesskriterien erfüllt sind. Der Arbeitsmarkt wird durch ein bilaterales Monopol aus Gewerkschaften auf der einen und den Arbeitgeberverbänden auf der anderen Seite geordnet: Die Parteien sind unabhängig vom Verhandlungsgegner und dadurch ungefähr gleich „mächtig“. Ergebnisse, die im Rahmen solcher ergebnisoffener Auseinandersetzungen erzielt werden, kommt die materielle Gewähr zu, dass sie den Interessen beider Parteien gerecht werden. Ein derart ausgehandelter Lohn kann aufgrund der prozeduralen Bedingungen seines Zustandekommens als fair gelten.

In der stationären Altenhilfe stellten im Jahr 2005 die Träger, die grundsätzlich tariflich oder quasitariflich gebunden sind, den größten Anteil. Der Marktanteil der freigemeinnützigen Trägern wie Caritas, Diakonie oder Paritätischer Wohlfahrtsverband, liegt bei insgesamt 55 Prozent des Marktes. Der der öffentlichen Träger bei einem Marktanteil von 7 Prozent. Die privatwirtschaftlichen Träger konnten ihren Anteil von 28 Prozent 2001 auf 38 Prozent 2005 ausdehnen, vor allem zu Lasten 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. Mit Blick auf die Tarifbindung ist das Verschwinden der öffentlichen Einrichtungen bedenklich, war und ist es doch Usus, dass sich die Entlohnungssysteme der Wohlfahrtsverbände am TVöD orientieren. Dieser übernahm die Funktion des Lohnankers für die Pflegebranche.³

Unter dem derzeitigen sozialstaatlichen Arrangement im Bereich der Altenpflege sind die Pflegeeinrichtungen in einen Verdrängungswettbewerb geraten. Waren es anfänglich vor allem kommerzielle Träger, die Druck auf die freigemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen ausübten, indem sie untertariflich entlohnten, sind es zunehmend auch Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, die entweder über das Outsourcing von Tätigkeitsbereichen, die Ausnutzung von tariflichen Schlupflöchern o.ä. versuchen, in diesem Wettbewerb mitzuhalten. Dadurch heizen sie ihn zusätzlich an und üben Druck auf die Einrichtungen aus, die sich noch an die Tarife halten.

Auch das sozialstaatliche Budgetprinzip lässt erheblich daran zweifeln, inwiefern die Verhandlungen wirklich ergebnisoffen sind. Unter der aktuellen Systemkonfiguration scheint das Tarifsysteem – die aus beschäftigungspolitischer Sicht fairste Lösung – im Nachteil und erodiert schleichend. In manchen Regionen werden wohl nur noch 20 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege nach Tarifen bezahlt.

These 4: Der Mindestlohn in der Pflege ist eine förderliche, jedoch kaum hinreichende Regelung.

Legt man die Fairnesskriterien an den Mindestlohn an, so kann dieser nur eine Ergänzung zu den tariflich ausgehandelten Löhnen sein. Denn die begründete Vermutung, dass die Lohnhöhe durch eine paritätische Verhandlungsmacht fair bestimmt wird, trifft für die eingesetzte Experten- und Stakeholderkommissionen nicht zu. Doch aufgrund der schleichenden Erosion der Tarifsystems stellt die Einführung eines Mindestlohnes einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar.

³ In kirchlichen Anstellungsverhältnissen gilt grundsätzlich die Regelungsform der „Dienstgemeinschaft“, welche die Eigenart des „dritten Weges“ bezeichnet und damit ein Sondertarifwesen 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“). Sie schlossen für den kirchlichen Bereich somit Quasi-Tarifverträge ab.

Mit Blick auf die anspruchsvolle Aufgabe Pflegender wirkt ein Mindestlohn jedoch nur dann wirklich produktiv, wenn die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Pflegekassen auch tatsächlich erstattet werden. Ansonsten würde der motivational positive Effekt der verbesserten Bezahlung aufgehoben durch den Negativeffekt der Mehrbelastung, der aus einem damit einhergehenden Beschäftigungsabbau resultiert. Zudem greift ein Mindestlohn von 8,50 nur bei ungelernten Pflegehilfskräften – für die ausgebildeten Fachkräfte sind die Tariflöhne weiterhin entscheidend.⁴

These 5: Der Pflegebereich ist ein möglicher Wachstumsmarkt mit großem beschäftigungspolitischem Potential für gute Arbeitsmöglichkeiten.

Die soziale Marktwirtschaft ist nicht deswegen sozial, weil neben einem entfesselten Markt ein sozialstaatliches Auffangbecken aufgebaut wurde. Vielmehr ist sie sozial, weil sie sozial gebändigt ist. Dazu gehört neben dem Arbeitsrecht vor allem die Tarifautonomie. Dies gilt nicht nur *auch* für den sozialstaatlichen Bereich, sondern *vor allem* für den diesen, den sein Output ist nicht beliebig. Sozialethisch ist es unstrittig, auf welche Pflege Menschen ein Anrecht haben. Eine gerechte und gute Pflege setzt aber voraus, dass es Pflegende gibt, die in der Lage und willens sind, gut und gerecht zu pflegen. Schon jetzt ist das sozialstaatliche Arrangement des Pflegebereichs vollkommen unzulänglich, eine faire Belohnung für die Beschäftigten zu gewährleisten. Mit Blick auf die gesellschaftlichen und demographischen Zukunftsherausforderungen ist es höchst unzureichend eingestellt.

Für uns als Gesellschaft steht dahinter letztlich die politische Frage: Was ist es uns wert, alte Menschen gut und gerecht zu pflegen? Ich will schließen, mit einem zugegebenermaßen sehr optimistischen Ausblick auf die Zukunft unserer sozial gebändigten Marktwirtschaft:

Ein Ende der Erwerbsarbeitsgesellschaft ist nicht in Sicht: Die Mehrheit der Arbeitslosen betrachtet den Ausschluss aus der Erwerbsarbeit nicht als Chance zu mehr Freizeit und zu mehr selbstbestimmten Leben. Gesellschaftliche Integration läuft

⁴ In der Baubranche gilt ein Mindestlohn für ungelernete Kräfte von 10,40 Euro, für gelernte Fachkräfte von 12,50 Euro mehr. Überträgt man dieses Verhältnis auf die Pflegebranche, dann müsste ein Mindestlohn für gelernte Pflegefachkräfte bei mindestens 10,50 bis 11 Euro liegen.

in Deutschland weiterhin über die Erwerbsarbeit. Berechnungen haben gezeigt, dass durch Arbeitslosigkeit jährlich 200 bis 250 Mrd. Euro an Wertschöpfung verzichtet wird.

Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland lebt nicht über ihren Verhältnissen, sondern unter ihren Verhältnissen. Es existieren viele vitale Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden. Gute Pflege gehört dazu.

Personennahe Dienstleistungen allgemein, die Pflege alter und hilfsbedürftiger Menschen im Besonderen sind also Bereiche, in denen sinnvolle und gute Arbeit geschaffen werden könnte.

Schon heute beläuft sich die Wertschöpfung durch pflegenaher und pflegerische Dienstleistungen auf ca. 2 Prozent des BIP. Das entspricht in etwa dem Anteil der chemischen Industrie, wobei bei den 2 Prozent nicht berücksichtigt ist, dass die Mehrheit der Menschen daheim gepflegt wird: Schätzt man diesen Teil mit ab, dann erwirtschaften pflegende Menschen in Deutschland eine Summe, die nach derzeitigen Maßstäben 4 Prozent des BIPs ausmachen würde.

Wenn die Politik die finanziellen und strukturellen Voraussetzungen schafft, dann kann die Pflege zu einem volkswirtschaftlich extrem bedeutsamen Zukunftsmarkt werden: Die deutsche Gesellschaft könnte sich dann des extrem teuren Wahnsinn der Arbeitslosigkeit entledigen, und könnte ihr gesamtgesellschaftliches Arbeitsvermögen veredeln: Im Jahr 2050 könnten im Pflegesektor so 1,6 Millionen Vollzeitbeschäftigte arbeiten, zu guten Bedingungen, die ihnen Anerkennung und gesellschaftliche Teilhabe signalisieren. Die zusätzliche Binnennachfrage sorgt für wirtschaftliche Dynamik und steigende Staatseinnahmen, die die zusätzlichen Ausgaben u.U. auffangen. Nebenbei würde sich so auch die chronische Exportlastigkeit des deutschen Wirtschaftsmodells ein wenig ausgleichen.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!