

DOI: 10.5771/0342-300X-2022-1-37

Grenzen staatlichen Handelns zur Förderung schwacher Interessen

Das Beispiel der Altenpflege

Da die Tarifparteien bislang keinen attraktiven Arbeitsmarkt in der Pflege schaffen konnten, interveniert der Staat zunehmend stärker. Doch inwieweit kann eine solche Top-down-Strategie, die die Schwäche der Tarifparteien zu kompensieren sucht, erfolgreich sein? Am Beispiel der Konzertierte(n) Aktion Pflege und der Pflegekammern analysiert dieser Beitrag staatliche Top-down-Initiativen. Auch wenn eine eigenständige Regulierung durch die Tarifparteien das Ziel ist, kann nicht ignoriert werden, dass in der Pflege die Interessen der Beschäftigten noch als „schwache Interessen“ gelten. Deshalb bedarf es weiterer staatlicher Initiativen, um Fortschritte bei den Arbeitsbedingungen und Arbeitsbeziehungen zu erzielen.¹

WOLFGANG SCHROEDER

1 Einleitung

Die Corona-Pandemie hat die Stärken und Schwächen der Altenpflege noch einmal deutlich werden lassen. Von einer breiten Öffentlichkeit wurden zu Beginn der Krise im Frühjahr 2020 einerseits die „Systemrelevanz“ des Berufs hervorgehoben und andererseits der strukturelle Personalmangel, Qualitätsdefizite und die geringe Attraktivität des Berufs kritisiert. Die sich verdichtende Problemlage drückte sich auch in Selbsteinschätzungen der Betroffenen aus: Mehr als die Hälfte der Altenpflegekräfte (53 %) gab im ersten Lockdown an, dass eine verstärkte Personalknappheit geherrscht habe. Die Engpässe wurden vor allem in stationären Einrichtungen wahrgenommen (69 %). Mehr als zwei Drittel (69 %) der Pflegekräfte in der Altenpflege sprachen von einer Leistungsverdichtung, die sich auch in psychischer Belastung ausdrückte. So empfanden die Pflegekräfte eine emotionale Mehrbelastung (61 %), Ärger und Wut (54 %), Überforderung (49 %) und Hilfslosigkeit (41 %). Hinzu kamen massive Mängel bei der Beschaffung der Schutzkleidung. So gaben zwei Drittel der Befragten an, dass zu Beginn des ersten Lockdowns FFP2/FFP3-Masken fehlten, und die Hälfte kritisierte, dass es zu wenig oder keine ausreichende Schutzkleidung gegeben habe (Hörsch 2020, S. 28, 36f., 40). Die Einschätzung der Beschäftigten spiegelte sich auch in der Meinung

der Bevölkerung wider: In einer Befragung hielten fast alle Befragten (97 %) die Reform der Arbeitsbedingungen in der Pflege für „wichtig“ oder „sehr wichtig“ (Forsa 2020, S. 7).

Die Altenpflege steht damit nicht zum ersten Mal im Fokus des politischen Geschehens. Bisherige Bemühungen zur Verbesserung der Arbeits- und Lohnbedingungen scheiterten vor allem an der Organisationsschwäche der Beschäftigteninteressen, die aufgrund ihrer geringen materiellen Ressourcen, kaum vorhandener Organisationsstrukturen sowie fehlender Artikulation des gemeinsamen Interesses als sogenannte „schwachen Interessen“ gelten (vgl. Klenk et al. in diesem Heft). Im Interessenwettbewerb sind die Pflegeinteressen somit einer strukturellen Benachteiligung ausgesetzt. Im Ergebnis können sich ihre (artikulierten) Anliegen bei der Allokation von gesellschaftlichen Ressourcen sowie politischen Regulierungsprozessen kaum durchsetzen.

Um die wachsende Gefahr eines seit längerem diskutierten „Pflegenotstands“ zu verhindern, gab es in jüngster Zeit – schon vor der Corona-Krise – zunehmende staatliche Aktivitäten zur Aufwertung der Repräsentanz der Beschäftigteninteressen. Mittels neuer Institutionen (Pfle-

¹ Ich danke Lukas Kiepe, Saara Inkinen und Jannik Zindel für ihre Unterstützung.

gekammern) und staatlich-verbandlicher Kooperation (Konzertierte Aktion Pflege) sollen sowohl die Missstände beheben als auch der selbstverwaltete Wachstumssektor der Altenpflege erhalten werden. Ob diese staatlich initiierten Veränderungsschübe wirklich in permanente politische Einflusspotenziale übersetzt werden können, bedarf einer kritischen Überprüfung. Das staatliche Eingreifen zur Aufwertung der schwachen Interessen trägt hinsichtlich fehlender Selbstorganisation in betrieblichen und gewerkschaftlichen Organisationen einen ambivalenten Charakter. Denn jede staatliche Aktivität kann potenziell die Selbstorganisation auch schwächen. Dies muss allerdings nicht so sein. Wie und ob dieser Zweifel berechtigt ist und sich die modifizierten Verhältnisse schlussendlich auf die Pflegekräfte auswirken, soll im Folgenden diskutiert werden.

2 Ausgangslage: Altenpflege im Teufelskreis der defekten Interessenvermittlung

Kaum eine andere Branche ist so heterogen und fragmentiert wie die der Altenpflege. Getragen wird die Altenpflege von privaten, freigemeinnützigen, konfessionellen und öffentlich-rechtlichen Trägerorganisationen mit einer erheblichen Heterogenität der Betriebs- und Unternehmensstrukturen. Diese Heterogenität wird durch unterschiedliche Mitbestimmungspraxen sowie Unternehmensphilosophien noch verstärkt. Die öffentlichen Träger spielen kaum eine Rolle; stattdessen werden die mittel- und kleinbetrieblichen Strukturen der Altenpflege in den ambulanten Diensten privatwirtschaftlich dominiert, während die freigemeinnützigen Träger im stationären Bereich überwiegen.

In den letzten Jahren ist die Altenpflege eine der am schnellsten wachsenden Wirtschafts- und Beschäftigungsbranchen in Deutschland. Der massive Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (2009–2019: +76,5 %) ² in unserer immer älter werdenden Gesellschaft führte zu einer massiven Expansion der Pflegebranche. Zwischen 2009 und 2019 wuchs die Anzahl der Ambulanten Dienste (Dienste: +66,5 %; Beschäftigte: +56,8 %) und Pflegeheime (Einrichtungen: +32,2 %; Beschäftigte: +28,2 %) drastisch an (Destatis 2011, 2020). Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 brachte eine zunehmend privatwirtschaftliche und wettbewerbsorientierte Neujustierung der Altenpflege. Inzwischen ist die Pflege für private Akteure ein profitables Geschäft. So stieg die Bruttowertschöpfung in der (teil-) stationären Pflege allein von 2010 bis 2019 von 15,8 auf 24,2 Mrd. € (+53,2 %), während sie sich in der ambulanten Pflege sogar mehr als verdoppelte – von 9,2 auf 18,9 Mrd. € (+105,4 %) (BMWi 2019, S. 34). Neuerdings kommt es zu-

dem zu einem starken Engagement von Private-Equity-Investoren. Ende 2017 hatten Private-Equity-Gesellschaften bereits stationäre Einrichtungen mit über 48 000 Pflegeheimplätzen erworben, etwa 5 % von allen Heimplätzen (Bobsin 2018). Die Ökonomisierung sowie marktwirtschaftliche Transformation treiben die weitere Privatisierung und Kapitalisierung der Anbieterstruktur voran.

Die Arbeitswelt der Altenpflegebranche ist von asymmetrischen Machtverhältnissen geprägt, in denen die unternehmerischen Risiken und Kosten in der Regel auf die Beschäftigten abgewälzt werden. Die vor allem frauendominierte Arbeit findet weitestgehend in prekären Akteurskonstellationen statt, wobei die Belegschaft im Sinne qualitätsbezogener Spezialisierung in Fachkräfte (mit Ausbildung), Hilfskräfte (verkürzte Ausbildung) und Angelernte aufgeteilt wird. Laut dem DGB-Index Gute Arbeit ³ ist die Arbeitsqualität in der Wahrnehmung der Beschäftigten im unteren Mittelfeld auf einer Punkteskala von 0 bis 100 angesiedelt (Altenpflege: 55; Beschäftigte aller Berufe: 62). Besonders positiv werden die Sinnhaftigkeit der Berufstätigkeit (86 Punkte) und die Beschäftigungssicherheit (74) wahrgenommen, während die Berufsausübung mit ausgeprägt hoher Arbeitsintensität (40) und körperlichen Anforderungen (44) verbunden und mit schlechten betrieblichen Sozialleistungen und Einkommen (29) verknüpft ist (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 20).

Die bestehenden Vergütungsstrukturen sind durch zwei Merkmale gekennzeichnet: Erstens hat eine große Mehrheit der Altenpflegekräfte (78 % nach DGB-Index Gute Arbeit) den Eindruck, dass die Relation zwischen Einkommen und Arbeitsleistung „in geringem Maß“ und „gar nicht“ angemessen ist (ebd., S. 6). Das zweite Merkmal bezieht sich auf die vielfältigen Trägerschaften, die eine heterogene Entlohnungsstruktur etabliert haben. Während die öffentlichen und nicht-konfessionellen Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband) tarifgebunden agieren, unterliegen das Arbeitsrecht und die Arbeitsbeziehungen (Tarifrecht) bei der Caritas und der Diakonie einer eigens konfigurierten Institution (Arbeitsrechtliche Kommission). Dagegen dominiert bei den privaten Trägerschaften zumeist nur der staatlich festgelegte Pflegemindestlohn. Ausdruck findet diese Entgeltlandschaft in massiven Disparitäten in den Bundesländern sowie durch Unterschiede zwischen den Bundesländern (Carstensen et al. 2020). Insgesamt arbeiten nur noch 20 % der Beschäftigten tarifgebunden (BMAS 2020).

2 Der Anstieg muss dabei in Relation zur Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verstanden werden.

3 Der DGB-Index Gute Arbeit misst die Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten. Eine Punktzahl von unter 65 drückt eine Arbeitsqualität im unteren Mittelfeld aus, während Punktzahlen unter der Marke von 50 eine schlechte Arbeit indizieren.

Flankiert werden diese strukturellen Probleme der Altenpflege von der verschärften Situation auf dem Arbeitsmarkt. 100 gemeldeten Arbeitsstellen im Jahr 2020 standen 442 arbeitsuchende Hilfskräfte und nur 26 Fachkräfte gegenüber (BA 2021, S. 17). Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es somit schon seit Längerem einen Fachkräfte-Engpass (BA 2020, S. 10). Demgegenüber gehen Prognosen davon aus, dass bis 2030 sogar mehr als 50 000 neue Altenpflegefachkräfte sowie mehr als 10 000 Altenpflegehilfskräfte in Vollzeit benötigt werden (GWS 2019, S. 23). Dabei schließt nach einer Studie eine sehr große Mehrheit ausgeschiedener Pflegekräfte (87,5 %) eine Rückkehr in den Beruf nicht aus, während sich mehr als zwei Drittel der Teilzeitkräfte (72 %) eine Erhöhung der Stundenzahl vorstellen können. Das ist aber an Bedingungen geknüpft: Eine überragende Mehrheit hält die Tarifbindung (91 %), die betriebliche Interessenvertretung (90 %) und mehr Mitspracherechte in betrieblichen Abläufen (89 %) für entscheidende Faktoren (Auffenberg/Heß 2021, S. 16, 23)⁴.

Der Wunsch nach mehr Mitbestimmung sowie einer stärkeren Interessenvertretung und -durchsetzung deckt die Hauptproblematik der Altenpflegekräfte auf. Der Großteil der gegenwärtigen Altenpflegebranche ist in der „zweiten und dritten Welt“ der Arbeitsbeziehungen angesiedelt (vgl. dazu Schroeder/Kiepe 2020). Während die Pflegeeinrichtungen der öffentlichen Träger und freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände in der Regel ein Mindestmaß an betrieblicher Mitbestimmung und Tarifbindung zulassen, sind die Beschäftigteninteressen in privatgewerblichen Einrichtungen nicht oder kaum institutionalisiert und artikulationsfähig. Gremien zur Mitarbeitervertretung sind dort selten oder Beschäftigte wissen – aus unterschiedlichen Gründen – nicht von diesen. In einer Beschäftigtenbefragung gaben nur 10,6 % der befragten Altenpflegekräfte, die bei privaten Trägern arbeiten, an, es gebe in ihrer Pflegeeinrichtung einen Betriebsrat. Bei freigemeinnützigen (außer kirchlichen) Trägern waren es 36,4 %, 29,9 % der bei öffentlichen Trägern Beschäftigten wussten vom Personalrat, 38,5 % der bei Caritas und Diakonie Beschäftigten gaben an, es gebe eine Mitarbeitervertretung (Schroeder 2018, S. 85).

Akteure wie ver.di oder der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) spielen in der Altenpflegelandschaft allenfalls eine marginale Rolle: Nur 12,3 % der Beschäftigten sind Gewerkschaftsmitglied, und einem Berufsverband gehören sogar nur 4,9 % an. Entsprechend wird den klassischen – und in diesem Teil des Sektors kaum vorhandenen – Arbeitnehmervertretungen noch nicht einmal von der Hälfte der Altenpflegekräfte (45,9 %) die Verantwortung zugeschrieben, für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung zu sorgen (ebd., S. 181, 202, 209). Die geringen Zahlen ergeben sich zu großen Teilen aus der karitativen Historie der Altenpflege. Die späte Professionalisierung des Pflegeberufs sowie die verfestigte Aversion gegenüber kollektiver Organisation wirken bis heute nach. Parallel blockieren

Berufsmentalitäten, die zur Zurückstellung des eigenen Interesses zum Wohle des Patienten führen oder infolgedessen keine sozio-ökonomische Arbeitnehmeridentifikation aufgebaut wird, eine von unten kommende Selbstorganisation. Damit fehlt der Selbstorganisation vor allem eine „kritische Masse“ von Organisationsaktivist*innen. Aus dem niedrigen Organisationsgrad leitet sich somit ein „Teufelskreis der defekten Interessenvertretung“ (Schroeder 2018) ab: Weil es wenige Gewerkschaftsmitglieder in der Altenpflege gibt, hat die Gewerkschaft auch wenige Ressourcen. Dies bestätigt Schroeder (ebd., S. 207): Mehr als vier Fünftel der beruflich Pflegenden (80,3 %) wurden von einer Gewerkschaft noch nie kontaktiert, wenngleich zwei Drittel (66,1 %) ver.di kennen und diese positiv oder eher positiv einschätzen.

Statt die Arbeitgeber in die Verantwortung zu nehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen, adressiert eine Mehrheit der Altenpflegekräfte (86,7 %) in allererster Linie den Staat als Hauptverantwortlichen für die Verbesserung ihrer Verhältnisse (ebd., S. 181). Tatsächlich haben sich politische und staatliche Akteure in den letzten Jahren vermehrt um eine Stärkung der Beschäftigteninteressen gekümmert. Dabei zielten sie nicht nur auf die Generierung allgemeinverbindlicher Tarifverträge, sondern auch darauf, eigene Repräsentationsinstitutionen der Beschäftigten zu schaffen, um die Akteurs- und Institutionenordnung neu zu arrangieren.

3 Institutionelle Verschiebungen

Die schwerwiegende Abwesenheit einer in guten Bahnen laufenden Selbstregulierung der Branche Altenpflege zwang den Staat quasi auf den Plan. Zur Verbesserung des aus der defekten Interessenvermittlung resultierenden Befundes eines zersplitterten und von Machtasymmetrien durchzogenen Feldes orchestrierte der Staat eine Palette von Überbrückungsinitiativen. Eine prominente Rolle spielten dabei einerseits die Initiativen dreier Länderregierungen zur Schaffung einer Pflegekammer und andererseits die auf Bundesebene initiierte „Konzertierte Aktion Pflege“, um die heterogene Tariflandschaft stärker zu vereinheitlichen.

4 Die empirische Erhebung der Studie bezieht sich ausschließlich auf Bremen und eine Generalisierung ist nicht möglich, wenngleich die Ergebnisse doch aufschlussreiche Erkenntnisse über die Präferenzordnung der ausgeschiedenen Pflegekräfte und der Teilzeitkräfte liefern.

3.1 Pflegekammern

Kammern sind in Deutschland Teil der Repräsentationskultur, vor allem für die freien Berufe. Für die Pflegenden als größter Gruppe im Gesundheitswesen fehlte eine solche Einrichtung lange Zeit. Die Pflegekammern stehen im bundesdeutschen Modell der Berufs(gruppen)organisation neben den Berufsverbänden und Gewerkschaften. Angesichts des geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrades wird von den Gewerkschaften zugleich die Gefahr gesehen, dass durch eine Pflegekammer mit Zwangsmitgliedschaft ihre eigenen Chancen auf Mitgliederzuwachs sinken dürften. Die Pflegekammer zählt zur Gruppe der Heilberufekammern und ist hinsichtlich der rechtlichen Stellung eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die vom Staat hoheitliche Aufgaben zur Selbstverwaltung und -organisation übertragen bekommen hat.

wurden (von 2010/11 bis 2018) in zwölf Bundesländern – in Methodik, Design und Auswertung unterschiedliche – Umfragen durchgeführt (Abbildung 1).

Trotz mehrheitlicher, teils hoher Zustimmung bei den Befragungen (mit Ausnahme Hamburgs) nahmen nur vier Landesregierungen die gesetzliche Weichenstellung zur Gründung von Pflegekammern vor, wovon drei – Rheinland-Pfalz (2016), Schleswig-Holstein (2018) und Niedersachsen (2018) – sich schon konstituiert haben und NRW voraussichtlich 2022 die erste Kammerversammlung abhalten wird. In Baden-Württemberg soll die gesetzliche Umsetzung in der Legislaturperiode 2021–2026 erfolgen. Seit Ende 2020 werden die drei bestehenden Pflegekammern zusammen mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) auch durch die Bundespflegekammer als Dachorganisation vertreten. Diese soll zum einen als natürlicher Ansprechpartner für die Politik sowie als Interessenvertretung in Gesetzgebungsprozessen fungieren und zum anderen die Etablierung von Pflegekammern in weiteren Bundesländern unterstützen.

Die Beschäftigten plädieren mit ihrem Votum für die Pflegekammer für eine starke Stimme in Politik und Öffentlichkeit, um die bisher unzureichende Interessenvertretung zu überwinden. Im Wunsch nach einer Pflegekammer drückt sich aber nicht nur die fehlende politische Artikulationskraft aus, sondern auch die Hoffnung, so den Mangel an Wertschätzung und Qualitätsentfaltung besser bekämpfen zu können (Abbildung 2). Unklar bleibt, ob die Tatsache, dass die Pflegekammern für die materiellen Interessen der Beschäftigten nicht zuständig sind, bei den Arbeitnehmer*innen hinreichend präsent ist. Vielmehr bleibt diese Aufgabe bei den Tarifpartnern.

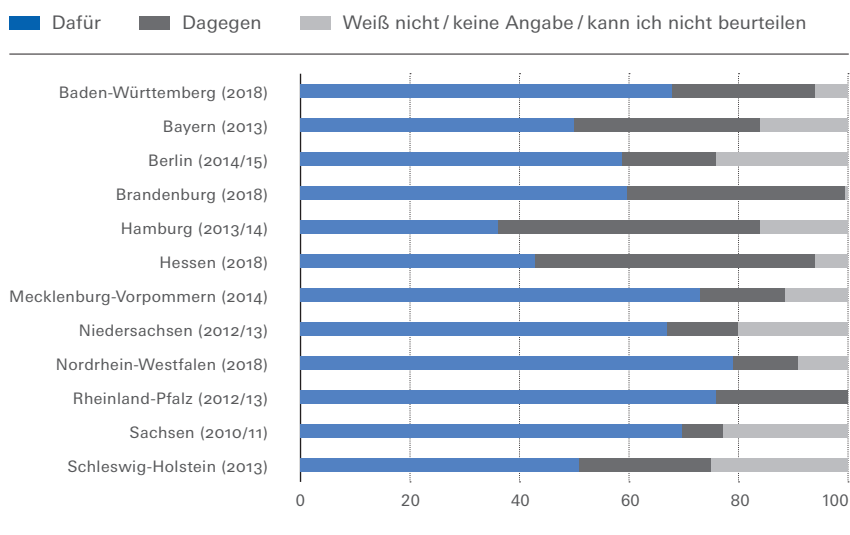
Ver.di spricht in dieser Hinsicht sogar von einem „Mythos Pflegekammer“. Aus diesem Blickwinkel können „Pflegekammern [...] auch nicht mehr Einfluss nehmen als schon jetzt Gewerkschaften“ (ver.di 2016). Eine wirkliche Verbesserung der strukturellen Problematiken von schlechten Arbeitsbedingungen, Unterentlohnung, Engpässen usw. könne nur durch die Gewerkschaften geleistet werden und nicht durch privatisierte und auf dem Prinzip der Zwangsmitgliedschaft beruhende Organisationen (ver.di 2013). An der Seite der Gewerkschaften sprechen sich vor allem auch Arbeitgeberverbände – exemplarisch der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) – gegen die Pflegekammern aus. Der bpa schließt sich nicht nur einigen Teilen der Kritik der Gewerkschaft an, sondern erweitert sie um die Themen von beträchtlichen öffentlichen Ausgaben, kostenpflichtiger Zwangsmitgliedschaft und unnötiger Bürokratie (bpa o. J.). Ähnliche Kritik lässt sich zum Teil auch bei den Beschäftigten erkennen (vgl. Abbildung 2).

Auf der Seite der Befürworter stehen exemplarisch vor allem der DBfK und der DPR. Entgegen der Kritik der Gewerkschaften sehen sie die Pflegekammern nicht im kompetitiven Wettbewerb mit den anderen Akteuren, sondern als funktionale Ergänzung – eine Auffassung, die auch von

ABBILDUNG 1

Umfrageergebnisse zur Gründung einer Pflegekammer nach Bundesländern

Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Recherche und Darstellung

WSI Mitteilungen

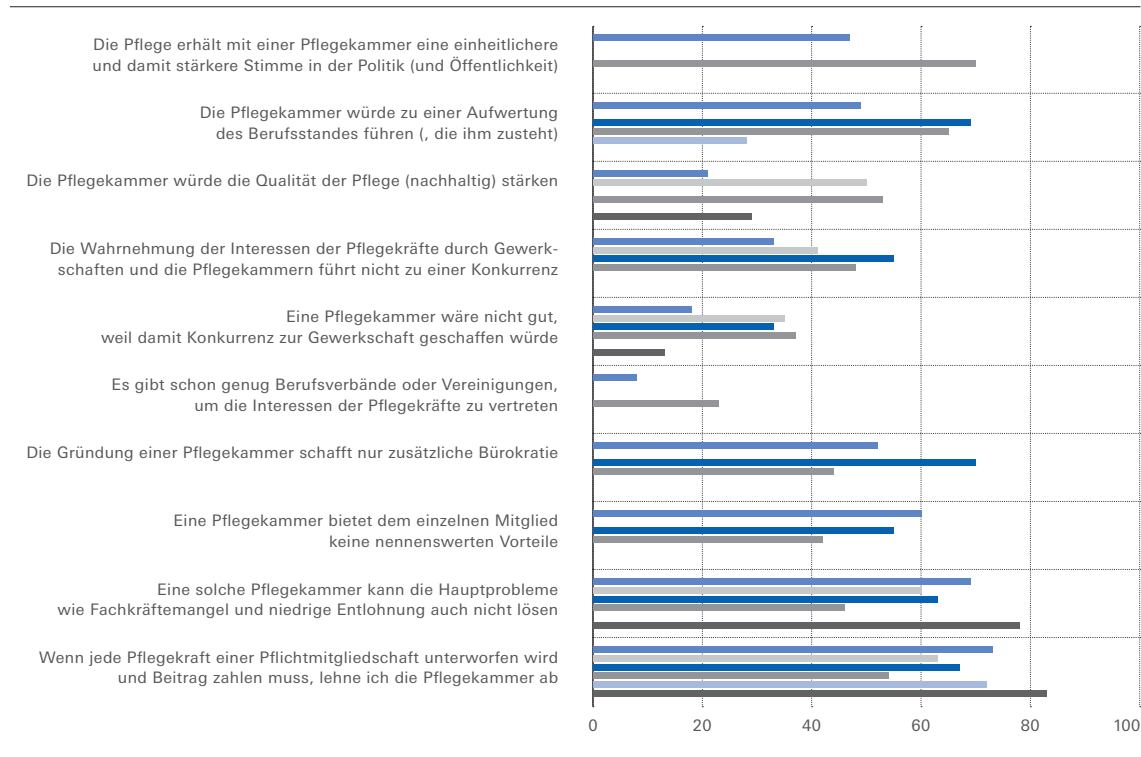
An die Neugründung einer Pflegekammer werden hohe Erwartungen geknüpft, der das institutionelle und juristisch definierte Aufgabenprofil kaum gerecht werden kann. Insgesamt sind die Relevanz, die Nutzen-Kosten-Relation und die Rolle der Pflegekammern in der wissenschaftlichen Fachdebatte, wie auch im politischen Diskurs, hoch umstritten. Die Gründung einer Pflegekammer liegt in der politischen Sphäre der Bundesländer, die sich angesichts der kontroversen Haltung zur Einrichtung einer solchen Institution über Beschäftigtenbefragungen bei den Pflegekräften zu legitimieren versuchten. Insgesamt

ABBILDUNG 2

Zustimmung der Pflegekräfte zu Aussagen pro und contra Pflegekammer

Angaben in Prozent

■ Nordrhein-Westfalen (2018) ■ Berlin (2015) ■ Hamburg (2013/2014)
■ Schleswig-Holstein (2013) ■ Bayern (2013) ■ Niedersachsen (2012/2013)



Anmerkung: Die Studien benutzen unterschiedliche Wortlaute, Formulierungen und auch Fragen. Entsprechend ist die Abbildung nicht als ein ausdifferenzierter Vergleich zu verstehen, sondern als ein Meinungsbild.

Quelle: Ergebnisberichte zur Gründung einer Pflegekammer; eigene Darstellung

WSI Mitteilungen

vielen Pflegekräften geteilt wird. Denn die berufsspezifischen Regulierungsaufgaben und deren Aufsicht können nur bedingt von den Gewerkschaften wahrgenommen werden. Damit treibt die Pflegekammer das wissenschaftliche Monitoring der Pflege sowie die Professionalisierung des Berufes voran (DBfK 2020).

Ein Kompromiss, der die teilweise auch unsachlich geführten Debatten in ein konstruktives Fahrwasser führt, ist gegenwärtig nicht zu erwarten. Auch empirische Nachuntersuchungen der bestehenden Pflegekammern, die begründete Aussagen zum Nutzen treffen könnten, bleiben weiterhin aus. Nichtsdestotrotz lassen sich die jüngsten Entwicklungen als eine klare Niederlage für die Befürworter*innen der Pflegekammern verstehen. Sowohl in Niedersachsen als auch in Schleswig-Holstein ist die Evaluation zum Weiterbestehen der Pflegekammer negativ ausgefallen. Um die Pflegekammer Niedersachsen existierte schon länger eine heiße Kontroverse. Seit Anfang 2019 brach mit den ersten Beitragsbescheiden eine Welle der Empörung los. Der wachsende Druck, der vor allem auch von den Pflegekräften selbst artikuliert wurde, veranlasste die Landesregierung zu einer Evaluationsbefragung, wor-

in sich unter den 15 100 teilnehmenden Pflegekräften (das waren 19,4 % der Abstimmungsberechtigten) eine große Mehrheit (70,6 %) gegen den Fortbestand der Pflegekammer entschied (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020). Die gleichzeitig formulierte Kritik an der Befragung gilt sowohl der Forschungsmethodik als auch der geringen Teilnahmequote. In Schleswig-Holstein hingegen nahmen 17 747 von 23 579 berechtigten Personen (75,3 %) teil – die große Mehrheit der Pflegekräfte. Das Ergebnis von fast 92 % Negativvoten war eine klare Absage an die Pflegekammer (Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2021).

Der Rückschlag zeigt die deutlichen Schwächen des staatlichen Handelns, um die schwachen Interessen der Altenpflegekräfte aufzuwerten. Die verfolgte Top-down-Strategie hat es bisher nicht geschafft, große Teile der Tarifpartner und Beschäftigten hinter sich zu vereinigen. In der Konsequenz entzieht der Aufbau von neuen Strukturen, wie sie mit den Pflegekammern verbunden sind, den bestehenden Strukturen wichtige Ressourcen, ohne dass es eine neue Dynamik gibt.

3.2 Konzertierte Aktion Pflege

Neben Initiativen vonseiten der Landesregierungen geht mittlerweile eine erhöhte Aktivität von der bundesstaatlichen Ebene aus. Dazu hat sicherlich auch beigetragen, dass bereits bei der Bundestagswahl 2017 für mehr als die Hälfte der Wahlberechtigten (51 %) die Pflege eine bedeutsame Rolle für ihre Wahlentscheidung spielte. Darunter sah eine große Mehrheit (71 %) die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege als dringlichstes Handlungsfeld für die Politik an (Eggert et al. 2017, S. 6, 11). Die Parteien übersetzten diesen Wählerwillen in eine Akteursplattform (Konzertierte Aktion Pflege), die sich das Ziel setzte, mit den dafür zentralen Akteuren die „bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Situation der Pflege auf den Weg zu bringen“ (Die Bundesregierung 2018, S. 96). Die Erarbeitung konkreter Maßnahmen wurde auf fünf Arbeitsgruppen in breitgefächerten Akteurskonstellationen aufgeteilt. Die zentrale Frage der Entlohnungsbedingungen unter Berücksichtigung der Tarifautonomie und des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts wurde in der die Arbeitsgruppe 5 verhandelt. Die Mitglieder waren sich darüber einig, dass insbesondere „die Höhe der Entlohnung einen wesentlichen Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufes“ habe (BMG 2019, S. 165).

Zur Erreichung von angemessenen Löhnen zielte die Arbeitsgruppe 5 auf die Überwindung der defekten Interessenvertretung ab. Durch staatliches Eingreifen sollte eine von oben geschaffene „improvisierte Tarifautonomie“ (Schroeder/Kiepe 2020) installiert werden. Die Idee war, einen ausgehandelten Tarifvertrag durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) auf alle 1,2 Millionen Altenpflegekräfte in der Branche zu erstrecken. Die Vorgehensweise der Tarifvertragslösung nach § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) wird von der Mehrheit der Arbeitgeberverbände rigoros abgelehnt (Schroeder/Kiepe 2020, S. 222f.). Daraus ergibt sich nicht nur die Problematik eines starken Widerstandes, sondern der Umsetzung mangelt es an einem verpflichtungswilligen Arbeitgeber, der diese Lösung mitträgt. Die Rechtsverordnung des AEntG ist aber von einem repräsentativen Tarifvertrag abhängig. Als Antwort gründeten der Arbeiter-Samariter-Bund, die Diakonischen Dienstgeber in Niedersachsen und die Arbeiterwohlfahrt am 14. Juni 2019 die Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) mit dem Ziel, einen repräsentativen Tarifpartner zu entwickeln, der Tarifverträge mit ver.di abschließen kann. Die rechtlichen Weichenstellungen dafür verantwortete das BMAS mit dem PflegeLohnverbesserungsgesetz. Neben der ständigen Einrichtung und dem Ausbau der Kompetenzen der Pflegekommission schuf die rechtliche Neujustierung die Festsetzung verbindlicher Lohnuntergrenzen im AEntG. Gleichzeitig erfordert die Allgemeinverbindlichkeitserklärung des Tarifvertrags „die Zustimmung von mindestens zwei Kommissionen aus dem Bereich reprä-

sentativer Religionsgesellschaften“ (BMG 2020a, S. 77).

Am 1. Februar 2021 einigten sich ver.di und die BVAP auf einen Tarifvertrag über die Mindestbedingungen in der Altenpflege. Konkret sollten die Mindestentgeltsätze in vier Phasen gegenüber dem bisherigen Pflegemindestlohn vom 1. August 2021 bis 1. Juni 2023 um insgesamt 25 % steigen. Zudem sollen künftig Beschäftigte der Altenpflege einen Anspruch von 28 Urlaubstagen pro Jahr sowie ein Urlaubsgeld von mindestens 500 € bekommen. Auf der Zielgeraden wurde plötzlich Fundamentalkritik vonseiten des Verbandes diakonischer Dienstgeber (VdDD) und der Caritas-Dienstgeber geäußert. Am 25. Februar 2021 lehnte die Bundeskommission der Arbeitsrechtlichen Kommission der Caritas die flächendeckende Ausweitung des Tarifvertrags ab. Begründet wurde die Ablehnung mit fehlenden Bestimmungen zu betrieblicher Altersvorsorge, Arbeitszeitmodellen und Überstundenzuschlägen, der Befürchtung von Mehrkosten für die Einrichtungen und einer tief verankerten Skepsis hinsichtlich der Einmischung in die autonome Tarifbestimmung der Caritas (Caritas Deutschland 2021).

Diese Ablehnung besiegelte eine weitere Episode des Scheiterns in der Abstimmung zwischen Politik und den Arbeitgebern in der Pflege. In Reaktion darauf favorisierten Union und SPD, zukünftig die Refinanzierung von PflegeLöhnen durch die Pflegeversicherung (SGB XI) an die Tarifbindung zu koppeln. Ob dieser neue Ansatz die Entgelt- und Arbeitsstrukturen wirklich dauerhaft verbessert, wird sich erst ab September 2022 zeigen.

4 Fazit

Die defekte Institutionenordnung der Altenpflege ist trotz zunehmender gesellschaftlicher Sensibilität für diese Problematik sowie einzelner Fortschritte und Verbesserungen bislang nicht nachhaltig verändert worden. Die traditionell vorhandenen dysfunktionalen, immateriellen und organisatorischen Strukturen, die eine Mobilisierung schwacher Interessen im Bereich der Altenpflege von unten behindern, bestimmen nach wie vor die Arena. In diesem Beitrag wurde dargelegt, dass staatliche Initiativen – trotz durchaus vorhandener Wirkungen im Sinne verbesserter Arbeitsbedingungen (vor allem die Entlohnung betreffend) – bislang nicht in der Lage waren, die defizitären Praktiken und Ergebnisse des Marktes sowie des Fehlens von starken Kräften selbstverantwortlichen, kollektiven Handelns der Betroffenen zu kompensieren. Ursächlich dafür sind die gewachsenen Eigeninteressen der marktlichen und verbandlichen Akteure, deren Zählung im Prozess der Transformation des konservativen Sozialstaates erst langsam beginnt.

Dass staatliches Handeln trotz mancher Ambivalenzen von enormer Bedeutung ist, scheint offensichtlich. Gleichwohl ist es bisher nicht möglich, vorhandene gesellschaftliche, beschäftigten- und arbeitgeberbezogene Defizite zu kompensieren. Dafür sprechen auch die staatlichen Top-down-Aktivitäten während der Covid-19-Krise: Erstens wurden die Pflegekräfte im Frühjahrs-Lockdown 2020 kurzfristig als „Helden der Pandemie“ gefeiert und erhielten dafür meist eine einmalige Bonuszahlung (BMG 2020b). Aufmerksamkeit erzielten auch die im Mai 2020 beschlossenen Akuthilfen, die sich an 2,5 Millionen Berufstätige richteten, die ihre Angehörigen zu Hause pflegten (BMFSFJ 2020). Diese gesellschaftlichen Aktivitäten, die der Staat selektiv und singular honorierte, führten aber nicht zu dauerhaft angelegten Initiativen struktureller Aufwertung. Schon in dem im Sommer 2020 beschlossenen Konjunkturprogramm fand die Pflege keine eigenständige Berücksichtigung mehr.

Zweitens konzentrierte sich die politische Aufmerksamkeit darauf, die Zahl der Pflegekräfte zu erhöhen. Denn alle Beteiligten wissen, dass perspektivisch rund 100 000 Pflegekräfte in der Altenpflege fehlen. Im Oktober 2020 wurde deshalb das „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG) beschlossen, um 20 000 neue Pflegehilfskraftstellen in der stationären Altenpflege zu finanzieren (BMG 2020c).

Drittens zeigte die hohe Zahl der Inzidenzen und Todesopfer in Alten- und Pflegeheimen, dass das Infektionsrisiko an diesen Orten um ein Sechsfaches höher als in der Normalbevölkerung lag. Jedes fünfte Pflegeheim und jeder zehnte ambulante Pflegedienst war von infizierten Mitarbeitern betroffen. Trotzdem war auch dies kein Aufbruch zu Struktur-reformen im hier eingeforderten Sinne.

In der Pandemie wurde der bestehende Teufelskreis der schwachen Interessen nicht aufgelöst. Vielmehr wurden in dieser Konstellation die Pflegekräfte einer enormen Arbeits- und Gesundheitsbelastung ausgesetzt, die insbesondere auf unzulängliche Schutzkonzepte und Personal-mangel zurückgeht. Ob es sogar zu einem Rückzug eines Teils der Pflegekräfte durch die Missstände während der Corona-Krise gekommen ist, lässt sich gegenwärtig nicht eindeutig klären. Jedenfalls spricht einiges dafür, dass es nicht attraktiver geworden ist, den Beruf zu ergreifen. Die politischen Maßnahmen fokussieren primär auf die Stabilisierung der bestehenden Verhältnisse, ohne zugleich Verbesserungen zu ermöglichen.

Dass aus der fortlaufenden medialen Aufmerksamkeit durch die Pandemie eine dauerhafte strukturelle Stärkung der Selbstorganisationsfähigkeit der Pflegekräfte entstehen kann, ist also bisher nicht abzusehen. Eine tiefergehende strukturelle Verbesserung kann daher nur gelingen, wenn die Top-down-Aktivitäten durch eine Reformpolitik „von unten“ ergänzt werden. Der Staat und seine gezielte Interventionsfähigkeit, um die Interessen der zu Pflegenden und der Pflegenden zu stützen, werden notwendig bleiben, um eine Brücke zu bilden, Anreize zu setzen und fehlende Ressourcen zu kompensieren. Aber eine reine Fokussierung auf den Staat ist unzureichend. Deshalb muss der Teufelskreis der defekten Interessenvertretung durch eine kollektive Handlungsfähigkeit aufseiten der Beschäftigten durchbrochen werden, die dafür sorgt, dass die Arbeitgeberseite stärker in die Verantwortung für die Beschäftigten einbezogen wird. Staatliches Handeln sollte ein solches Vorgehen befördern. Dabei darf die Ambivalenz staatlicher Interventionen nicht geringgeschätzt werden; schließlich können falsche Anreize und Interventionen die beruflichen und zivilgesellschaftlichen Selbstregulationskräfte auch schwächen. Bei all diesen Überlegungen ist aber auch zu sehen, dass nicht mehr viel Zeit bleibt, um die Dinge im Interesse der zu Pflegenden und der Pflegen-

den zum Besseren zu wenden. Denn wir stehen kurz vor einer „Pflegekatastrophe“. ■

LITERATUR

- Auffenberg, J. / Heß, M.** (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- BA (Bundesagentur für Arbeit)** (2020): Fachkräfteengpassanalyse 2020, https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20626&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- BA** (2021): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)** (2020): „Es geht um den Wert der Arbeit“, <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Reden/Hubertus-Heil/2020/2020-12-11-rede-bundestag-beschlussempfehlungen-des-haus-haltsausschusses.html> (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)** (2020): Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen-155552> (letzter Zugriff: 18. 03. 2021)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit)** (2019): Konzentrierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzentrierte_Aktion_Pflege/o619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- BMG** (2020a): Konzentrierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Bericht/2020-11-13_1_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_KAP.PDF (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- BMG** (2020b): Pflegebonus, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegebonus.html> (letzter Zugriff: 18. 03. 2021)
- BMG** (2020c): Kabinett beschließt „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/3-quartal/versorgungsverbesserungsgesetz.html> (letzter Zugriff: 18. 03. 2021)
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie)** (2019): Gesundheitswirtschaft. Fakten & Zahlen, Ausgabe 2019. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=32 (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- Bobsin, R.** (2018): Der weiße Finanzmarkt. Pflege als Spekulationsobjekt, https://www.labournet.de/wp-content/uploads/2018/04/bobsin_expresso418.pdf (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)** (o.J.): Die geplante Pflegekammer, https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- Die Bundesregierung** (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906> (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- Caritas Deutschland** (2021): Der Tarifvertrag in der Altenpflege kommt nicht. Was nun?, <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheits/der-tarifvertrag-in-der-altenpflege-komm> (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)
- Carstensen, J. / Seibert, H. / Wiethölter, D.** (2020): Entgelte von Pflegekräften, http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2020.pdf (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe)** (2020): Pflegekammer, <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php> (letzter Zugriff: 16. 06. 2021)
- Destatis (Statistisches Bundesamt)** (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, https://www.statistischesbibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012301/5224001099004.pdf (letzter Zugriff: 24. 05. 2021)

Destatis (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf> (letzter Zugriff: 18.03.2021)

Eggert, S. / Jung, K. / Vathjunker, D. (2017): Herausforderung Pflege – Bürgerperspektive im Wahljahr 2017, <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Wahljahr2017.pdf> (letzter Zugriff: 24.05.2021)

Forsa (2020): Meinungen zu Reformvorschlägen für das deutsche Gesundheitssystem. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2020-06/Umfrage_Forsa_Gesundheitssystem_RobertBoschStiftung.pdf (letzter Zugriff: 16.06.2021)

GWS (Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung) (2019): Pflegewirtschaft in Deutschland. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Bedarfs an Pflegepersonal bis 2035, <https://www.gws-os.com/discussionpapers/gws-paper19-4.pdf> (letzter Zugriff: 16.06.2021)

Hörsch, D. (2020): COVID-19-Pflegestudie der Diakonie. Eine Ad-hoc-Studie zu den Erfahrungen von Diakonie-Mitarbeitenden in der Altenhilfe/-pflege während der Covid-19-Pandemie, https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Journal_PDF/12-2020-Covid-19-Pflegestudie-der-Diakonie-korrigiert.pdf (letzter Zugriff: 18.03.2021)

Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (letzter Zugriff: 16.06.2021)

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2020): Pflegekammer Niedersachsen, https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/soziales_inklusion/soziales/pflege_in_niedersachsen/pflegekammer/pflegekammer-niedersachsen-110014.html (letzter Zugriff: 16.06.2021)

Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (2021): Abstimmung 2021, <https://pflegeberufekammer-sh.de/informationen/abstimmung-2021> (letzter Zugriff: 16.06.2021)

Schroeder, W. (2018): Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation, Wiesbaden

Schroeder, W. / Kiepe, L. (2020): Improvisierte Tarifautonomie in der Altenpflege. Zur Rolle von Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und Staat, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik, Bonn, S. 214–226

ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) (2013): ver.di Position zu Pflegekammern, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/pflegekammern/++co++edadb76c-bd59-11e6-baad-525400ed87ba> (letzter Zugriff: 16.06.2021)

ver.di (2016): Mythos Pflegekammer, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/pflegekammern/++co++o613bf48-bd52-11e6-8f5b-525400423e78> (letzter Zugriff: 21.03.2021)

AUTOR

WOLFGANG SCHROEDER, Prof. Dr., lehrt Politikwissenschaften an der Universität Kassel und ist Research Fellow am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Forschungsschwerpunkte: Parteien-, Gewerkschafts- und Wohlfahrtsstaatsforschung.

@ wolfgang.schroeder@uni-kassel.de