

Stefan Sell

Das Kreuz mit der Pflege

Konfessionelle Träger von Pflegeheimen als Getriebene und
Treiber in Zeiten einer fortschreitenden Ökonomisierung des
Pflegesektors

Remagener Beiträge zur aktuellen Sozialpolitik 06-2009

Sell, Stefan: Das Kreuz mit der Pflege. Konfessionelle Träger von Pflegeheimen als Getriebene und Treiber in Zeiten einer fortschreitenden Ökonomisierung des Pflegesektors, Remagener Beiträge zur aktuellen Sozialpolitik 06-2009, Remagen, Juli 2009

Prof. Dr. Stefan Sell

Professur für Volkswirtschaftslehre,
Sozialpolitik und Sozialwissenschaften

Fachhochschule Koblenz
Südallee 2
53424 Remagen

Internet: www.stefan-sell.de

„Die Kirchen sind als Arbeitgeber, Eigentümer von Geld- und Grundvermögen, Bauherr oder Betreiber von Einrichtungen und Häusern auch wirtschaftlich Handelnde. Sie können nicht Maßstäbe des wirtschaftlichen Handelns formulieren und öffentlich vertreten, ohne sie auch an sich selbst und das eigene wirtschaftliche Handeln anzulegen. Mit Recht wird dies als eine Frage der Glaubwürdigkeit angesehen.“ (Zitiert aus: „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Gemeinsames Wort der Kirchen zur sozialen Lage in Deutschland“, 1997)

1. Ein evangelischer „weißer Ritter“¹ für katholische Häuser in Not?

Sogar im hart umkämpften „Sozialmarkt“ gibt es noch Premieren: Fünf katholische Seniorenheime und eine ambulante Pflegestation in Hannover, deren Träger kurz vor der Insolvenz steht, sollen von einem evangelischen Träger übernommen und fortgeführt werden.

Das **Evangelische Johannesstift**² im „Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz“³ beabsichtigt die Übernahme der „**Caritas-Seniorendienste Hannover gGmbH**“ (CSH).⁴ Die Alternative – so der katholische Träger – wäre die Insolvenz der Heime für gut 530 Bewohner sowie der häuslichen Pflege von 250 Patienten. Nach Angaben des Deutschen Caritas-Verbandes sei die geplante Übernahme der katholischen Einrichtungen durch einen evangelischen Träger bislang ohne Vorbild.⁵

Derzeit ist folgendes geplant: Das Johannesstift, einer ältesten diakonischen Einrichtungen in Berlin, kauft 90 Prozent der Caritas Senioren-Dienste (CSH) und übernimmt Verbindlichkeiten von 8,3 Millionen Euro und den Betrieb der Einrichtungen.⁶ Im Gegenzug müssen die Mitarbeiter in Hannover einen **neuen Tarifvertrag**⁷ akzeptieren. Und an dieser Stelle beginnt die Sache pikant zu werden, denn der für den Johannesstift relevante Tarifvertrag beinhaltet die Möglichkeit, bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten eine **Lohnabsenkung bis zu 13%** vorzunehmen – und genau das verlangt der Johannesstift von den Caritas-Mitarbeiter/innen in Hannover. Deren Zustimmung zur Lohnkürzung ist Voraussetzung für die Übernahme. Nach übereinstimmenden Angaben von ver.di und dem Johannesstift müsste eine Vollzeit-Arbeitskraft auf etwa 250 bis 300 Euro brutto im Monat verzichten. Darüber hinaus liegt der Tarif des Johannesstifts zwar scheinbar⁸ auf dem Niveau des Diakonischen Werkes der EKD, aber unter den diakonischen Tarifen niedersächsischer Träger – wenn auch nur geringfügig, was sich allerdings über die Zeit und bei Berücksichtigung der Menge rechnet. Und der Tarif liegt deutlich unter dem, was die katholischen „Brüder und Schwestern“ derzeit in Niedersachsen im Pflegebereich zahlen.

1 Als „weißer Ritter“ wird an den Aktienmärkten ein Unternehmen bezeichnet, das bei einer geplanten feindlichen Übernahme dem Übernahmekandidaten zu Hilfe kommt. Auf den vorliegenden Sachverhalt übertragen wäre die Vermeidung der Übernahme der katholischen Häuser durch private Träger oder die Vermeidung einer Schließung der Häuser gemeint.

2 Internet: www.evangelisches-johannesstift.de. Das 1858 gegründete Johannesstift, eine Stiftung bürgerlichen Rechts, ist in der Alten-, Jugend- und Behindertenhilfe tätig und hat 2.000 Mitarbeiter, 1.600 davon am Hauptsitz in Spandau. Die Stiftung hatte 2008 einen Jahresumsatz von 126 Millionen Euro und unterhält auch Häuser in Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern.

3 Internet: www.diakonie-portal.de.

4 Internet: www.caritas-seniorendienste.de.

5 Vgl. Lucius, R. von: Diakonie statt Caritas. Evangelischer Träger will katholische Heime übernehmen, in: FAZ, 05.06.2009.

6 Um die „katholische Identität“ zu wahren, soll die Caritas mit zehn Prozent an den Heimen beteiligt bleiben. „Es besteht eine sehr gute Perspektive, dass mit dem neuen Träger die katholische Gestalt der Altenpflegezentren nicht einfach durch eine evangelische ersetzt wird, sondern dass die schon jetzt vorhandenen guten Erfahrungen der ökumenischen Zusammenarbeit in den Heimen weiterentwickelt werden“, sagte Propst Martin Tenge, Vorstandsvorsitzender der Caritas Hannover. Vgl. Keller, C.: Evangelisches Werk will katholische Heime, in: Der Tagesspiegel, 30.06.2009. Auf dem Gebiet des Bistums Hildesheim gibt es bereits ein ökumenisches Altenheim. Es ist das „Ansgarhaus“ in Hannover, das von evangelischen und katholischen Gemeinden sowie von Diakonie und Caritas gemeinsam getragen wird.

7 Es handelt sich korrekt gesprochen nicht um einen Tarifvertrag im herkömmlichen Sinne, also ein zwischen Gewerkschaft und Arbeitgeberverband oder einem Unternehmen abgeschlossener Tarifvertrag, sondern um die jeweils gültigen arbeitsvertraglichen Richtlinien der Kirchen (AVR), die auf dem Sonderrecht der Kirchen basieren, was z.B. bedeutet, dass die Mitarbeiter/innen kein Streikrecht haben, da sie Teil einer „Dienstgemeinschaft“ seien.

8 Scheinbar deshalb, weil es gewichtige Abweichungen hiervor gibt, worauf der Träger selbst hinweist: „Unterschiede gibt es in der Anpassungsdauer in der Umstellung der abgesenkten Gehälter für Berufsanfänger (Eingangsgehälter, 10 statt 8 Jahre) sowie in einem flexibleren Umgang mit Notlagen von Einrichtungen“ (Pressemitteilung des Evangelischen Johannesstifts vom 16.07.2009).

Natürlich ist es nicht überraschend, dass sich die **Gewerkschaft ver.di** zu Wort meldet und die vorge-sehene Lohnkürzung kritisiert. Die Gewerkschaftssekretärin Brigitte Horn kritisierte, dass die Caritas-Mitarbeiter unter Druck gesetzt würden. Die Beschäftigten sollen bis Ende Juli Einzelverträge unterschreiben, bei denen der in Berlin geltende niedrigere Tarif zugrunde gelegt wird. Andernfalls kann die Zusammenarbeit nach Angaben des Johannesstiftes platzen. Laut Horn wird auf diese Weise unter anderem die gesetzliche Besitzstandswahrung von einem Jahr unterlaufen.⁹ „Die Belegschaft ruft ‚Er-pressung‘, fühlt sich ‚verramscht‘ und bedroht von der hauseigenen Leiharbeiterfirma des Johannesstiftes mit dem schönen Namen ‚Persona Non Grata‘. Die Gewerkschaft Ver.di ruft ‚Lohndumping‘ und zur Protestkundgebung auf“.¹⁰

Darüber hinaus wird aber eine weitere Konfliktlinie erkennbar: Auch **innerhalb der Diakonie**, zu der das Johannesstift gehört, gibt es **Spannungen**. So äußerte sich die Landesbischöfin Margot Käßmann: „Wenn wir als evangelische Diakonie schon die Löhne drücken, dann wird es immer schwerer zu argumentieren.“¹¹ Die Landesbischöfin sieht durch den Einstieg eines diakonischen Trägers mit niedrigeren Tarifen ihr Bemühen um eine angemessene Entlohnung von Pflegekräften hintergangen – und das aus dem eigenen Haus, was die innerkirchliche Brisanz verdeutlicht. Die Diakonie in Niedersachsen hat mit Bedauern und Skepsis auf die geplante Übernahme von fünf Altenheimen der hannoverschen Caritas durch das Berliner Evangelische Johannesstift reagiert. Der Direktor des Diakonischen Werkes der hannoverschen Landeskirche, Christoph Künkel, hätte es besser gefunden, wenn die Probleme mit einem örtlichen diakonischen Träger hätten gelöst werden können.¹²

Angereichert wird dieses Potpourri an Konfliktlinien durch den Ausgangspunkt, der zu der aktuellen Entwicklung geführt habe¹³: Der Caritasverband Hannover beklagt seit längerem einen Pflegenotstand in niedersächsischen Altenheimen und sieht die Ursache dafür in dem Umstand, dass die **Pflegesätze** der Pflegekassen im Land seit zwölf Jahren nicht erhöht worden seien. Die Pflegekassen orientieren sich an den Durchschnittskosten der Pflegeheime. In Niedersachsen ist der **Anteil privater Anbieter** von Pflegeplätzen mit 59 % überdurchschnittlich hoch, jener der sechs freien Wohlfahrtsverbände – darunter Diakonie, Caritas und Rotes Kreuz – relativ niedrig. Private Anbieter zahlen fast durchgängig **erheblich geringere Löhne** als freie Wohlfahrtsverbände – und **innerhalb der wohlfahrtsverbandlichen Trägerlandschaft** gibt es dann auch noch mal **teilweise erhebliche Lohndifferenzen**, wie der konkrete Übernahmefall verdeutlicht.

Insofern finden sich sämtliche Ingredienzien, die generell die derzeitige Entwicklung des Pflegeheimsektors beeinflussen und zugleich zeigen sich hier die besonderen Probleme der wohlfahrtsverbandlichen Träger gleichsam wie in einem Brennglas.

9 Zit. nach www.epd.de/nachrichten/nachrichten_index_66607.html.

10 Quasthoff, M.: Westarbeit zum Osttarif. In Hannover sollen verschuldete katholische Seniorenheime vom evangelischen Johannesstift übernommen und dabei die Löhne auf Ostniveau gesenkt werden. Nun ist die Aufregung groß, in: taz, Nord, 13.07.2009. Man muss an dieser Stelle allerdings mit Blick auf den Titel des Beitrags darauf hinweisen, dass es sich bei dem Tarif, der für das Johannesstift relevant ist, *nicht* um einen Osttarif handelt. Sitz der Stiftung ist Berlin.

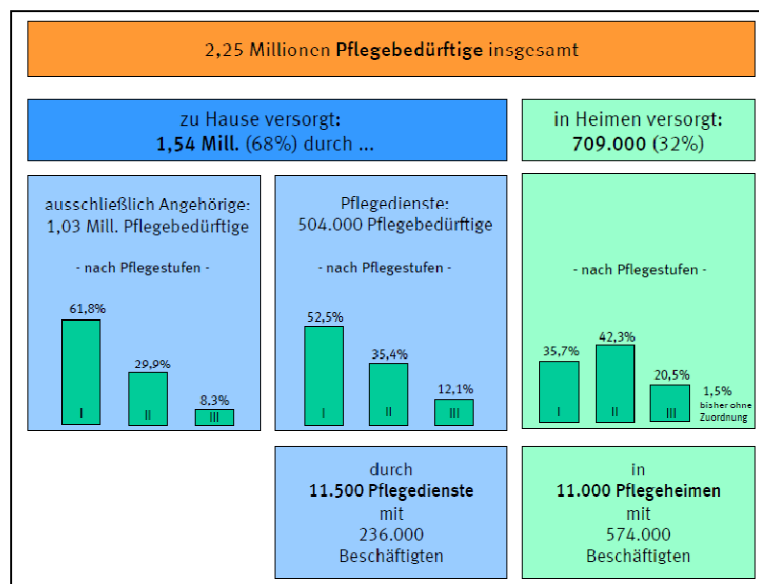
11 Zit. nach Quasthoff (2009).

12 Nach einem Bericht der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung vom 26.06.2009 stand angeblich das **Stephansstift** (www.stephansstift.de) im Verbund mit der **Diakonie Kästorf** (www.diakonie-kaestorf.de) bereit für Übernahmegespräche mit der Caritas, die aber dem Berliner Johannesstift bereits exklusive Verhandlungen zugesagt habe. Das Johannesstift wiederum will Druck aus dem innerverbandlichen Kessel nehmen und kündigt eine Mitgliedschaft in der niedersächsischen Diakonie (und damit verbundenen Beitragszahlungen an den Verband) an.

13 Es sei an dieser Stelle nur darauf hingewiesen, dass man natürlich unterscheiden muss, ob eine anstehende Insolvenz durch *innerbetriebliche Managementfehler* ausgelöst wurde oder ob es *strukturelle Gründe* auf dem relevanten „Markt“ gibt, die eine Weiterführung des Unternehmens unter den gegebenen Rahmenbedingungen, zu denen natürlich und gerade im Altenheimbereich mit einem Personalkostenanteil zwischen 70 und 80% die Lohnstrukturen und –niveaus gehören, nicht mehr möglich macht – es sei denn, man ist bereit den Weg einer Personalkostenenkung zu gehen.

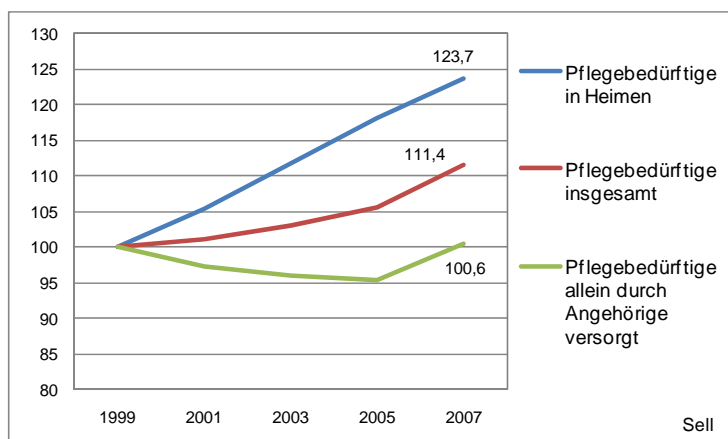
2. Der Pflegeheimmarkt zwischen „Boom-Branche“ und Investitionsruinen

Fast ein Drittel der Pflegebedürftigen¹⁴ (mehr als 700.000 Menschen) werden derzeit in Pflegeheimen versorgt – demgegenüber gibt es mehr als eine Million pflegebedürftige Menschen, die zu Hause aus-



schließlich von ihren Angehörigen betreut werden. Eine weitere halbe Million Menschen benötigen die Unterstützung ambulanter Pflegedienste.

Seit 1999 ist die Zahl der Pflegeheime in Deutschland um fast 25% auf **über 11.000** Heime gestiegen. Mehr als **570.000** Menschen arbeiten in den Pflegeheimen – allerdings immer weniger auf Vollzeitstellen, deren Zahl zurückgegangen ist, während die Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse enorm zugelegt haben.



Betrachtet man die Entwicklung seit 1999, dann kann man erkennen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause ausschließlich von ihren Angehörigen versorgt werden, stagniert, während die Zahl der in Heimen betreuten alten Menschen deutlich stärker zugenommen hat als die Gesamtzahl an Pflegebedürftigen.

Allerdings hat sich auch die **Zusammensetzung der Heimbewohnerschaft** in den vergangenen Jahren

deutlich verändert. In den Heimen leben heute deutlich ältere Menschen als früher. Das Heimeintrittsalter ist im Durchschnitt auf über 80 Jahre angestiegen. Rund 70% aller Heimplätze sind heute mit erhöht- oder schwerpflegebedürftigen älteren Menschen belegt. Vor 20 Jahren lag dieser Anteil noch bei 30%. Die „Gerontopsychiatisierung“ der Heime nimmt zu. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei unter 2 Jahren. Das alles hat Auswirkungen auch auf die Arbeitsbedingungen des Personals in den Heimen.

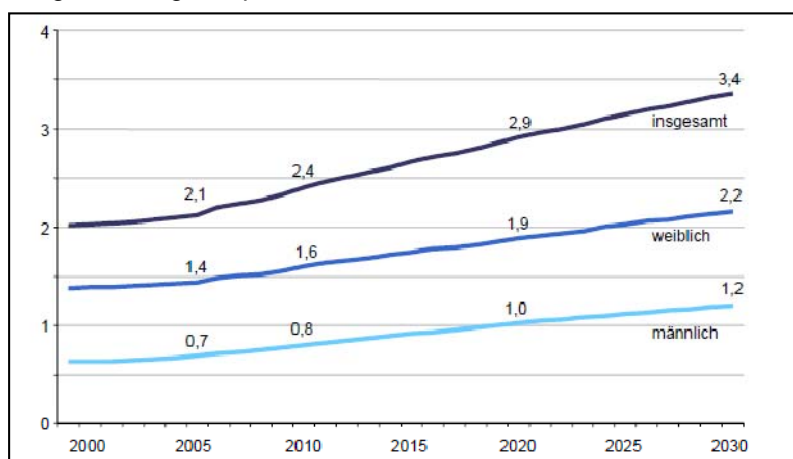
¹⁴ Hier sind Pflegebedürftige nach den Kriterien, wie sie im SGB XI normiert sind, gemeint. Bekanntlich ist dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff (und die darauf aufbauende Klassifizierung der Pflegebedürftigen in drei Pflegestufen) seit langem umstritten. Die große Koalition hatte sich in ihrem Koalitionsvertrag 2005 u.a. das Ziel gesetzt, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu reformieren, was aber bei der letzten Pflegereform, dem 2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetz, nicht gelungen bzw. ausgespart worden ist. Dies ist auch nicht wirklich überraschend, denn ein dem fachwissenschaftlichen Stand der Diskussion entsprechender, auf den Grad der Selbstständigkeit abstellender neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff würde eine Ausweitung der für Pflege bereitzustellenden Ressourcen erforderlich machen, wenn man nicht insgesamt die Leistungshöhen herunterfährt. Vgl. hierzu ausführlich den Bericht des zu diesem Thema von der Bundesgesundheitsministerin eingesetzten Beirats unter Vorsitz von Jürgen Gohde, dem ehemaligen Präsidenten des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche Deutschlands, der im Januar 2009 veröffentlicht worden ist: Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, Januar 2009 sowie daran anschließend Bundesministerium für Gesundheit: Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, Mai 2009.

Festzuhalten bleibt, dass trotz des Leitmottos „ambulant vor stationär“ in den vergangenen Jahren eine kontinuierlich über dem durchschnittlichen Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen liegende Expansion des Pflegeheimsektors zu beobachten war, das begleitet worden ist von einer deutlichen Zunahme der pflegeintensiven Fälle. Für die weitere Zukunft muss *bei gleichbleibenden Bedingungen des Gesamtsystems* im Zusammenspiel von demografischer Entwicklung, Wandel der Familien- und Lebensformen und weiteren Faktoren plausibel ein „Heimsogeffekt“ unterstellt werden, der verständlich macht, warum manche von einer „Boombranche“ Pflege, insbesondere mit Blick auf die stationäre Pflege, sprechen.

So stellen Häcker und Raffelhüschen fest: „... im Zeitraum 1997 bis 2005 (haben) zwei Formen der Verschiebung im stattgefunden, die beide zu einem höheren Ausgabeneffekt führen: Einerseits die Umschichtung von der ‚günstigen‘ Geld- hin zu den ‚teureren‘ Sachleistungen und damit von der informellen zur professionellen ambulanten Pflege und andererseits die Umschichtung von der vergleichsweise ‚günstigeren‘ ambulanten zur ‚teureren‘ stationären Pflege. Letzteres wird auch als ‚Heimsog-Effekt‘ oder ‚Hospitalisierungstrend‘ bezeichnet“.¹⁵

Diese Entwicklungen werden meistens reduziert als monetäres Problem der Kostenträgerseite wahrgenommen und diskutiert – tatsächlich aber sollten die unmittelbar davon Betroffenen, also sowohl die Pflegebedürftigen wie auch die Pflegenden, viel stärker in den Mittelpunkt gestellt werden. Es kann an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass die angesprochene Entwicklung in nicht wenigen Heimen – die übrigens auf eine ganz andere ursprüngliche „Funktionslogik“ ausgerichtet sind – zu einer „Konzentration der Unerträglichkeit“ (für die Bewohner wie auch für das Personal) geführt hat.¹⁶

Aus Sicht der Heimbetreiber wie vor allem der (potenziellen) Investoren stellen sich die „Wachstumsperspektiven“ im Pflegemarkt „hervorragend“ dar. Das Statistische Bundesamt hat auf der Grundlage der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung versucht, die wahrscheinliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit quantitativ abzuschätzen.¹⁷



Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von **2,13** Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf etwa **3,36** Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030 ansteigen. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird unter Zugrundelegung des Status-Quo-Modells zwischen den Jahren 2005 und 2030 um **58 %** zunehmen. Status-Quo-Modell bedeutet dabei, dass die

15 Häcker, J. und Raffelhüschen, B. Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“ (=Discussion Papers des Forschungszentrums Generationenverträge), Freiburg, Juni 2006.

16 Die „Konzentration der Unerträglichkeit“ in Heimen spielt auch eine Rolle in der Diskussion über das Paradigma der Ambulantisierung. Vgl. hierzu ausführlicher Sell, S. (2008): Die „Ambulantisierung“ als Folge der Sozialpolitik?, in: Sozietät Prof. Dr. Reiss & Partner (Hrsg.): Sozialwirtschaftliche Managementtagung 2008: Ambulantisierung von Dienstleistungen. Implikationen für die Sozialwirtschaft, Mainz, S. 15-43. Offensichtliche Parallelen gibt es auch in anderen personenbezogenen Handlungsfeldern, so beispielsweise in den Krankenhäusern, wo es im Kontext der Einführung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems zu einer deutlichen Zunahme sowohl der Fallzahlen wie aber auch der Pflegeintensität der Patienten gekommen ist, so dass die Pflegekräfte – oftmals nicht nur bei gleicher, sondern sogar noch reduzierter Personalausstattung – mit einer Kombination von Beschleunigung und zunehmender Fallschwere konfrontiert sind. Insofern werden häufig – auch in der Altenpflege – historisch vielleicht einmal durchaus angemessen kalkulierte Personalschlüssel nach ausreichend langer Fortschreibung nicht nur unbrauchbar, sondern sogar kontraproduktiv.

17 Vgl. Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, 2008. Die Abbildung oben im Text ist dieser Publikation entnommen und findet sich dort auf S. 24.

heute gegebenen Pflegewahrscheinlichkeiten für die Vorausberechnung als konstant bleibend unterstellt werden.¹⁸

Man kann es drehen und wenden wie man will – wir werden gerade auch vor dem Hintergrund der Veränderungen in den familialen Auffang-Systemen nicht nur eine steigende Fallzahl an Pflegebedürftigen bekommen, die eine stationäre Unterbringung in Anspruch nehmen (müssen), sondern zugleich wird es auch in den Pflegeeinrichtungen eine fortschreitende Verschiebung des Morbiditätsspektrums in Richtung der degenerativen Altersleiden einschließlich Alzheimer-Erkrankungen geben. Die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz der dementiell erkrankten Menschen bedingt nicht nur einen erhöhten generellen Betreuungsbedarf, sondern darüber hinaus auch zusätzliche Ressourcen für eine zwingend notwendige Aktivierung dieser Menschen.

Also eigentlich ist alles klar – bei den entscheidenden Parametern der zukünftigen Nachfrage sehen wir eindeutige Vorzeichen, was entsprechende Investitionen gerade in die stationäre Pflege lenken müsste. Allerdings – und hier kommen wir zu einer scheinbaren Schizophrenie der gegenwärtigen Heimlandschaft – gab es diese globalen demografischen Prognosen schon seit längerem und viele Investoren sind in den vergangenen Jahren in den „Markt“ hineingegangen, um sich entsprechend zu positionieren. Die allgemeinen Daten sagen aber nichts aus über die regionalen oder gar lokalen Entwicklungen der tatsächlichen Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen. Und auch die seit Jahren immer wieder sporadisch durch die Medien wabernde Berichtserstattung über „Pflegenotstand“ oder „Misshandlungen“ im Heim wurden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Menschen unterschätzt, die alles daran setzen, so lange wie nur irgendwie möglich einer Heimunterbringung zu entgehen. Mit der Folge, dass wir teilweise, also in einigen Regionen, mittlerweile erhebliche Überkapazitäten bei den stationären Pflegeplätzen haben.¹⁹ Geht man von einem Phasenmodell aus, das über eine Zeitschiene gelegt wird, dann befinden wir uns gerade im Tal einer leicht u-förmigen Entwicklungsstruktur der Altenpflegeheime.

Mit Bezug auf den aktuellen „Pflegeheim Rating Report 2009 - Konsolidierung voraus!“ von RWI, ADMED GmbH und HCB GmbH findet sich in der entsprechenden Pressemitteilung des RWI der folgende Passus: „In den vergangenen Jahren nahm das Angebot an Pflegeplätzen überproportional zu. Bis 2011 ist mit einer sinkenden Auslastung zu rechnen. Dennoch werden gegenüber 2010 bis zum Jahr 2020 rund 150.000, bis zum Jahr 2030 sogar rund 310.000 neue Pflegeplätze benötigt werden. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem Investitionsbedarf von 27 Milliarden Euro in die stationäre Versorgung zu rechnen.“ Und damit verbunden: „Vor diesem Hintergrund ist mit einem zusätzlichen Bedarf von fast 80 000 Pflegefachkräften bis 2020 zu rechnen.“²⁰

An dieser Stelle besonders relevant ist die Aussage einer überproportionalen Zunahme der Pflegeheime in den vergangenen Jahren, die noch bis 2011 zu einer sinkenden Auslastung führen dürfte. Dies ist eine äußerst entscheidende Rahmenbedingung für das, was sich gerade tut auf dem Pflegemarkt und welche Handlungsmöglichkeiten Träger haben, die z.B. gebunden sind an eine ordentliche tarifliche Vergütung ihrer Mitarbeiter – geht doch die Expansion der vergangenen Jahren in einem

18 Daneben hat das Statistische Bundesamt noch ein alternatives Szenario „sinkende Pflegequoten“ berechnet. In diesem Szenario wird unterstellt, dass sich die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in ein höheres Alter verlagert. Um die Zahl der Pflegebedürftigen vorauszuberechnen, werden die altersspezifischen Pflegequoten getrennt für beide Geschlechter entsprechend der gestiegenen Restlebenserwartung in höhere Altersklassen verschoben. Im Ergebnis würde sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 nicht auf 3,4 Millionen, sondern auf „nur“ 3 Millionen belaufen, also +39% statt +58%.

19 Übrigens damit einhergehend müssen wir gleichzeitig erhebliche Unterkapazitäten bei Angeboten konstatieren, die im Zwischenraum zwischen ambulant und vollstationär angesiedelt sind und die eine durchaus zentrale Bedeutung für alle Konzepte haben, die auf eine Stabilisierung der familialen Pflegestrukturen setzen. Es mangelt gerade an teilstationären Angeboten und – mit einem analogischen Blick auf die aktuelle Debatte über den Ausbau der Kindertagesbetreuung – der Auf- und Ausbau von Tagesbetreuungsstrukturen für ältere Menschen wird eines der großen Handlungsfelder der kommenden Jahre werden (müssen).

20 Vgl. RWI: Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29.06.2009.

nicht unerheblichen Umfang auf entsprechende Aktivitäten privatgewerblicher Anbieter von Altenpflege zurück, die nicht nur bestehende Häuser übernommen, sondern auch weitere neue gebaut haben. Und diese Anbieter zahlen häufig unter den Tarifen beispielsweise der Caritas. Wenn die tatsächlich anfallenden Kosten des Heimes erstattet werden, also gemäß des alten, mittlerweile eliminierten Selbstkostendeckungsprinzips, dann wäre ein entsprechendes Preisdifferential kein fundamentales Problem, weil die Lohnkostendifferenz ausgeglichen wird. Wenn aber ein Kostensatz vereinbart werden muss, der auf einem Vergleich mit anderen Anbietern basiert – von denen gerade bei den privaten viele nicht tarifgebunden sind –, dann bekommen die höherpreisigen Häuser ein Problem, unbeschadet der Frage, ob sie wirklich auch bessere Qualität liefern als „Billighäuser“.²¹ Dieses Grundproblem eines Kostendifferentials zwischen den Anbietern wird dann noch ergänzt durch die Nebenwirkungen einer zu geringen Auslastung der mit hohen Fixkosten behafteten Heime. Die Zeichen der Zeit stehen in einem derartigen Gefüge eigentlich - rein betriebswirtschaftlich gesehen - auf Personalkostenreduktion in Kombination mit einer Strategie des Umsatz- bzw. generell Größenwachstums.²²

Letztendlich hat das unkoordinierte Wachstum des stationären Sektors in den vergangenen Jahren zu einer regional bestimmten Gleichzeitigkeit von Unter-, Normal- und Überversorgung geführt, was sich auch in der wirtschaftlichen Bewertung der Häuser niederschlägt: „Die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime hat sich seit dem ‚Pflegeheim Rating Report 2007‘ kaum verändert. Es befinden sich immer noch 13% der Heime, was ihre Finanzlage angeht, im insolvenzgefährdeten ‚roten‘, 72% hingegen im ‚grünen‘ Bereich. Damit weist jedes siebte Pflegeheim eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Heime in privater Trägerschaft schneiden mit 16% im ‚roten Bereich‘ signifikant schlechter ab als solche in freigemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (jeweils rund 10%). Dies dürfte daran liegen, dass verhältnismäßig viele private Heime in ländlichen Regionen liegen. Insgesamt schneiden die Pflegeheime bezüglich Insolvenzwahrscheinlichkeit besser ab als Krankenhäuser und Reha-Kliniken und sind vergleichbar mit westdeutschen Unternehmen anderer Branchen. Bis 2011 dürfte sich die Lage wegen sinkender Auslastung und Finanzkrise leicht verschlechtern.“²³

3. Der Pflegeheimmarkt: Trägerstrukturen und Preisunterschiede

Zurückblickend kann man erkennen, dass die **privatgewerblichen Träger** auch im stationären Bereich in den vergangenen Jahren Marktanteile gewonnen haben. Ausweislich der Pflegestatistik 2007 liegt ihr Marktanteil an allen Heimen im Bundesdurchschnitt bei **39,2%**, während die freigemeinnützigen Träger (noch) einen durchschnittlichen Marktanteil von **55,1%** haben. Diese Marktführerschaft der freigemeinnützigen Träger gibt es bei den ambulanten Pflegediensten schon lange nicht mehr. Mit einem Marktanteil der Privaten von **60%** dominieren diese den ambulanten Bereich. Nun sind die bundesdurchschnittlichen Werte nur eine Annäherung an die Realitäten, verbergen sich doch hinter diesen Werten erhebliche Varianzen bereits auf der Ebene der Bundesländer. Eine differenzierte Be-

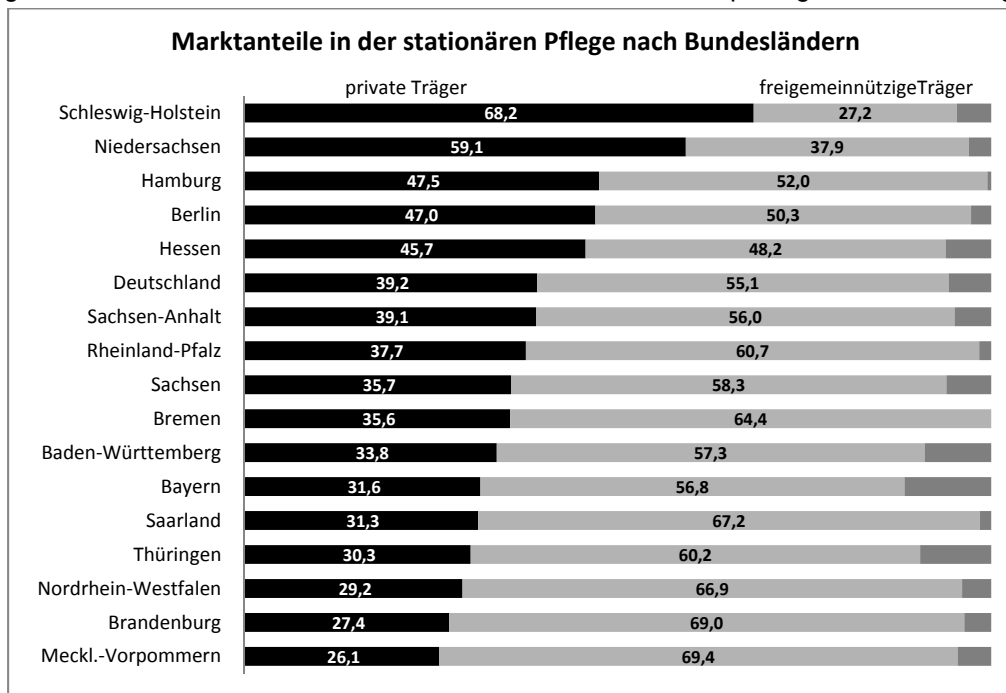
21 So konstatiert das RWI im neuesten Pflegeheim Rating Report 2009: „Teure Pflegeheime bieten nicht immer auch die bessere Pflege, zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität lässt sich kein statistischer Zusammenhang feststellen. Zwar sind teurere Heime beispielsweise baulich besser ausgestattet und bieten eine bessere soziale Betreuung. In Bereichen wie beispielsweise Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, Sondenernährung und Versorgung bei Demenz schneiden sie jedoch nicht nachweisbar besser ab.“ Vgl. RWI: Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29.06.2009.

22 So die strategischen Empfehlungen im neuen Pflegeheim-Report: „Zwar können Pflegeheime in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einem sicheren Nachfragewachstum rechnen. Trotzdem müssen sich gerade Heime in Hochpreisregionen auf einen wachsenden Preisdruck einstellen und deshalb ihre Leistungen effizienter erbringen. Es ist daher damit zu rechnen, dass sich verstärkt Pflegeheimketten bilden werden, welche Synergiepotenziale heben können. Zudem sollten sich Pflegeheime auf die Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen einstellen. Je nach Budget des Pflegebedürftigen sind beispielsweise Standard- und Premiumpakete mit Zusatzleistungen denkbar. Zudem sollten Heime ihre Pflegequalität transparenter machen und diese als Wettbewerbsvorteil einsetzen“ (RWI: Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29.06.2009). Wobei der Punkt Größenwachstum vor allem im Altenpflegeheimbereich nicht unproblematisch ist. Immer wieder werden generell die Umsetzungs- und Integrationskosten von Übernahmen unterschätzt und der reine Größenvorteil überschätzt.

23 Vgl. RWI: Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29.06.2009.

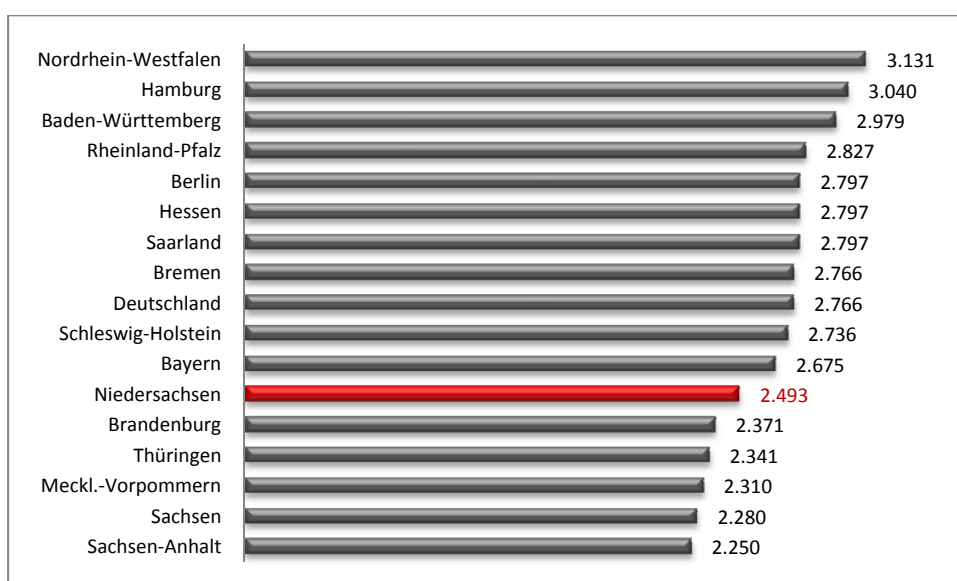
trachtung nach Bundesländern ist auch und gerade vor dem hier relevanten Ausgangsbeispiel Niedersachsen von besonderer Bedeutung, denn mit Blick auf die Marktanteile der Privaten (und spiegelbildlich der freigemeinnützigen Träger) zeigen die Daten für Niedersachsen gravierende Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – die auch Auswirkungen haben auf die Preissituation.

Während der Marktanteil der privatgewerblichen Träger im Heimbereich im Durchschnitt wie gesagt bei 39,2% liegt, wird für Niedersachsen ein Wert von **59,1%** ausgewiesen. Nur in Schleswig-Holstein gibt es mit mehr als 68% einen noch höheren Marktanteil der privatgewerblichen Träger.



Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007

Wie stellt sich die **Preislandschaft** dar? In der folgenden Abbildung sind die durchschnittlichen Vergütungen für vollstationäre Dauerpflege (in Euro pro Monat und Person)²⁴ exemplarisch für die Pflegestufe III differenziert nach den Bundesländern dargestellt.

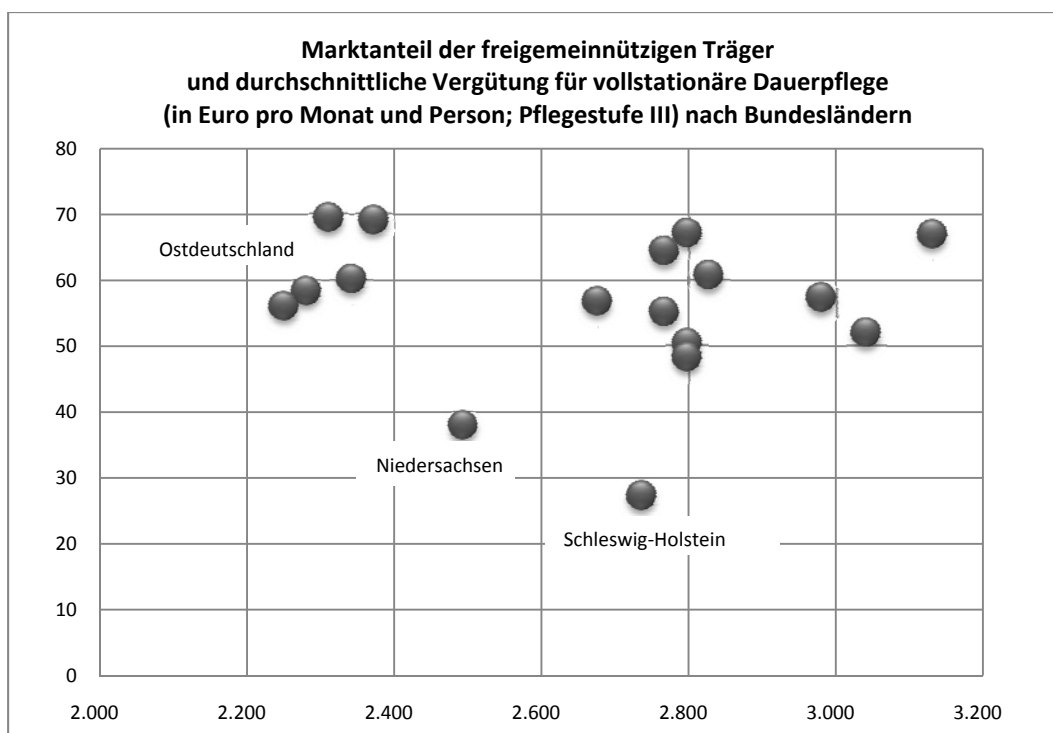


Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007

24 Bestehend aus den beiden Komponenten „Pflegesatz der Pflegekassen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“.

Niedersachsen bildet bei den durchschnittlichen Vergütungen im Vergleich der westdeutschen Bundesländer das Schlusslicht – mit 2.493 Euro/Monat wird hier deutlich weniger gezahlt als in den anderen westdeutschen Bundesländern. Eigentlich muss Niedersachsen in die Gruppe der ostdeutschen Bundesländer eingeordnet werden, zumindest was die Vergütungshöhe angeht. Besonders gravierend sind die Abweichungen zum „Preisführer“ Nordrhein-Westfalen: Hier bekommen die Heime in Niedersachsen im Durchschnitt für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III mehr als **20% weniger Geld** als nordrhein-westfälische Heimträger – das entspricht einem Betrag in Höhe von **638 Euro pro Monat**, die in Niedersachsen weniger zur Verfügung stehen als in Nordrhein-Westfalen.

Interessant ist natürlich die Frage, ob es einen **Zusammenhang** gibt **zwischen dem Marktanteil der privaten bzw. der freigemeinnützigen Träger und dem Preisniveau**. In der folgenden Abbildung ist der Marktanteil der freigemeinnützigen Träger im Verhältnis zu dem Preisniveau für die Pflegestufe III auf der Ebene der Bundesländer dargestellt.



Besonders gut zu erkennen in der Abbildung ist die **(problematische) solitäre Positionierung Niedersachsens**, die sich mit der Formulierung „Viele private Heimträger (bzw. nur ein geringer Marktanteil der freigemeinnützigen Träger) und ein extrem niedriges Preisniveau“ zusammenfassen lässt.²⁵

Es stellt sich natürlich die Frage, wie es zu den hier dargestellten erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern kommen konnte. Diese Differenzen irritieren auch und vor allem deshalb, weil doch die Personalkosten den größten Teil der Kosten ausmachen und man meinen sollte, dass es keine großen Abweichungen geben dürfte zwischen den Bundesländern. Da die durchschnittlichen Personalkosten ganz maßgeblich von den Pflegepersonalschlüsseln determiniert werden (sollten), gibt es angesichts der Streubreite der durchschnittlichen Vergütungen Bundesländer, in denen die Einrichtungen mehr Pflegepersonal für die Betreuung und Pflege der Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegegesetzverhandlungen zugebilligt bekommen haben als andere. Diese Unterschiede sind nicht hin-

²⁵ Es ist übrigens auffällig – um an eine Analogie aus dem Text anzuknüpfen –, dass Niedersachsen auch beim Ausbau der Kindertagesbetreuung für unter dreijährige Kinder, in dessen Rahmen bis 2013 für 35% der unter dreijährigen Kinder ein Betreuungsplatz in einer Kita oder in Tagespflege geschaffen werden müssen, einen traurigen „Spitzenplatz“ am unteren Ende der Bundesländer einnimmt. Offensichtlich tut sich das Bundesland schwer mit dem Ausbau der sozialen Infrastruktur.

nehmbar, sollte sich doch die Personalmenge am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen bemessen und dieser kann nicht in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hoch sein.²⁶ Schließlich ist doch das Pflegeversicherungsgesetz ein Bundesgesetz.²⁷ Hintergrund für diese Abweichungen sind neben nur historisch zu verstehenden Fortschreibungen unterschiedlicher Ausgangslagen auch und gerade die „Preisbildung“ über Pflegesatzverhandlungen und Schiedsstellensprachpraxis in den einzelnen Bundesländern.

Stefan Hölscher hat am Beispiel der beiden Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen beschrieben, welche Varianz es bei diesen Verhandlungen gibt.²⁸ In **Niedersachsen** – von ihm zutreffend als „billiger Jakob der westlichen Bundesländer“ charakterisiert – verhandeln die Kostenträger stark auf der Kostenartenebene. Liegt der von der Einrichtung in der Pflegesatzkalkulation eingerechnete Kostenartenwert innerhalb des Mittelwertes, ist alles im grünen Bereich.²⁹ Ein wichtiges Kriterium: Die zu verhandelnde Einrichtung liegt im externen Preisvergleich im unteren bis mittleren Korridor. Ein klar erkennbarer Nachteil dieses Ansatzes: Die individuellen Gegebenheiten der Pflegeeinrichtung werden somit häufig immer mehr außer Acht gelassen. Letztendlich, so Hölscher, werden nur noch die Preise einer fiktiven Pflegeeinrichtung verhandelt, deren individuelle Leistungs- und Kostenstrukturen völlig außer Acht gelassen werden. Eigentlich bräuchten sich die Kostenträger mit dem Einrichtungsträger nicht mehr an einen Verhandlungstisch zu setzen, um leistungsgerechte Preise zu verhandeln, sondern könnten telefonisch Einheitspflegesätze oder pauschale Fortschreibungen vereinbaren. Die individuellen Gegebenheiten der zu verhandelnden Einrichtung werden in **Nordrhein-Westfalen** bei den Pflegesatzverhandlungen wesentlich stärker berücksichtigt, als in Niedersachsen. Darüber hinaus und besonders relevant vor dem Hintergrund einer ganz aktuellen Veränderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung: In Niedersachsen findet der externe Vergleich insbesondere in den Verfahren der Schiedsstellen konsequente Anwendung - in Nordrhein-Westfalen wird in Schiedsstellenverfahren der externe Vergleich hingegen nicht in dieser Form angewandt, trotz der bis vor kurzem geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Die individuellen Gegebenheiten der Einrichtung und die einzelnen Streitpunkte bei den Kostenpositionen werden somit stärker berücksichtigt.

Zugespitzt formuliert könnte man zusammenfassen, das es in Niedersachsen eine Tendenz zu einer vereinheitlichenden Preisbildung „nach unten“ gab und in Nordrhein-Westfalen eine Tendenz zur Abbildung der hausindividuellen Kostenstrukturen – beide Wege bilden die Pole eines Spektrums und erklären die erheblichen Preisdifferenziale zwischen den Bundesländern.

In diesem Kontext ist bereits auf die besondere Rolle des **externen Vergleichs** hingewiesen worden und die Orientierung der zugestandenen Pflegesätze an den in Rahmen dieses Vergleichs gewonnenen durchschnittlichen Beträgen bzw. Steigerungsraten. Hintergrund für die Anwendung dieses speziellen und mit Blick auf Träger, die eine z.B. tarifinduzierte höhere Personalkostenstruktur haben, nicht unproblematischen Verfahrens ist die **(bisherige) Rechtsprechung des BSG** aus dem Jahr 2000. In

26 Bereits 2006 hat Stefan Hölscher das Problem auf den Punkt gebracht: „Kritisch zu bewerten ist in diesem Zusammenhang, dass z. B. eine Pflegekraft in Schleswig-Holstein schlechtestenfalls (wenn der niedrigste Pflegepersonalschlüssel des Korridors verhandelt wurde) im Durchschnitt 4 Bewohner pro Tag pflegen muss, während eine Pflegekraft in Baden-Württemberg bestenfalls (es wurde der beste Pflegepersonalschlüssel innerhalb des Korridors verhandelt) nur durchschnittlich 2,35 (rund 40 Prozent weniger) Bewohner pflegen muss.“ Vgl. Hölscher, S.: Pflegesatzverhandlungen unter die Lupe genommen. Die Verhandlungspraktiken der Kostenträger kritisch betrachtet – am Vergleich Niedersachsen – NRW, in: Heim + Pflege, Heft 11/2006, S. 334.

27 Auch hier wieder: Analoge Unstimmigkeiten sehen wir bezüglich der Kindertagesbetreuung mit dem SGB VIII als Bundesgesetz und den erheblichen Abweichungen auf der Länderebene, hier aber gewollt durch die Zuweisung der Regelungskompetenz was Personalschlüssel u.a. Faktoren angeht an die Länderebene.

28 Vgl. Hölscher, S.: Pflegesatzverhandlungen unter die Lupe genommen. Die Verhandlungspraktiken der Kostenträger kritisch betrachtet – am Vergleich Niedersachsen – NRW, in: Heim + Pflege, Heft 11/2006, S. 331-335.

29 Hölscher weist darauf hin, dass diese Kostenartenfixierung nachteilig wirken kann für eine Weiterentwicklung der Angebote: „Auch wenn das Pflegeheim mit Hinweis auf Angebot eines hohen Leistungsstandards begründen kann, warum es zukünftig eine wesentliche Erhöhung für die Lebensmittelkosten benötigt (z. B. Einführung von Buffetessen und Esstraining für demenziell erkrankte Bewohner, Umstellung des Einkaufs, keine Tiefkühlkost, sondern nur noch frische Produkte) werden die Kostenträger erfahrungsgemäß an ihrem Kostenartenkorridorpreis festhalten.“ (Hölscher 2006: 332).

zwei Urteilen hat das BSG richtungweisend dargelegt, wie die Vergütung der vollstationären Pflegeheime zu ermitteln ist. Die Höhe der leistungsgerechten Vergütung ist nach den Vorschriften des Gesetzgebers auf der Grundlage einer marktorientierten Pflegeversorgung in erster Linie **durch Marktpreise** zu bestimmen. In der Entscheidung vom 14. Dezember 2000 (BSGE 87, 199 = SozR 3 3300 § 85 Nr 1) hatte der erkennende Senat ausgeführt, dass sich die leistungsgerechte Vergütung von Pflegeleistungen der Pflegeheime in erster Linie am jeweiligen Marktpreis orientiere; um diesen zu ermitteln, seien Angebot und Vergütung der Leistungen anderer Pflegeheime ähnlicher Art und Größe zum Vergleich heranzuziehen (externer Vergleich).

In der Bilanz hat die praktische Anwendung des externen Vergleichs eine **(nach unten) nivellierende Wirkung auf die Preise** ausgeübt. Bei Fortschreibung dieses Verfahrens würde beispielsweise der evangelische Träger, der die katholischen Häuser in Hannover übernehmen will, trotz der Lohnsenkung für die Beschäftigten gegenüber der bisherigen „katholischen“ Vergütung und trotz des niedrigeren Tarifs insgesamt über kurz oder lang in erhebliche Refinanzierungsschwierigkeiten geraten, denn angesichts des hohen Marktanteils der privaten Träger und der Tatsache, dass dort noch weniger gezahlt wird, hätte dies auch Rückwirkungen über den externen Vergleich auf die Pflegesätze für die freigemeinnützigen Träger. Insofern wirkt der externe Vergleich tendenziell wie ein Treiber zugunsten der billigen Anbieter und als permanentes Kostenunterdeckungs-Damoklesschwert für die „teuren“ Anbieter.

Die Neuausrichtung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Berechnung der leistungsgerechten Vergütung von Pflegeheimen im Januar 2009

In dieser Gemengelage ist die im Januar 2009 vom BSG vorgenommene Neuausrichtung der bisherigen Vorgaben zur Berechnung der leistungsgerechten Vergütung von Pflegeeinrichtungen in den Schiedsstellenverfahren besonders hervorzuheben – und für alle Vertreter einer Aufrechterhaltung der Tarifbindung und einer ordentlichen Bezahlung ist dieser Kurswechsel der Bundessozialrichter von zentraler Bedeutung.³⁰

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat nunmehr entschieden, dass die Pflegevergütungen für Pflegeheime auf einer neuen Basis zu berechnen sind, um einerseits den Pflegeheimen eine leistungsgerechte, ein wirtschaftliches Handeln ermöglichende Vergütung zu gewähren (§ 84 Abs. 1 und 2 SGB XI), ohne dabei zu dem vom Gesetzgeber abgeschafften "Selbstkostendeckungsprinzip" hinsichtlich der Gestehungskosten zurückzukehren:

Die Pflegesätze sind danach in einem **zweistufigen Verfahren** zu berechnen.

- In einer **1. Stufe** erfolgt eine Plausibilitätsprüfung der vom Heimträger für den bevorstehenden Pflegesatzzeitraum prognostisch geltend gemachten einzelnen Kostenansätze (§ 84 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Dabei hat der Heimträger die Abweichung der Kostenansätze zu den Vorjahreskosten (**interner Vergleich**) plausibel zu erklären (z. B. „normale“ Lohnsteigerungen, verbesserter Pflegepersonalschlüssel). Die Pflegekassen haben die Plausibilität zu überprüfen.
- Sind die Kostenansätze plausibel, erfolgt in einer **2. Stufe** ein **externer Vergleich** der geforderten Pflegesätze (Pflegeklassen I, II und III) mit den Pflegesätzen vergleichbarer Pflegeheime aus der Region, um die Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Dabei ist nicht nach tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeheimen zu unterscheiden. Liegt der geforderte Pflegesatz im unteren Drit-

³⁰ Vgl. zum folgenden Bundessozialgericht: Berechnung der leistungsgerechten Vergütung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, Medieninformation Nr. 5/09, 29.01.2009.

tel der zum Vergleich herangezogenen Pflegesätze, ist regelmäßig ohne weitere Prüfung von der Wirtschaftlichkeit auszugehen. Liegt er darüber, sind die vom Heimträger dafür geltend gemachten Gründe auf ihre wirtschaftliche Angemessenheit zu prüfen. Die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter ist dabei immer als wirtschaftlich angemessen zu werten.

Der letzte Satz ist hier natürlich von entscheidender Bedeutung: „Die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter ist dabei immer als wirtschaftlich angemessen zu werten.“ Das ist der Schlüsselsatz für alle Vertreter einer Tariforientierung bei der Ausgestaltung der Pflegesätze.

Natürlich statuiert dieser Satz keinen Automatismus – sondern die Verwirklichung des diesem Satz zugrundeliegenden Grundgedankens muss in den Pflegesatzverhandlungen und den möglicherweise anfallenden Schiedsstellenverfahren erkämpft werden. Strategisch ist aber der generelle Kurswechsel des BSG und besonders die Anerkennung von Tarifbindung und Ortsüblichkeit als formative Elemente ein enormer Fortschritt, den es jetzt mit Leben zu füllen gilt. Dies ist auch deshalb von elementarer Bedeutung, weil die niedrigen Preisniveaus von anderer, interessierter Seite durchaus als Referenzpunkt herangezogen werden, um Einsparpotenziale aufzeigen zu können – mithin sind also die Preise in Niedersachsen (und Ostdeutschland) durchaus eine bundesdeutsche Bedrohung und damit mehr als ein nur regionales Problem.³¹

4. Die Pflege-Arbeit in konfessionellen Einrichtungen im doppelten Spannungsfeld aus externer und interner Ökonomisierung – Notwendige Anfragen an die konfessionellen Träger

Keine Frage – die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die praktische Altenpflege ist mehr als defizitär. Vielfach beklagt wird eine zunehmende Ökonomisierung des Handlungsfeldes. Die fachwissenschaftlichen Diagnosen hierzu sind eindeutig:

„Eine bedarfsgerechte Personalausstattung, die den tatsächlichen Pflegebedarf und die hierfür einzusetzenden Ressourcen zum Gegenstand von Preis- bzw. Pflegesatzverhandlungen macht, ist derzeit nicht an der Tagesordnung. Vielmehr beschreiben die Absenkung tariflicher Niveaus, Tarifflucht, das Outsourcen von Betriebsteilen in Servicegesellschaften, hohe Arbeitsverdichtung sowie der wachsende Einsatz von Zeit-/Leiharbeitern und Teilzeitbeschäftigten den Rahmen der Personalpolitik einer Vielzahl von Einrichtungen. In der Folge haben sich nicht nur die Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland deutlich verschlechtert, sondern bereits heute zeigt sich ein hausgemachter Fachkräftemangel in zentralen Pflegeberufen (v.a. der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege). Flächendeckende Modernisierungsaktivitäten sowie ein systematischer Modernisierungsdiallog jenseits von ‚Imagekampagnen‘ sind hier geboten“, so die zutreffende Beschreibung bei Hilbert und Evans.³²

Die konfessionellen Träger von Pflegeeinrichtungen sind auf der einen Seite **Getriebene** in einer Entwicklungslinie, die primär auf Kostensenkung bzw. Kostenstabilisierung ausgerichtet ist. Den von außen kommenden Druck der Kostenträger müssen sie nach innen in ihren Einrichtungen weiterreichen – die alles entscheidende Frage ist allerdings: Bis zum welchem Punkt lässt man sich treiben, gibt es

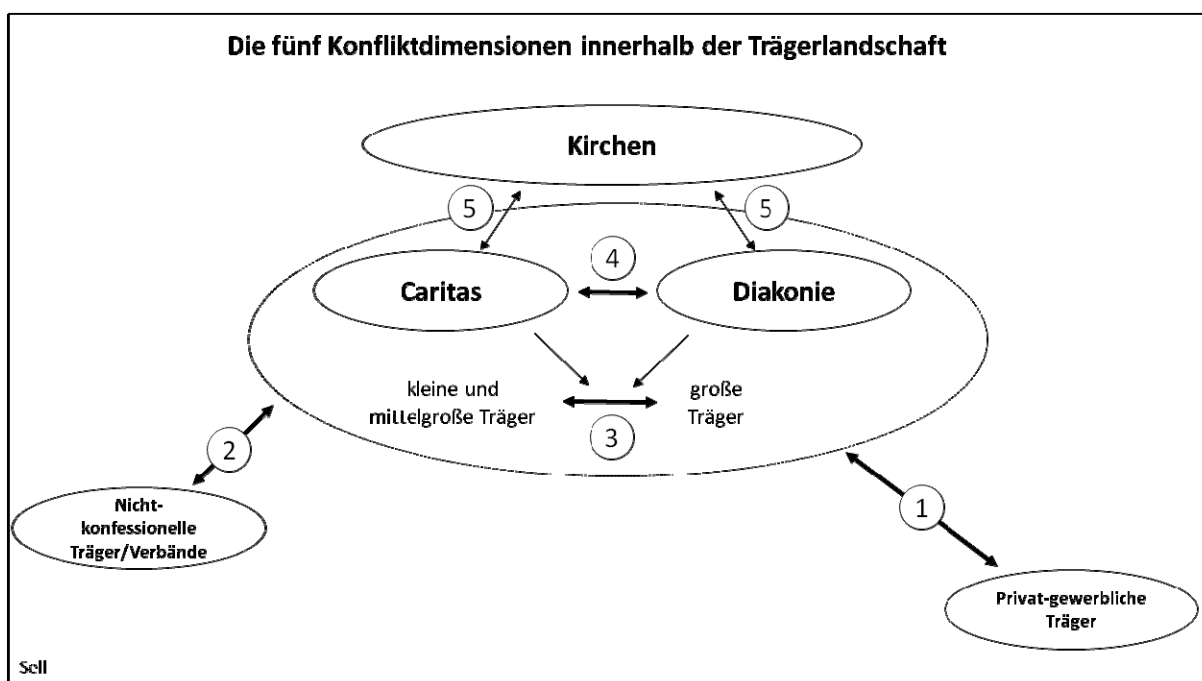
31 Vgl. nur beispielhaft die Argumentation seitens des RWI: „Auf regionaler Ebene bestehen signifikante Preisunterschiede für die stationäre Pflege. Besonders teuer sind Heime in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein. Günstig sind Heime in den ostdeutschen Ländern und Niedersachsen. Wachsende Transparenz über Preise und Qualität, ein wachsender Eigenanteil der Pflegebedürftigen und zunehmender Wettbewerb dürften dafür sorgen, dass die Preisdifferenzen abnehmen.“ Vgl. RWI: Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29.06.2009

32 Vgl. Hilbert, J. und Evans, M.: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2009, S. 28.

überhaupt einen solchen Punkt oder ist man so schon so weit verstrickt mit dem System, das man „jeden Preis“ zu zahlen bereit wäre? Es geht hier um eine, wenn nicht um die **sozialwirtschaftliche Grundsatzfrage** der kommenden Jahre.

⇒ Zugespitzt formuliert: Gibt es in der Pflege einen Pflegesatz, zu dem man zwar anbieten *könnte*, aber zu dem man *nicht mehr* anbieten *will*, weil das ansonsten Arbeitsbedingungen bedeuten würde, die man mit seinem Gewissen nicht mehr vereinbaren kann? Und wo genau liegt dieser Punkt? Und ist man dann auch in letzter Konsequenz bereit, die exit-Option Realität werden zu lassen?

Vor dem Hintergrund dieser Grundsatzfrage erscheint es zweckmäßig, einen Blick auf die vielgestaltige Trägerlandschaft vor allem im freigemeinnützigen und hierbei insbesondere im konfessionellen Bereich zu werfen. Dabei zeigt sich, dass man innerhalb der Trägerlandschaft von fünf wirkräftigen Konfliktdimensionen ausgehen muss, die in ihrem Zusammenspiel schon das Stellen der Grundsatzfrage, geschweige denn ihre Beantwortung als *relativ unwahrscheinlich* erscheinen lassen – womit allerdings auch verbunden wäre, dass die Getriebenen zunehmend in die Rolle des Treibers der gerne beklagten Ökonomisierung³³ hineinwachsen bzw. diese weiter perfektionieren werden:



(1)³⁴ Die freigemeinnützigen Träger stehen in einem **Wettbewerbszusammenhang mit den privat-gewerblichen Trägern** – und in der Pflege ist dieser besonders stark ausgeprägt. In diesem Kontext gilt: Wenn es nicht gelingt, in die Preisbildungsprozesse eine angemessene Berücksichtigung einer nicht nur Irgendwie-Tarifentlohnung, sondern einer sowohl den Aufgaben entsprechenden wie auch „anständigen“ Vergütung einzubauen, dann wird man mittel- und langfristig den „Krieg“ mit den privaten Anbietern verlieren (müssen). Lässt man die Effekte des Preisgefälles zwischen dem freigemeinnützigen und dem privaten Bereich hingegen dauerhaft durchschlagen auf die Einrichtungen, dann befindet man sich – wie derzeit zunehmend beobachtet werden muss – gleichsam auf einer schiefen Ebene des Preis- und Lohndumpings. Die aufgezwungene Rolle des Treibers der negativen Ökono-

33 Vgl. aus der umfangreichen Literatur zu diesem Thema nur z.B. Buestrich, M. und Wohlfahrt, N.: Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Heft 12-13/2008, S. 17-24.

34 Die Konfliktdimension (5) wird im Weiteren nicht speziell ausgeführt; es geht hier um die multiplen Spannungsverhältnisse zwischen den Amtskirchen und ihren wohlfahrtsverbandlichen Gliederungen. Dahinter liegen enorme Konflikte, beispielsweise Fragen der (Nicht-)Verortung der wohlfahrtsverbandlichen Aktivitäten in den Gemeinden oder die Auseinandersetzung über den kirchlichen Charakter der Einrichtungen und ihrer Dienste.

misierung³⁵ der Pflege verselbständigt sich in den Einrichtungen bzw. das Management adaptiert sich an die Erwartungen und Vorgaben des Systems.

(2) Auch *innerhalb* des freigemeinnützigen Trägerbereichs gab und gibt es **Konkurrenzverhältnisse**, die in der Vergangenheit nicht selten abgepuffert wurden durch eine historisch bedingte Aufteilung der „Claims“ zwischen den freigemeinnützigen Anbietern. Diese gewachsenen Strukturen verlieren zunehmend an Funktionalität.

An dieser Stelle besonders relevant sind die Konfliktdimensionen (3) und (4), konstituieren sie doch die **Problematik einer „doppelten Binnenkonkurrenz“** innerhalb des konfessionellen Trägerbereichs mit einem erheblichen Zerstörungspotenzial im gesamten freigemeinnützigen Sektor.

(3) Ein zunehmendes Problem sowohl in der Caritas wie auch in der Diakonie sind die stetig zunehmenden **Konflikte zwischen den sich verselbständigenden großen Trägern und den vielen kleinen und mittleren Trägern innerhalb eines Verbandes** und einer erkennbaren Überforderung der Verbände, diese Konflikte zu moderieren oder gar zu verhindern. Typische Konfliktkonstellationen sind hierbei die spannungsgeladenen Diskussionen im Umfeld von Ereignissen, wo es nicht nur zu Konkurrenzerfahrungen gegenüber privaten oder anderen wohlfahrtsverbandlichen Anbietern kommt, sondern „aus dem eigenen Stall“ Konkurrenz erlebt wird, z.B. weil ein großer diakonischer Träger in einer bestimmten Region Fuß fassen will.

(4) Auch **zwischen Caritas und Diakonie** gibt es zum einen sich verschärfende Konfliktkonstellationen, zum anderen aber auch – gleichsam widergelagert – „Marktbereinigungen“ im Sinne einer mehr oder weniger bewusst geplanten und gesteuerten Angebotskonzentration, obgleich in einem deutlich geringeren Umfang als die zunehmende Konkurrenz zwischen den Verbänden. Mit Blick auf die spezifische Ausformung zwischen Caritas und Diakonie muss konstatiert werden, dass die Diakonie nicht selten eine in dem hier interessierenden Zusammenhang mit der Pflege und den dortigen Arbeitsbedingungen negative Vorreiterrolle ausübt.

Fussek und Schober bringen die bereits sichtbare Zerstörungskraft der zwischenverbandlichen Konkurrenzbeziehung auf den Punkt: „Für 60 000 Arbeitnehmer in der Diakonie gilt seit 1. Juli 2007 die neue Arbeitsvertragsrichtlinie Bayern (AVR). Auch sie macht den Beschäftigten zu schaffen, senkt sie doch die Vergütungen gerade in den unteren Einkommensgruppen nochmals deutlich ab. Wo bleibt der Aufschrei zum Beispiel von Caritas und AWO, die meist noch höhere Löhne für ihre Mitarbeiter zahlen? Dadurch, dass sie schweigen, wird sich vermutlich die Lohnspirale weiter abwärtsdrehen. So setzt die Diakonie die anderen Wohlfahrtsverbände unter Wettbewerbsdruck. Sie kann ihre Leistungen billiger anbieten. Damit wären die Kostenträger womöglich die lachenden Dritten. Mit Verweis auf die niedrigeren Personalkosten könnten sie geringere Pflegesätze vereinbaren.“³⁶

Die größte Sprengkraft liegt in der Konfliktdimension (3), hierbei insbesondere die **Verselbständigung der großen „Sozialkonzerne“**, wobei dies dann die Konfliktdimension (4) häufig zu überlagern be-

35 Mit dieser Terminologie soll darauf hingewiesen werden, dass Ökonomisierung nicht per se etwas schlechtes sein muss, sondern die damit verbundene Fokussierung auf Effektivität und Effizienz Sinn macht. Besonders kritisch im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen ist aber die – auch in der „normalen“, also vor allem der sachgüterbezogenen Wirtschaft durchaus mit erheblichen Problemen verbundene – Reduktion auf „Kosteneffizienz“, die angesichts der aus der Volkswirtschaftslehre bekannten „Kostenkrankheit sozialer Dienstleistungen“, also der geringen oder gar fehlenden Möglichkeiten für Produktivitätssprünge bei isolierter Umsetzung zu einer stetigen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen muss. Es sei denn, man greift regulatorisch ein.

36 Vgl. Fussek, C. und Schober, G.: Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden, München, S. 326 f.

gint. Diese transformatorischen³⁷ Konfigurationen sind im Übrigen auch am anfälligsten für Preis- und Lohndumping-Prozesse.

Diese Prozesse müssen eingeordnet werden in das, was Matthias Möhring-Hesse instruktiv als die **Gleichzeitigkeit von Verbetriebswirtschaftlichung und Verstaatlichung** beschrieben hat.³⁸ Mit diesem Begriffspaar wendet er sich gegen die gängige Diagnose einer Ökonomisierung und Vermarktung der Sozialen Dienste und der Freien Wohlfahrtspflege. Statt Ökonomisierung plädiert er dafür, den Begriff der Verbetriebswirtschaftlichung zu verwenden, um zum Ausdruck zu bringen, dass die Einrichtungen, die soziale Dienste erbringen, gezwungen werden, sich wie Betriebe aufzustellen und sich und die von ihnen angebotenen Dienste einer betriebswirtschaftlichen Logik zu unterwerfen.³⁹

5. Was zu tun wäre (aber wahrscheinlich nicht getan wird) und was es mit dem Mindestlohn für die Pflege auf sich hat

Es wurde bereits auf die entscheidende Grundsatzfrage, die sich gerade die konfessionellen Anbieter sozialer Dienstleistungen stellen sollen, hingewiesen: Gibt es in der Pflege einen Pflegesatz, zu dem man zwar anbieten *könnte*, aber zu dem man *nicht mehr* anbieten *will*, weil das ansonsten Arbeitsbedingungen bedeuten würde, die man mit seinem Gewissen nicht mehr vereinbaren kann? Und wo genau liegt dieser Punkt? Und ist man dann auch in letzter Konsequenz bereit, die exit-Option Realität werden zu lassen?⁴⁰

Die aktuellen Ereignisse in Hannover, die am Beginn geschildert wurden, stehen *stellvertretend* für den offensichtlichen Bedarf, diese Frage aufzuwerfen.

Man kann es auch anders formulieren: Auf Dauer jedenfalls werden die Kirchen und ihre Wohlfahrtsverbände nicht links blinken und rechts fahren können. Natürlich können sie das versuchen (und mit dem gehörigen Schuss Realismus ist auch relativ plausibel davon auszugehen, dass sie es versuchen werden, weil sich die ausdifferenzierten Subsysteme der Wohlfahrtsverbände, die alle systembedingt am Tropf des Staates bzw. der Sozialversicherungen hängen, gegen jede Annäherung an eine tatsächliche exit-Option wehren werden, was schon rein institutionenegoistisch so sein muss). Aber dafür würden sie mittelfristig einen hohen Preis bezahlen: Die Glaubwürdigkeit bei der Verfolgung ihrer anwaltschaftlichen Vertretungsansprüche und – angesichts der gegenwärtigen beklagenswerten Pflege Realität besonders misslich – bei einer eigentlich notwendigen Politisierung von manifesten Missständen und Verteilungsproblemen im sozialen Bereich wird immer weiter erodieren. Lachender Dritter

37 Angedeutet wird hier die These, dass sich gerade die großen konfessionellen Träger in einem Transformationsprozess befinden, der den gleichen Mechanismen folgt wie die im Anschluss an die Arbeiten von Gerhard Weisser von Theo Thiemeyer entwickelte Transformationstypologie am Beispiel der Genossenschaften und der gemeinwirtschaftlichen Unternehmen. An diese Vorarbeiten kann und sollte die heutige sozialwirtschaftliche Debatte anknüpfen. Besonders die damalige Thematisierung des „Sinns“ der Unternehmungen bietet sich für die aktuelle Diskussion an.

38 Vgl. hierzu Möhring-Hesse, M.: Verbetriebswirtschaftlichung und Verstaatlichung. Die Entwicklung der Sozialen Dienste und der Freien Wohlfahrtspflege, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 2/2008, S. 141-160.

39 Die nur auf den ersten Blick irritierende zweite Seite der Medaille ist eine „Verstaatlichung“ dergestalt, dass der Staat seine Kontrolle über die Einrichtungen wie auch über die dort erbrachten Dienstleistungen erheblich steigern kann.

40 Die hier für die Pflege formulierte sozialwirtschaftliche Grundsatzfrage ist aber keinesfalls auf diesen Bereich beschränkt: Um wieder die mehrfach in diesem Beitrag hergestellte Analogie zum Bereich der Kindertagesbetreuung zu bemühen – auch hier stellt sich dringlich die Aufgabe einer transparenten und einforderbaren Personalausstattung. Dies ist von großer Bedeutung angesichts immer umfangreicher werdender Aufgabenprofile und eines enormen Erwartungsdrucks auf die dort tätigen pädagogischen Fachkräfte gerade in Zeiten eines quantitativen Ausbaus, der in der Regel immer mit eher sinkenden qualitativen Rahmenbedingungen verbunden ist. Hier sind mehr als die Hälfte der Angebote in kirchlicher bzw. konfessionell-wohlfahrtsverbandlicher Hand. Und auch hier müsste man Untergrenzen des Zumutbaren definieren. Das diese teilweise bereits unterschritten worden sind zeigen die massiven Proteste und Streikaktionen der Erzieher/innen in den kommunalen Einrichtungen – an denen sich sicherlich gerne viele Kolleginnen aus den kirchlichen Einrichtungen beteiligt hätten, wenn sie es denn dürften. Insgesamt gibt es ganz viele Parallelitäten zwischen dem Bereich der Kindertagesbetreuung und der Altenpflege und gerade auch die Probleme gleichen sich häufig. Nicht von ungefähr handelt es sich um die Sektoren, in denen die schwächsten, die vulnerabelsten Mitglieder unserer Gesellschaft – die ganz Jungen und die ganz Alten – betreut und gepflegt werden (sollen).

werden höchstwahrscheinlich die Kostenträger sein, die auf dem monopsonistischen Sozialmärkten weiter ihre Vorteile werden ausspielen und festigen können.

Wünschenswert wäre trotz dieser skeptischen Einschätzung eine offene Diskussion darüber, bis zu welchem Preis man denn bereit ist, das „Spiel“ mitzuspielen. Idealerweise sollte eine gesellschaftliche Diskussion organisiert werden, welche Beträge man braucht, um eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege alter Menschen gewährleisten zu können. Hier müssten auch nachprüfbar Zahlen genannt werden. Vor allem aber wären hier die Erfahrungswerte der „guten“ Praktiker, von denen es an der Front der Pflege viele gibt, gefragt. Diese Aufgabe wird kaum über ein tayloristisch angelegtes Personalbedarfsbemessungssystem lösbar sein. Auf alle Fälle sollte diese Diskussion zugleich auch den Blick auf die anzustrebende Versorgungslandschaft der nächsten Jahrzehnte richten, wozu auch eine radikale Infragestellung der gängigen Heimlandschaften gehören kann und sollte.

Jenseits dieser großen Fragen bleibt auf alle Fälle noch die anstehende Auseinandersetzung um den **Mindestlohn für die Altenpflege und die häusliche Krankenpflege**. Und hier schließt sich wieder der Kreis zu der Übernahme katholischer Pflegeheime durch einen evangelischen Träger in Hannover. Denn bei aller berechtigten Kritik an dem Vorgehen des diakonischen Trägers aus Berlin, der nach Niedersachsen expandieren möchte und hierbei von den Beschäftigten eines ebenfalls christlichen Trägers einen Lohnverzicht von bis zu 13% verlangt und zukünftig nach einem Tarif zahlen will, der unter dem anderer diakonischer Träger in Niedersachsen liegt – dieser zu Recht kritisierte Tarif liegt immer noch über dem, was viele private Anbieter ihren Beschäftigten zu zahlen bereit sind. Und er liegt auch über bzw. knapp über dem, was derzeit hinsichtlich des kommenden Mindestlohnes für die Altenpflege diskutiert wird. Allerdings ist es auch mehr als bezeichnend, welchen Hinweis das Johannesstift zum Thema Mindestlohn und eigener Tarif in einer Pressemitteilung gibt: „Die Vergütungen sind jedoch weit von den Mindestlohnforderungen entfernt. Aktuell wird **7,50 Euro** diskutiert.“⁴¹ Das nun ist gelinde gesagt nur die halbe Wahrheit. Das Johannesstift bezieht sich hier auf die Größenordnung, die seitens des DGB für einen *allgemeinen* gesetzlichen Mindestlohn in die Diskussion geworfen worden ist. Es verschweigt aber, dass es für den *branchenspezifischen* Mindestlohn in der Pflege ganz andere Forderungen gibt: So hat sich beispielsweise der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) in einer Pressemitteilung vom 22.01.2009 zum Thema Mindestlohn folgendermaßen geäußert: „Angemessene Mindestlöhne für die Pflege, die sich an den Tarifverträgen für den öffentlichen Dienst (TVöD) orientieren fordert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ... ‚Wie im TVöD festgelegt fordern wir für die Pflegehelfer **11,56 Euro** und für Pflegefachkräfte **13,63 Euro** Mindestlohn in der Stunde‘, sagt Dr. Marliese Biederbeck, Geschäftsführerin des DBfK Landesverbands Bayern. Vor allem Pflege- und Hilfskräfte im Gesundheitswesen leiden heute vielerorts unter einem unzumutbaren Lohndumping.“⁴²

Hilfreich kann in diesem Zusammenhang ein Blick auf die derzeit bereits verabschiedeten branchenspezifischen Mindestlöhne sein. Die vorhandenen Mindestlöhne basieren alle auf dem **Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AentG)**, in das auch die zukünftige Mindestlohnregelung für die Pflege eingebunden werden soll. Derzeit sind folgende Branchen von einer Mindestlohnregelung erfasst:

- Baugewerbe
- Gebäudereinigerhandwerk
- Briefdienstleister
- Maler- und Lackiererhandwerk
- Dachdeckerhandwerk
- Elektrohandwerk

41 Vgl. Pressemitteilung des Evangelischen Johannesstifts vom 16.07.2009; Hervorhebung nicht im Original.

42 Vgl. DBfK fordert mindestens 11,56 Euro für Helfer und 13, 63 Euro für Pflegefachkräfte. Pressemitteilung des DBfK vom 22.01.2009.

Die für diese Branchen vereinbarten Mindestlohnhöhen sehen wie folgt aus:

Baugewerbe (6. RVO)			
Laufzeit bis 31. August 2009 Bundesanzeiger Nr. 131 vom 29. August 2008 – Seite 3.145			
	ab	Mindestlohn II (Gelehrte AN'er)	Mindestlohn I (Ungelehrte AN'er)
West	01.09.2008	12,85 €	10,70 €
Ost	01.09.2008	9,80 €	9,00 €
Berlin	01.09.2008	12,70 €	10,70 €

Maler- und Lackierhandwerk (4. RVO)			
Laufzeit bis 30. Juni 2009 Bundesanzeiger Nr. 48 vom 28. März 2008 - Seite 1.104			
	ab	Gelehrte AN'er (Gesellen)	Ungelehrte AN'er
West mit Berlin	01.04.2008	11,05 €	8,05 €
Ost	01.04.2008	9,65 €	7,50 €

Dachdeckerhandwerk (4. RVO)			
Laufzeit bis 31. Dezember 2009 Bundesanzeiger Nr. 245 vom 30. Dezember 2006 - Seite 7.461			
	ab	Gelehrte AN'er	Ungelehrte AN'er
Bundesgebiet	01.01.2008	-	10,20 €
	01.01.2009	-	10,40 €

Gebäudereinigerhandwerk (RVO)			
Laufzeit bis 30. September 2009 Bundesanzeiger Nr. 34 vom 29. Februar 2008 - Seite 762			
	ab	LG 6 ¹⁾	LG 1 ²⁾
Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig- Holstein	01.01.2008	10,80 €	8,15 €
	01.01.2009	10,80 €	8,15 €
Brandenburg	01.01.2008	8,34 €	6,58 €
	01.01.2009	8,34 €	6,58 €
Mecklenburg- Vorpommern, Sachsen, Thüringen	01.01.2008	8,17 €	6,58 €
	01.01.2009	8,26 €	6,58 €
Sachsen-Anhalt	01.01.2008	7,84 €	6,58 €
	01.01.2009	8,01 €	6,58 €

¹⁾ Lohngruppe 6: Glas- und Fassadenreinigungsarbeiten

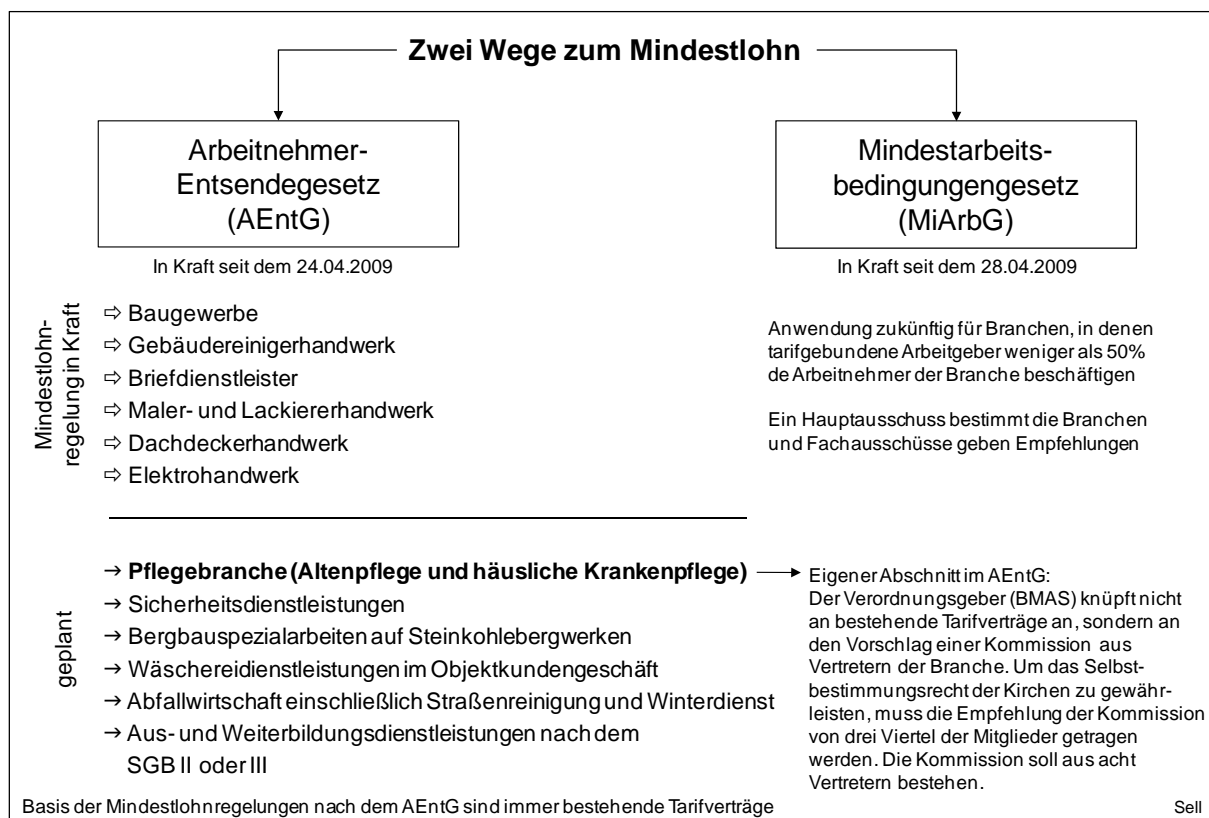
²⁾ Lohngruppe 1: Innen- und Unterhaltsreinigungsarbeiten

Elektrohandwerk (AVE)			
Laufzeit bis 31. Dezember 2010 Bundesanzeiger Nr. 179 vom 22. September 2007 - Seite 7.603			
	ab	Gelehrte AN'er	Ungelehrte AN'er
West	01.01.2008	—	9,40 €
	01.01.2009	—	9,55 €
	01.01.2010	—	9,60 €
Ost mit Berlin	01.01.2008	—	7,90 €
	01.01.2009	—	8,05 €
	01.01.2010	—	8,20 €

Briefdienstleistungen (RVO)			
Laufzeit bis 30. April 2010 Bundesanzeiger Nr. 242 vom 29. Dezember 2007 – Seite 8.410			
	ab	Briefdienstleister allgemein	Briefzusteller
West mit Berlin	01.01.2008	8,40 €	9,80 €
	01.01.2010	8,40 €	9,80 €
Ost	01.01.2008	8,00 €	9,00 €
	01.01.2010	8,40 €	9,80 €

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, zu einem Mindestlohn zu kommen: über das **Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG)** oder über das **Mindestarbeitsbedingungengesetz (MiArbG)**. Relevant derzeit und mit Blick auf die hier interessierende Altenpflege ist der Weg über das **AEntG**, wobei extra für den Pflegebereich ein **eigener Abschnitt** geschaffen werden musste, weil die Bedingungen in dieser Branche – aufgrund der Rolle der Kirchen – von denen in anderen Branchen abweichen.

- So gibt es für den Verordnungsgeber zum einen das Problem, dass er an **keinen geltenden Tarifvertrag, von dem mehr als 50% der Arbeitnehmer erfasst werden**, anknüpfen kann, was aber eigentlich die Basis für Mindestlohnverordnung nach AEntG ist. Der fehlende tarifvertragliche Referenzrahmen wird substituiert durch die Empfehlung einer speziellen Kommission aus Vertretern der Pflegebranche.
- Hinzu kommt, dass der Verordnungsgeber das **Selbstbestimmungsrecht der Kirchen** berücksichtigen muss. Diese Anforderungen bildet das neue AEntG dadurch ab, dass der Vorschlag der achtköpfigen Kommission von mindestens drei Viertel der Kommissionsmitglieder getragen werden muss. Damit haben die Kirchen auf alle Fälle eine wirksame Sperrminorität.



An diesem Beispiel zeigt sich erneut die Sonderstellung, die den Kirchen in unserer Gesellschaft zugestanden wird. Der „Dritte Weg“ ist eine Ableitung aus dem Selbstbestimmungsrecht der Kirchen und der tariflose Zustand für die Mehrheit der in der Pflege Beschäftigten ist eine Folge dieses „Dritten Weges“.⁴³

⁴³ Der Arbeitsrechtler Ulrich Zachert hat in einem Fernsehbeitrag anlässlich der „Flucht“ des Alfried-Krupp-Krankenhauses in Essen aus der Mitgliedschaft beim Paritätischen Wohlfahrtsverband und dem Übertritt in die Diakonie (unter sonst gleichbleibenden Bedingungen, lediglich ein „Raum der Stille“ wurde damals als Ausweis des „evangelischen Profils“ eingerichtet) mit Blick auf den Dritten Weg der Kirchen von einem „Sonderarbeitsrecht zweiter Klasse“ bezeichnet, das dem „Dumpingwettbewerb gegenüber anderen Anbietern“ Tür und Tor öffnet. Das Krankenhaus in Essen hatte seinen Wechsel zur Diakonie mit dem Argument der dadurch möglichen geringeren Personalkosten, die die Mitbewerber ja auch hätten, zu rechtfertigen versucht. (Quelle: Tagesthemen, 26.04.2008).

Es kann an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass der „Dritte Weg“ den davon betroffenen Trägern teilweise erhebliche Wettbewerbsvorteile auch innerhalb des freigemeinnützigen Lagers ermöglicht und die Vorgänge um den Wechsel des „paritätischen“ Alfried-Krupp-Krankenhauses in das „evangelische Bett der Diakonie“ verdeutlicht dies nur beispielhaft.⁴⁴ Die Liste der problematischen Beispiele ließe sich erheblich verlängern.⁴⁵ Hinzu kamen nur scheinbar verkomplizierend in den vergangenen Jahren massive Versuche, selbst aus den günstigeren Bedingungen, die der „Dritte Weg“ den kirchlichen Einrichtungen eröffnet, „nach unten“ auszusteigen. Hierbei wurde auch das deregulierte Instrumentarium der Leiharbeit genutzt. Nur ein Beispiel aus der vielgestaltigen Praxis, die dann aber selbst in der Kirche zunehmend auf Widerstand stößt:

Das Diakonische Werk Bremen hat in seiner Reha- und Pflegeeinrichtung Friedehorst versucht, mit einem Trick die Personalkosten zu drücken: Neueingestellte Mitarbeiter sowie befristet beschäftigte Arbeitnehmer, deren Verträge ausliefen, wurden nicht mehr direkt bei Friedehorst eingestellt, sondern in der eigens gegründeten Leiharbeitsfirma „parat“. Ursprünglicher Zweck von „parat“ war die Überbrückung kurzfristiger Personalengpässe. Hierzu hatte die Gewerkschaft ver.di sogar einen an die Zeitarbeitsbranche angelehnten Tarifvertrag abgeschlossen. Durch eine missbräuchliche Praxis hatte sich jedoch die Situation ergeben, dass zunehmend reguläre Stellen durch „parat“-Arbeitnehmer verdrängt wurden, die bis zu 45% weniger Gehalt bekommen. Mitarbeiter klagten gegen diese Praxis und bekamen in zweiter Instanz vor dem Kirchengenrichtshof der evangelischen Kirche recht: Der Kirchengenrichtshof sieht „in der Tariffucht durch die Beschäftigung von Leiharbeitnehmern einen Verstoß gegen elementare kirchliche Grundsätze.“ Wer in dieser Praxis verfahren wolle, der müsse das außerhalb der Kirche tun.⁴⁶

Mit der anstehenden Festlegung eines bzw. mehrerer Mindestlöhne für den Pflegebereich – derzeit ist noch nicht klar, für welche Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppen genau eine Regelung getroffen werden soll - ist allerdings eine **doppelte Problematik** verbunden.

- (1) Zum einen geht es natürlich um die **konkrete Höhe des Mindestlohns**. Die mögliche Spannweite wurde bereits mit den genannten Beträgen zwischen 7,50 Euro und 13,63 Euro angedeutet. Letztendlich bewegen wir uns hier im **grundsätzlichen Spannungsfeld der Mindestlohndebatten**, bei der die eine Seite für einen *möglichst niedrigen Mindestlohn* plädiert, um damit die unterstellten negativen Beschäftigungseffekte der Mindestlohnregelung zu limitieren, während am anderen Ende des Spektrums für einen *möglichst hohen Mindestlohn* plädiert wird, der eigentlich als ein Substitut für die unteren tariflichen Vergütungen fungieren soll, die aber aus unterschiedlichen Gründen immer weniger Geltungskraft beanspruchen können.⁴⁷
- (2) Zum anderen birgt die Mindestlohnregulierung vor allem im Zusammenspiel mit niedrigen Lohnsätzen ein **erhebliches Gefahrenpotenzial für das gesamte Lohngefüge**. Hilbert und Evans

44 Allerdings wurde dieser zum 1. Januar 2006 vollzogene Wechsel nicht klaglos hingenommen, bedeutete er doch: Statt des Betriebsverfassungsgesetzes gilt nun Kirchenrecht, der Betriebsrat wurde mit sofortiger Wirkung (am 3. Januar 2006) aufgelöst und auf Neueingestellte wird der für die Beschäftigten schlechtere, kirchliche Tarifvertrag angewendet. Die Kläger haben jüngst erst wieder einen juristischen Erfolg verzeichnen können: Das Alfried Krupp Krankenhaus in Essen ist durch die Mitgliedschaft im Diakonischen Werk nicht zu einer kirchlichen Einrichtung geworden und muss auch weiterhin das Betriebsverfassungsgesetz anwenden. Dies stellte das Landesarbeitsgericht (LAG) Düsseldorf am 17.03.2009 in einem Beschluss fest. Der Betriebsrat bleibt damit im Amt und auch die zahlreichen Betriebsvereinbarungen gelten fort. Für die Gewerkschaft ver.di war dieses Verfahren von besonderer Bedeutung. Bei einem Erfolg des Krankenhauses wäre die Gefahr von „Nachahmern“ groß gewesen. Der Rechtsstreit hatte drei Jahre gedauert. Das Landesarbeitsgericht gab dem klagenden Betriebsrat jetzt vor allem deshalb recht, da einige Bedingungen für den Eintritt ins Diakonische Werk nicht erfüllt waren. So würde das Vermögen der Klinik bei einer Schließung nicht der Diakonie, sondern der Krupp-Stiftung zufließen. Aber die Sache ist noch nicht ausgestanden: Die Klinikleitung will jetzt zum Bundesarbeitsgericht gehen. Sie ist der Auffassung, dass es gegen das Grundgesetz verstößt, wenn ein weltliches Gericht über eine kirchliche Einrichtung befindet.

45 Vgl. weiterführend den materialreichen Sammelband von Klute, J. und Segbers, F. (Hrsg.): „Gute Arbeit verlangt ihren gerechten Lohn“. Tarifverträge für die Kirchen, Hamburg, 2006. Dort wird u.a. ein „Vierter Weg“ aus Tarifverträgen plus Dienstgemeinschaft vorgeschlagen (vgl. S. 46-49).

46 Weitere Informationen rund um die Diakonie finden sich auf dem [Diakonie-PrivatisierungsWiki](#).

47 So leitet sich der DBfK-Vorschlag von 11,56 Euro für Helfer und 13,63 Euro für Fachkräfte ab aus den entsprechenden Werten des TVöD. Mithin geht es bei diesem Vorschlag also um ein Festzurren der tariflichen Eingangsvergütungen.

(2009) schreiben hierzu: „Pflegearbeit muss als Erwerbsarbeit ein gesichertes Auskommen ermöglichen. Die Aufnahme der Pflegedienste in das Arbeitnehmer-Entsendegesetz war ein notwendiger Schritt, die unerwünschten Folgen betrieblicher Einkommenspolitik in der Pflege einzudämmen. **Mindestlöhne dürfen jedoch nicht zum Regellohn und damit zum Maßstab für eine angemessene Entlohnung werden.** Eine leistungsgerechte Bezahlung leistet nicht nur einen Beitrag zur Sicherung der Qualität in der Pflege. Sie ist vor allem eine Frage der gesellschaftlichen Anerkennung der Arbeit mit alten und kranken Menschen. Billigarbeit oder der dauerhafte Einsatz von Ein-Euro-Jobbern ohne weitergehende Beschäftigungsperspektive können für die Zukunft der Pflege keine Lösung sein. Das hat Folgen für die Pflegequalität. Entsprechend sollten Pflegeheime und ambulante Pflegedienste finanziell in der Lage sein, mit tarifvertraglich gesicherten Einkommen und qualifizierten Pflegekräften in einen Wettbewerb zu treten.“⁴⁸ Der entscheidende Satz ist hierbei der Hinweis darauf, dass Mindestlöhne nicht zu Regellöhnen werden dürfen, dass sie also entsprechend ihrer eigentlichen Funktionszuschreibung lediglich eine nicht zu unterschreitende Lohnuntergrenze darstellen sollen. Das Risiko eines Lohndrucks in Richtung der zukünftigen Mindestlohngrenze ist im Zusammenspiel mit den Kostenbelastungen aus den (noch) höheren Tarifen im freigemeinnützigen Bereich und der Tatsache deutlich niedrigerer Lohnkosten bei den privatgewerblichen Anbietern sowie dem Kostensenkungsdruck durch die monopolistische Nachfrageseite, also den Kostenträgern, nicht zu unterschätzen.

An dieser Stelle rächt sich nun das durch eine kurzsichtige Abwehrfront der Kirchen bedingte Versäumnis, den „Dritten Weg“ zu einem „Vierten Weg von Tarifverträgen plus Dienstgemeinschaft“ weiterzuentwickeln und mit den anderen freigemeinnützigen Anbietern einen Branchentarifvertrag für den Sozialsektor abzuschließen.⁴⁹ Dann wäre man jetzt wesentlich besser aufgestellt – auch und gerade in den politischen Auseinandersetzungen mit der Kostenträgerseite.

Die **privatgewerblichen Anbieter** in der Pflegebranche haben die strategische Bedeutung der aktuellen Mindestlohnthematik erkannt und versuchen, sich entsprechend aufzustellen. Die acht großen Anbieter der privaten Pflege in Deutschland haben sich mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) zu einem Arbeitgeberverband zusammengeschlossen. Der **„Arbeitgeberverband Pflege“**⁵⁰ soll die sozialen, wirtschaftlichen und tariflichen Interessen der Branche vertreten. Nach eigenen Angaben beschäftigen sie Zusammen mehr als 184.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Vorsitzender des neuen Arbeitgeberverbandes ist Thomas Greiner, Vorstandsvorsitzender der Dussmann-Gruppe.

- Die Mitglieder des neuen „Arbeitgeberverbandes Pflege“: Casa Reha Unternehmensgruppe; Cura Unternehmensgruppe (Cura und Maternus); Curanum AG; Kursana; Marseille-Kliniken AG; Phönix Seniorenzentren; Pro Seniore; Vitanas; Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

Der strategische Ansatz der privatgewerblichen großen Träger liegt auf der Hand: Zum einen dupliziert man mit Blick auf die Besetzung der Mindestlohnfindungskommission die eigenen verbandlichen Strukturen, um angemessen vertreten sein zu können und entsprechenden Einfluss zu nehmen, zum anderen aber zielt man auf eine verbandliche Aufgabenteilung im politischen Raum. Der Arbeitgeberverband „unterstützt“ nach außen den Mindestlohn und wird versuchen, ihn so niedrig wie möglich zu halten, während der Bundesverband privater Anbieter (bpa) das Lobbying gegen einen Mindestlohn übernimmt (obgleich er zugleich Mitglied im Arbeitgeberverband ist). Ein ersten Hinweis für dieses

48 Vgl. Hilbert, J. und Evans, M.: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2009, S. 30. Hervorhebung nicht im Original.

49 Vgl. hierzu ausführlicher Klute, J. und Segbers, F.: Zukunftsfähig und kirchlich identifizierbar: Tarifverträge plus Dienstgemeinschaft., in: Klute, J. und Segbers, F. (Hrsg.): „Gute Arbeit verlangt ihren gerechten Lohn“. Tarifverträge für die Kirchen, Hamburg, 2006, S. 13-52.

50 Informationen über den Verband soll es im Internet geben unter der folgenden Adresse: www.arbeitgeberverband-pflege.de.

Lobbying konnte man bereits zur Kenntnis nehmen: Im Auftrag des bpa hat das RWI im Umfeld des medienwirksamen Pflegeheim-Reports 2009 auch eine „Studie“ zu den Auswirkungen der Einführung eines Mindestlohns erstellt und unter die Leute gebracht:

„Ein hoher Mindestlohn für Pflegehilfskräfte könnte bis zum Jahr 2020 zu einer Versorgungslücke von 260.000 Pflegeplätzen (ca. 16%) führen, wenn dadurch Insolvenzen zunehmen und sich Kapital teilweise aus dem deutschen Pflegemarkt zurückzieht ... Sie zeigt, dass ein derzeit diskutierter bundeseinheitlicher Mindestlohn von 9,68 Euro pro Stunde insbesondere auf Anbieter in Ostdeutschland, private Anbieter und ambulante Dienste massive negative Effekte hätte. Die Einführung eines Mindestlohns von 9,68 Euro für Pflegehilfskräfte könnte in Pflegeheimen zu einer Versorgungslücke von rund 100 000 Plätzen im stationären und 160 000 Plätzen im ambulanten Bereich bis 2020 führen. Entsprechend wären bis dahin 22% der Pflegebedürftigen in Ostdeutschland und 7% der Pflegebedürftigen in Westdeutschland ohne Heimplatz ... Die durch Einführung des Mindestlohns entstehende Versorgungslücke könnte geschlossen werden, indem die Preise für Pflegeleistungen angehoben werden. Würden die höheren Personalkosten vollständig auf die Preise umgelegt, kämen auf Pflegebedürftige, deren Angehörige und Sozialämter in den Jahren 2010 bis 2020 kumulierte Mehrkosten von 3,3 Milliarden Euro zu. In der Folge würden Angehörige voraussichtlich vermehrt auf illegale oder halblegale Pflegeangebote zurückgreifen, somit würde die Schwarzarbeit gestärkt ... Abgesehen von den wirtschaftlichen Folgen würde ein hoher Mindestlohn die Lohnunterschiede zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften verringern. Hierdurch hat ein gering qualifizierter Arbeitnehmer geringere Anreize, sich zusätzliche Qualifikationen anzueignen ... Aus den genannten Gründen raten wir dringend von der Einführung eines Mindestlohns ab.“⁵¹

Damit wird die doppelte Stoßrichtung der privatgewerblichen Anbieter erkennbar. Sie werden dabei – soweit sich das zum derzeitigen Zeitpunkt voraussagen lässt – relativ wahrscheinlich nach der Bundestagswahl Ende September 2009 mit einem für sie „günstigen“ politischen Umfeld konfrontiert sein, denn gegenwärtig sprechen alle Umfragen für ein Ende der Großen Koalition und für eine schwarz-gelbe Bundesregierung. Dies wird dann den Prozess der Mindestlohnfindung nicht gerade befördern.

Fazit: **Eigentlich** wäre jetzt – vor der Bundestagswahl und angesichts der Perspektiven auch darüber hinaus – die Zeit für eine **umfassende Pflegekampagne** der Wohlfahrtsverbände gekommen. Faktisch aber verstricken sich immer mehr Träger in dem Abwärtssog innerhalb der Pflegebranche, betriebswirtschaftlich einerseits verständlich, für die Branche insgesamt hingegen eine Katastrophe. Erkennbar werden hier wie in einem Brennglas zugleich die strukturellen Probleme der Wohlfahrtsverbände.⁵² Ist es nicht bezeichnend, dass vor einer Bundestagswahl das Thema Pflege und die Situation von Millionen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen überhaupt keine Rolle im öffentlichen Rauschen spielt? Dass dieser Bereich für die meisten Politiker ein Thema ist, wo man nur „verlieren“ kann, liegt auf der Hand. Umso wichtiger wäre eine *glaubwürdige* Stimme der Wohlfahrtsverbände.

51 Vgl. hierzu RWI: Hoher Pflege-Mindestlohn führt zu Versorgungslücken, Pressemitteilung vom 15.07.2009. Es wurden zwei Mindestlohn-Szenarien berechnet: ein bundeseinheitlicher Mindestlohn von 9,68 Euro, wie er von Vertretern der Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di und der AWO befürwortet wird, sowie ein Mindestlohn von 8,50 Euro in West- und 7,50 Euro in Ostdeutschland. Es handelt sich ganz offensichtlich um eine „Bezahl-Studie“.

52 Vgl. hierzu ausführlicher Sell, S.: Projekt Sisyphos. Die Wohlfahrtsverbände in Deutschland stehen vor großen Herausforderungen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit, Heft 3/2008, S. 83-86.