

Schildmann, Christina; Voss-Dahm, Dorothea

Research Report

Aufwertung von sozialen Dienstleistungen: Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen

Forschungsförderung Report, No. 4

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Schildmann, Christina; Voss-Dahm, Dorothea (2018) : Aufwertung von sozialen Dienstleistungen: Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen, Forschungsförderung Report, No. 4, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/233578>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

REPORT

Nr. 4, Forschungsförderung Report

AUFWERTUNG VON SOZIALEN DIENSTLEISTUNGEN

Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen

Christina Schildmann und Dorothea Voss

1 WARUM AUFWERTUNG? UND WIE?

Mehr Frauen und Männer als je zuvor sind erwerbstätig. Menschen sind mobil und leben oft nicht dort, wo älter werdende Eltern wohnen. Wo generationenübergreifende Unterstützung im Alltag nicht möglich ist, steigt der Bedarf an sozialen Dienstleistungen. Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass sie in ausreichender Menge und Qualität zur Verfügung stehen müssen, damit Gesellschaft im Kleinen und im Großen gelingen kann. Wo soziale Dienstleistungen nicht zur Verfügung stehen, wird das Leben im Alltag oft zur Zerreißprobe.

Soziale Dienstleistungen sind Teil der gesellschaftlichen Infrastruktur. Sie lassen sich aber nicht einfach bauen wie Straßen oder Blockheizkraftwerke: Benötigt werden mehr ausgebildete Frauen und Männer, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen. Angesichts der schlechten Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Sozial- und Gesundheitssektor wird der Ausbau jedoch unter den gegenwärtigen Bedingungen kaum gelingen. Benötigt werden konkrete Schritte für die Aufwertung sozialer Dienstleistungsarbeit – und zwar beim Entgelt, der Personalbemessung, der Arbeitszeit und der beruflichen Entwicklung.

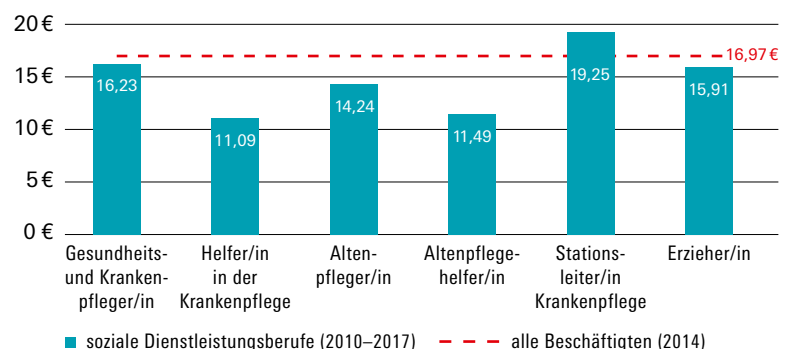
In der gegenwärtigen Diskussion sehen wir dafür ein offenes Zeitfenster. Das ist auch eine Frage der

Gerechtigkeit. Nur ein Beispiel, um die Schieflage zu illustrieren: Eine aktuelle Auswertung zeigt, dass examinierte Altenpfleger/innen durchschnittlich 14,24 Euro pro Stunde brutto verdienen. Das ist weniger als der durchschnittliche Stundenverdienst in Deutschland, der bei 16,97 Euro liegt (siehe [Abbildung 1](#)).

Dieser Report liefert Argumente, warum die Aufwertung notwendig ist, und zeigt aus einer akteursbezogenen Sicht, wo Stolpersteine liegen, die dafür aus dem Weg zu räumen sind.

Abbildung 1

Bruttostundenlöhne in sozialen Berufen (Mittelwerte)



Quellen: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2017 (Angaben für alle Beschäftigten 2014); WSI-Lohnspiegel der Hans-Böckler-Stiftung (Bruttostundenlöhne in sozialen Dienstleistungsberufen, Januar 2010 bis Dezember 2017)

INHALT

1 Warum Aufwertung? Und wie?	1
2 Wo steht die Debatte?	3
3 Wo die Aufwertung von sozialen Dienstleistungen nötig ist	6
3.1 Personalbemessung und Gesundheit	6
3.2 Einkommen: Wie Arbeit bewertet wird	10
3.3 Arbeitszeit und Arbeitsorganisation	14
3.4 Beruflichkeit im Lebensverlauf	17
4 Akteure, Optionen und Stolpersteine bei der Aufwertung von sozialen Dienstleistungen	19
4.1 Mehr Personal	19
4.2 Flächendeckend Entgelte erhöhen	25
4.3 Arbeitszeitpotenziale erschließen	34
4.4 Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten verbessern	37
5 Alles zu teuer? Nicht mit einer anderen Erzählung!	40
Literatur	41

2 WO STEHT DIE DEBATTE?

Traditionell finanziert der deutsche Sozialstaat soziale Sicherung über Transfers, also über Geld an Personen mit einem entsprechenden Anspruch. Mittlerweile jedoch werden Sozialausgaben zunehmend in investive Ausgaben umgelenkt wie z. B. eine flächendeckende Versorgung der Kinderbetreuung oder Pflegeleistungen. Aber die Entwicklung ist nicht linear. Weil die Frage, welchem sozialen und familiären Leitbild man dabei folgt, gesellschaftspolitisch nicht eindeutig entschieden wurde (vgl. Blank 2017), ist die gegenwärtige Situation geprägt von »Zwei Schritte vor, einen Schritt zurück«. Beispiele für zwei Schritte vor sind die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung oder die Einführung eines Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz ab Ende des ersten Lebensjahres. Einen Schritt zurück ging es dagegen mit der Einführung des Betreuungsgeldes – und die Entscheidung, das Pflegegeld beizubehalten, kann bestenfalls als Trennen auf der Stelle bezeichnet werden.

Derzeit kommt der wesentliche Schub in der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung jedoch nicht aus Leitbild-Debatten, sondern aus den Anforderungen des demografischen Wandels und den Vereinbarkeitsanforderungen einer Gesellschaft, in der die meisten Frauen und Männer erwerbstätig sind. Die existierende Infrastruktur an sozialen Dienstleistungen reicht dafür nicht aus, denn institutionell ist Deutschland noch zu wenig aus dem *familienbasierten System* herausgewachsen.

Häusliche Pflege in Zahlen

In der häuslichen Pflege werden anfallende Arbeiten ganz überwiegend privat oder informell erbracht. Hielscher, Kirchen-Peters und Nock (2017) haben nachgewiesen, dass in einem durchschnittlichen Pflegehaushalt in Deutschland rund 63 Stunden pro Woche für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit aufgebracht werden, vor allem in der Betreuung, Begleitung und Hauswirtschaft. Davon werden rund 90 Prozent von informellen Helferinnen und Helfern aus der Familie, dem Freundeskreis oder von Ehrenamtlichen erbracht, aber nur rund zehn Prozent von professionellen Diensten abgedeckt.

Das Pflegesystem basiert nach wie vor darauf, dass jemand zu Hause mitpflegt, d. h. es folgt dem Prinzip der Subsidiarität: Der Staat übernimmt nur, was die jeweils untere Ebene nicht schafft. Pflege wird noch immer in die Familie verwiesen, hier ist ihr – gedachter – Ort. Das Gegenmodell zum familienbasierten System ist das *servicebasierte System* nach skandinavischem Vorbild. In diesem System kommt aufgewerteten sozialen Dienstleistungen eine besondere Bedeutung zu.

Familienbasiertes Pflegesystem

- Vorrang der informellen vor der professionellen Pflege
- geringer Umfang der öffentlichen Finanzierung (daran orientiert, die Kosten niedrig zu halten)
- enger Pflegebegriff
- zersplitterte Struktur mit schwer zugänglichen Leistungen (Mischstruktur aus gemeinnützigen, privatgewerblichen und öffentlichen Anbietern)
- hohe Anfälligkeit für einen »grauen Arbeitsmarkt«
- Ausrichtung auf Erhalt eines hohen Anteils an Familienpflege; hohe Zahl an pflegenden weiblichen Familienangehörigen

Servicebasiertes Pflegesystem

- Vorrang der formellen vor der informellen Pflege
- mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung (am Bedarf orientiert)
- weiter Pflegebegriff
- umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot; hochwertige kommunale Pflegeinfrastruktur
- hohe Professionalisierung
- bildet Basis für eine annähernd gleich hohe Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen

Quelle: Heintze 2015, S. 6

Die Forderung nach einer Aufwertung sozialer Dienstleistungen wird schon seit Jahrzehnten erhoben: Zunächst waren es hauptsächlich Feministinnen und feministische Ökonominen, die auf die strukturelle Unterbewertung der mehrheitlich von Frauen ausgeübten personennahen Dienstleistungen hinwiesen; zunehmend aber schlossen sich andere gesellschaftliche Gruppen der Forderung nach einer Aufwertung sozialer Dienstleistungen an (vgl. Care Revolution Netzwerk, <https://care-revolution.org/>). 2013 veröffentlichten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler das Manifest »Care.Macht.Mehr«, in dem sie vor einer Care-Krise warnten (<http://care-macht-mehr.com/>). Die Streiks im kommunalen Sozial- und Erziehungsdienst in den Jahren 2009 und 2015 lösten eine Welle gesellschaftlicher Solidarität aus. Im zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung wurde der Aufwertung der SAHGE-Berufe (siehe Infokasten) ein eigenes Kapitel gewidmet, weil in der Aufwertung ein wichtiger Schlüssel zur Gleichstellung gesehen wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017).

Inzwischen hat sich die Debatte um die Aufwertung sozialer Dienstleistungen vom Rand ins Zentrum bewegt, was neben der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung auch dem Fachkräfteengpass in diesem Bereich geschuldet ist.

SAHGE- und MINT-Berufe

Unter den Begriff der SAHGE-Berufe fallen Berufe der Sozialen Arbeit, Haushaltsnahen Dienstleistungen und der Gesundheits- und Erziehungsbranche. SAHGE-Berufe sind ein Pendant zu MINT-Berufen aus dem Berufsfeld Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und Technik. Gemeinsam ist beiden Berufsfeldern ein hoher Fachkräftebedarf, was zu besonderen politischen Anstrengungen der Fachkräftegewinnung führt. Beide Berufsfelder haben eine hohe Geschlechtsspezifität: SAHGE-Berufe werden überwiegend von Frauen, MINT-Berufe mehrheitlich von Männern ausgeübt.

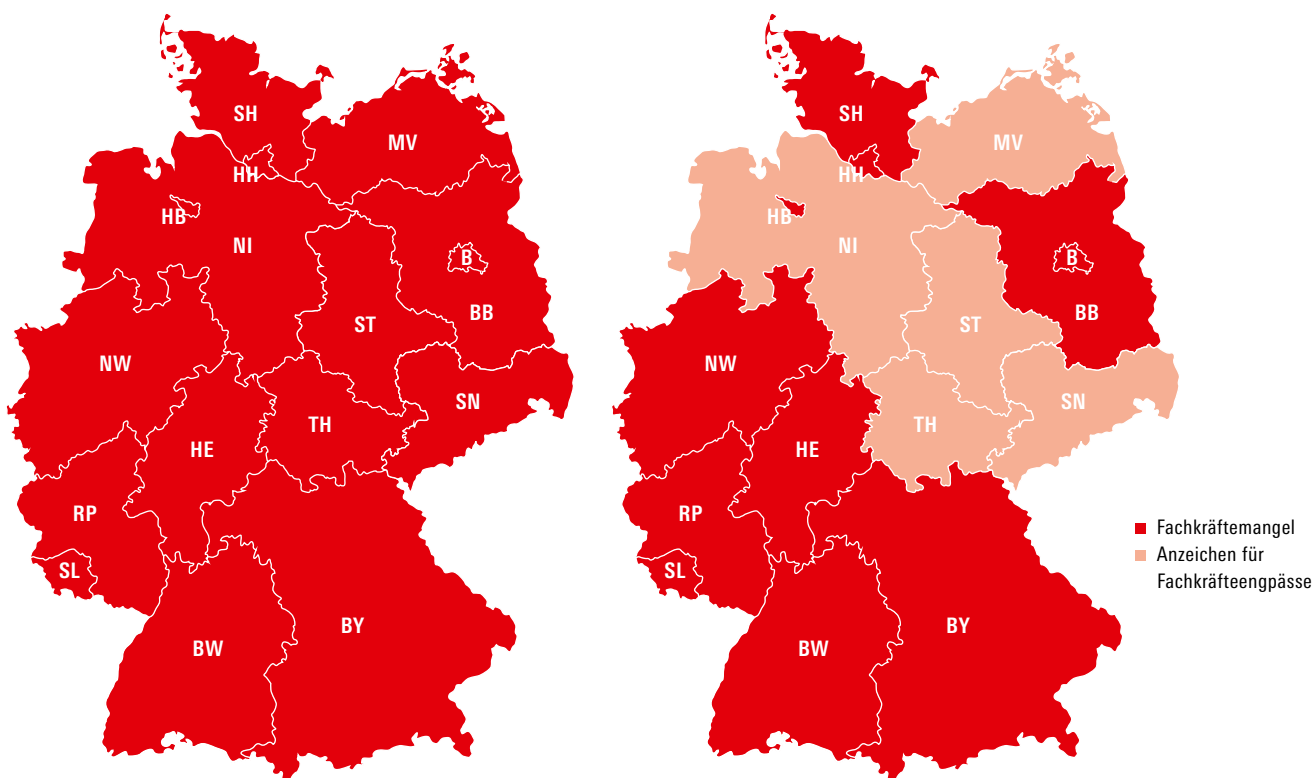
Für die Altenpflege wies die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit im Dezember 2017 für jedes Bundesland einen Mangel an examinierten Pflegekräften aus (Abbildung 2); die Zeit, in der Stellen unbesetzt bleiben, ist auf einen Rekordwert von 102 Tagen gestiegen.

Abbildung 2

Fachkräfteengpässe (Dezember 2017)

Fachkräfte und Spezialisten Altenpflege

Fachkräfte bzw. Spezialisten Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe



Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2017, S. 16 f.

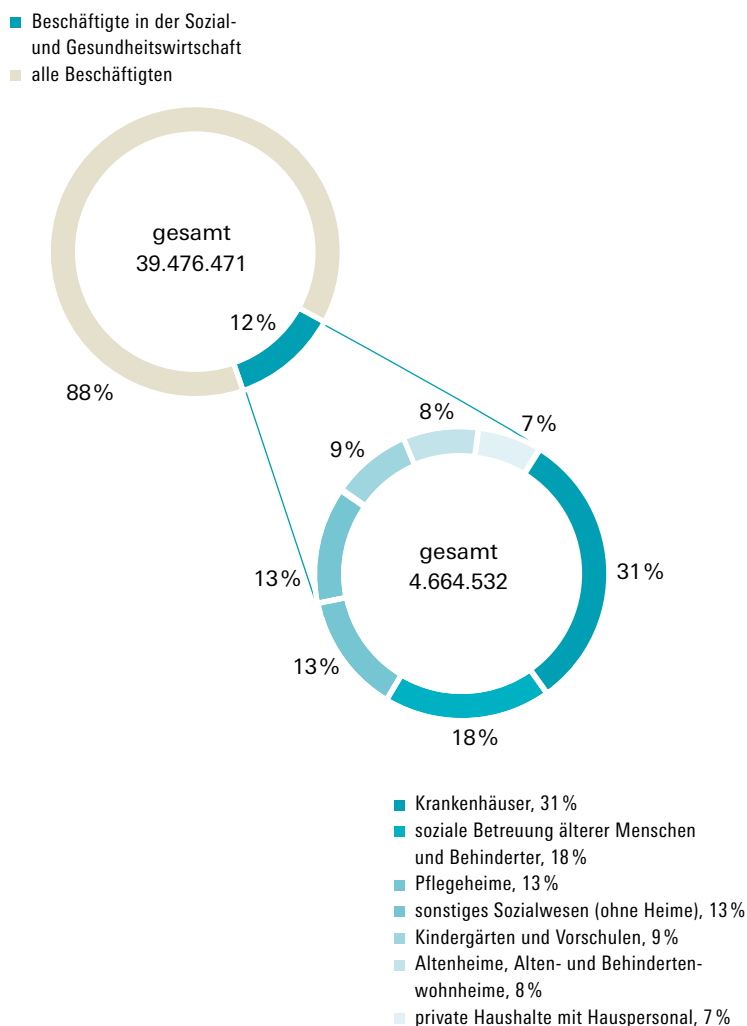
Ein weiterer Grund dürfte der hohe Anteil der Beschäftigung sozialer Dienstleistungen an der Gesamtbeschäftigung sein (Abbildung 3).

Inzwischen steht die Aufwertung der sozialen Dienstleistungen oben auf der politischen Agenda: Bei der Bundestagswahl 2017 kam kaum ein Parteiprogramm ohne diese Forderung aus. Auch im Koalitionsvertrag finden sich entsprechende Passagen (Infokasten). Wir stehen im Frühjahr 2018 daher an einem Punkt, an dem es sowohl politischen als auch gesellschaftlichen Rückenwind für die Aufwertung sozialer Dienstleistungen gibt.

Aufwertung sozialer Dienstleistungen im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom 14. März 2018

- In Pflegeeinrichtungen sollen im Rahmen eines Sofortprogramms 8.000 neue Fachkraftstellen aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden.
- In der Altenpflege sollen verbindliche Personalbemessungsinstrumente entwickelt werden.
- In der Altenpflege sollen Tarifverträge flächendeckend zur Anwendung kommen. Für angemessene Löhne und gute Arbeitsbedingungen sollen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.
- Für Pflegepersonal sind Weiterqualifizierungen von der Helferebene zu vollqualifizierten Tätigkeiten vorgesehen.
- Pflegepersonalkosten im Krankenhaus sollen besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden.
- Der bestehende Auftrag an eine Bund-Länder-Kommission, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus festzulegen, soll dahingehend erweitert werden, dass Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.
- In Krankenhäusern sollen Tarifsteigerungen der Beschäftigten vollständig refinanziert werden, sofern nachgewiesen wird, dass sie bei den Beschäftigten ankommen.
- Die Ausbildung in Gesundheitsfachberufen soll in einem Gesamtkonzept neu geordnet werden; eine wichtige Änderung dabei: Das Schulgeld soll abgeschafft werden.
- Ab 2025 soll ein Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung in der Grundschule gelten, wofür Bundesmittel eingesetzt werden sollen.

Anteil der Beschäftigten der Sozial- und Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten (Dezember 2016)



Quelle: Amtliche Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Daten für Dezember 2016); eigene Berechnungen

3 WO DIE AUFWERTUNG VON SOZIALEN DIENSTLEISTUNGEN NÖTIG IST

Aufwertungsbedarf besteht in vier Dimensionen sozialer Dienstleistungsarbeit: Die *Personalbemessung* ist ein entscheidender Hebel für die Reduzierung von Arbeitsbelastung und damit eine aktive Maßnahme für den Gesundheitsschutz und die Qualität der sozialen Dienstleistung. Das *Einkommen* ist eine zentrale Dimension für den Wert der Arbeit. Wenn das Einkommen im Verhältnis zu anderer Arbeit als angemessen empfunden wird, hat das positive Auswirkungen auf Motivation, Berufsbindung und Fachkräftegewinnung. Die Aufwertung der Dimension *Arbeitszeit* umfasst eine wöchentliche Arbeitszeit, die den Präferenzen der Beschäftigten entspricht, und eine verlässliche und mitbestimmte Lage und Verteilung der Arbeitszeit; das bedeutet auch ein Umdenken bei der Organisation der Arbeit. Bessere *berufliche Entwicklungsmöglichkeiten* im Lebensverlauf sind entscheidend für die berufliche Identität und das Selbstwertgefühl der Beschäftigten sowie für ihre soziale Mobilität.

3.1 Personalbemessung und Gesundheit

In personenbezogenen Dienstleistungen liegt der Zusammenhang zwischen Personalbemessung, Qualität der erbrachten Dienstleistung und der Gesundheit der Beschäftigten auf der Hand. Weil die Arbeit mit und am Menschen nicht liegen bleiben und kaum zeitlich geschoben werden kann, gilt: Je dünner die Personaldecke, desto höher der Arbeitsdruck und desto schlechter die Qualität der sozialen Dienstleistung. Bei einer Personalpolitik der »unteren Linie« kommt es zum bekannten Teufelskreis: Bei zu dünner Personaldecke macht der Stress die Beschäftigten krank oder sie wandern ab; für die verbliebenen Beschäftigten steigt die Belastung, was noch einmal die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass auch sie krank werden oder abwandern.

Eine zu knappe Personalbemessung ist *der* Knackpunkt für Beschäftigte und Einrichtungen in sozialen Dienstleistungen. Soll die Arbeit aufgewertet werden, dann ist eine Aufstockung der Personalressourcen die Maßnahme, die von der Arbeits- und Planungsebene als Allererstes genannt wird.

Studien zur Arbeitssituation in sozialen Dienstleistungen aus der Hans-Böckler-Stiftung

- Eine Synopse über die Arbeitsmarktentwicklung, Arbeitsbedingungen und -belastungen mit vielen Sonderauswertungen der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sowie der Qualifikations- und Berufsfeldprojektion des BIBB und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und der Bundesagentur für Arbeit haben Helmrich et al. 2016 vorgelegt.
- Informationen über die Beschäftigungsstruktur, die ökonomische Situation und Mitbestimmungsstrukturen finden sich in Conrads et al. 2016.
- Arbeitsanforderungen und -belastungen von Fachkräften in sozialen Dienstleistungen stehen im Zentrum einer Auswertung der BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung von Hall und Leppelmeier (2015).
- Dass die Ökonomisierung den Arbeitsdruck besonders in der stationären Altenpflege erhöht, aber auch die Arbeit im ambulanten Pflegebereich, in Krankenhäusern und in der Kindertagesbetreuung und im sozialen Dienst stark verändert hat, zeigen Hielscher et al. 2013.
- Die Bewertung der Arbeitssituation in vier Berufsfeldern sozialer Dienstleistungen mittels Auswertungen des Sozio-ökonomischen Panels analysieren Spieß und Storck (2016).
- Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auf Grundlage einer breit angelegten quantitativen Untersuchung der stationären und ambulanten Altenpflege in Deutschland und Schweden geben Theobald, Szebehely und Preuß (2013).

Mehr Informationen zu Projekten und Publikationen aus dem HBS-Forschungsverbund »Soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen« sind hier zu finden: www.boeckler.de/44414_112774.htm

Viele Studien haben nachgewiesen, dass soziale Dienstleistungen charakterisiert sind durch Arbeitsverdichtung und Hetze, die zu körperlichen und psychischen Belastungen führen.

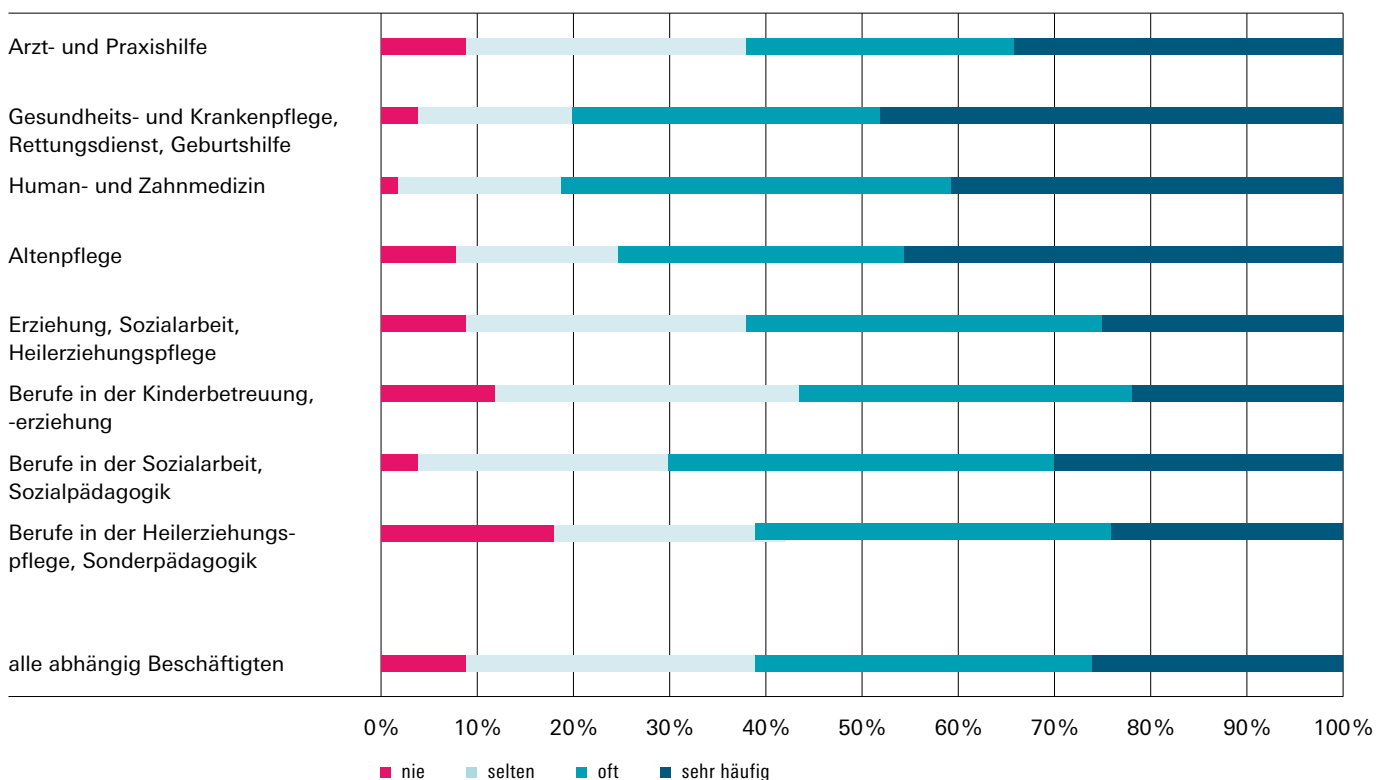
Arbeitshetze ist besonders ausgeprägt in der Kranken- und Altenpflege: 76 Prozent der in der Altenpflege Beschäftigten geben an, oft oder sehr häufig unter Zeit- und Termindruck zu arbeiten, im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe sind es sogar 80 Prozent (vgl. [Abbildung 4](#)). Unterbrechungen einer einmal begonnenen Arbeit und Multitasking sind weitere Belastungspunkte. Lasten heben, arbeiten in unangenehmen Positionen und bei starkem Lärm: Das klingt nach Handwerk oder Fabrikarbeit, ist allerdings typisch für Tätigkeiten im Erziehungsbereich, wie Daten einer Auswertung der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zeigen (Hall/Leppelmeier 2015): So muss ein gutes Drittel der Erzieherinnen häufig mehr als zehn Kilo tragen, während das im Durchschnitt anderer Berufe nur für gut ein Fünftel gilt. In gebückter, hockender oder kniender Stellung

arbeiten fast 60 Prozent der Kräfte – oft um den Größenunterschied zu den Kindern auszugleichen oder weil Stühle und Tische an ihrem Arbeitsplatz meist nicht für Erwachsene gebaut sind. Zum Vergleich: Betrachtet man alle Berufe, müssen nur 16 Prozent in auf Dauer schmerzhaften Körperhaltungen arbeiten.

Erhöhte Belastungen können auch bei gleichbleibender Personalausstattung entstehen: In wesentlich stärkerem Maße als andere Beschäftigte des kommunalen öffentlichen Dienstes gaben fast die Hälfte der Beschäftigten im Sozial- und Erziehungsdienst an, dass die Leistungsanforderungen in den letzten Jahren sehr stark gestiegen seien (Hans-Böckler-Stiftung 2015). Hier sind steigende gesellschaftliche Ansprüche an die Qualität der vorschulischen Erziehung und Erwartungen an die Vermittlung von Bildungsinhalten zu nennen. In der Kranken- und Altenpflege werden der erhöhte Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und der erhöhte Pflegeaufwand bei kürzeren Liegezeiten angeführt. Das führt zu einer steigenden Belastung – was selbst bei gleichbleibender Personaldichte eine Ressourcenverknappung durch die Hintertür

Abbildung 4

Zeit- und Termindruck in unterschiedlichen Berufen



Quelle: Conrads et al. 2016, S. 93

Abbildung 5

Über- und Unterforderung in sozialen Dienstleistungsberufen (Selbsteinschätzung)

	Alten- pfleger/innen	Kranken- pfleger/innen	Erzieher/ innen	Alle Erwerbs- tätigen
Fachliche Anforderungen				
i. d. R. gewachsen	86%	86%	87%	83%
eher überfordert	7%	8%	7%	3%
eher unterfordert	7%	7%	7%	13%
Anforderungen an die Arbeitsmenge				
i. d. R. gewachsen	69%	62%	69%	76%
eher überfordert	30%	35%	30%	18%
eher unterfordert	1%	3%	1%	6%

Anmerkung: Abweichungen in der Summe von 100 % rundungsbedingt
Quelle: Helmrich et al. 2016, S. 110

darstellt. Fachlich fühlen sich Beschäftigte der Alten- und Krankenpflege und in der Erziehung den Anforderungen sehr wohl gewachsen. Jeweils knapp ein Drittel ist mit der zu bewältigenden Arbeitsmenge jedoch überfordert, und die übrigen zwei Drittel berichten, dass die Arbeitsmenge gestiegen sei (Abbildung 5).

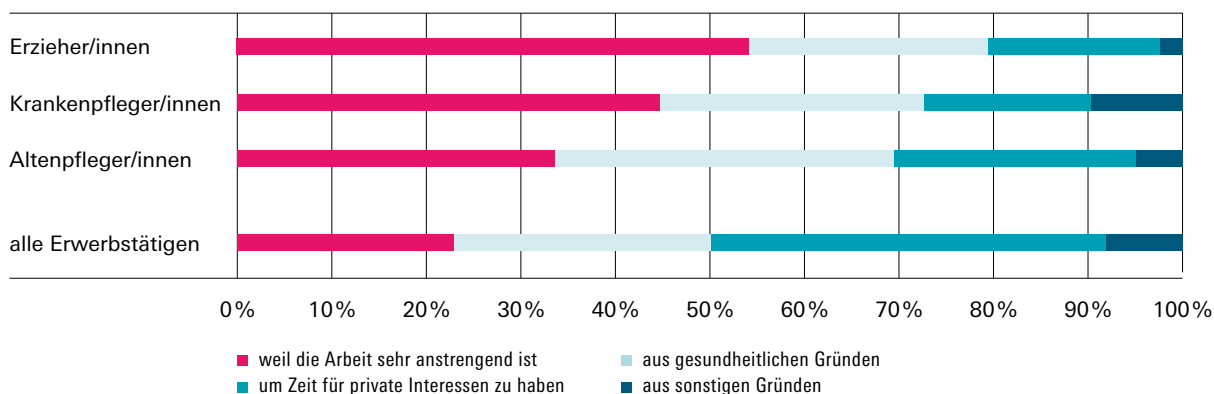
Wenn bei gestiegenen inhaltlichen Anforderungen und steigender Arbeitsmenge die Personalressourcen nicht entsprechend mitwachsen, gefährdet das den Bestand an Fachkräften: Erzieherinnen (78 %), Altenpflegerinnen (71 %) und Krankenpflegerinnen (69 %) im Alter von 45 Jahren und darüber geben häufiger als alle Beschäftigten (66 %) an, dass sie gerne vorzeitig in Ruhestand gehen würden (Helmrich et al. 2016, S. 115/116). Sie begründen dies wesentlich häufiger als andere – herausstechend die Erzieher/innen mit 54 % – damit, dass die Arbeit sehr anstrengend sei (Abbildung 6).

Die Absicht, früh aus dem Erwerbsleben auszu- steigen, wird – zumindest von Beschäftigten in Ge- sundheitsberufen – auch tatsächlich umgesetzt: Im Unterschied zu den meisten Berufen ist das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter in den Ge- sundheitsfachberufen für die im Jahre 1941 und 1945 geborenen Kohorten von 61,3 auf 60,9 zurück- gegangen. Dieser Rückgang von 0,4 Jahren ist nur auf den ersten Blick gering, denn er ist deutlich ge- gen den Trend: Im Durchschnitt aller Berufe hat sich das Erwerbsaustrittsalter um knapp ein Jahr erhöht (Abbildung 7).

Angesichts dieser Befunde stellt sich die Frage, welche Hebel in Bewegung gesetzt werden können, um die Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen zu beseitigen, die aktuell in Sozial- und Gesundheitsberufen massenhaft zum vorzeitigen Be- rufsaustritt führt. Vorhandene Indikatoren und Mess- systeme für die personenbezogene Dienstleistungs- arbeit wurden nicht weiterentwickelt und wirksam umgesetzt, um das Verhältnis zwischen Arbeits- menge und Personalausstattung so auszusteuern, dass weder die Qualität der Dienstleistung noch die Gesundheit der Beschäftigten gefährdet wird.

Abbildung 6

Hauptgrund für den Wunsch nach vorgezogenem Ruhestand bei abhängig Beschäftigten im Alter von 45 Jahren und darüber



Quelle: Helmrich et al. 2016, S. 110

Normalleistung

In der industriellen Arbeit hat die Festlegung einer »Normalleistung« als Grundlage der Lohnberechnung eine lange Tradition. Gemessen wird die Normalleistung einer Tätigkeit anhand von Zeit- und Bewegungsstudien mittels REFA-Methoden. Der REFA ist Deutschlands ältester Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung; er entwickelt für diese Bereiche Methoden nach wissenschaftlichen Standards und stimmt diese mit den Tarifpartnern ab. Die nach REFA-Methode entwickelte Norm kann – so formuliert Minssen (2006, S. 160) – »von jedem in erforderlichem Maße geeigneten, geübten und voll eingearbeiteten Arbeiter auf Dauer und im Mittel der Schichtzeit erbracht werden, sofern er die für die persönlichen Bedürfnisse und ggf. auch für Erholung vorgegebenen Zeiten einhält und die freie Entfaltung seiner Fähigkeiten nicht behindert wird«.

In der sozialen Dienstleistungsarbeit hat diese Form der Leistungsbestimmung keine Tradition, daher fehlen bislang die Instrumente zur Festlegung einer ausreichenden Personalbemessung.

Mittleres berufliches Erwerbsaustrittsalter der 1941 und 1945 geborenen Kohorten

	Kohorte 1941	Kohorte 1945
alle Berufe	60,0	60,9
Maler, Lackierer und verwandte Berufe	61,6	63,2
Sozial- und Erziehungsberufe oder andere	61,6	62,6
Sonstige Dienstleistungsberufe (z.B. Gastgewerbe, Reinigung)	59,9	62,4
Berufe in der Metallerzeugung und -bearbeitung	58,7	61,8
Gesundheitsdienstberufe	61,3	60,9
Ernährungsberufe	58,8	59,9
Hoch-, Tiefbauberufe	58,7	57,6

Quelle: Brussig / Ribbat 2014, S. 10

Das Beispiel der Nachtpflege im Krankenhaus (Stumpfögger 2017) zeigt aber, dass Indikatoren immer nur der erste Schritt sein können: In Krankenhäusern liegen Tausende Gefährdungsanzeigen von Pflegekräften vor. Gefährdungsanzeigen sind offizielle Meldungen von Pflegekräften an die jeweilige Geschäftsführung, in denen sie darauf hinweisen, dass nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die Gesundheit der Patientinnen und Patienten durch die personelle Unterbesetzung gefährdet ist und die Pflegequalität drastisch leidet. Wegen Personalmangel werden notwendige Pflegeleistungen nicht ausgeführt, weil die Zeit fehlt; beispielsweise bleiben Gänge mit den Patienten zur Toilette aus. Die Gefährdungsanzeigen dokumentieren den Personalmangel, führen aber nicht zu dessen Behebung.

Überblick:

Personalbemessung und Gesundheit

- Erhöhte Anforderungen an soziale Dienstleistungen führen bei gleichbleibender Personalbemessung zu höherer Arbeitsbelastung.
- Eine dünne Personaldecke führt zu einer schlechten Qualität sozialer Dienstleistungen und zu einem Teufelskreis aus hohen Belastungen, durch Stress krank werdenden Beschäftigten, noch stärkeren Belastungen für die verbleibenden Belegschaften, die wiederum krank werden.
- Effektive Indikatoren- und Messsysteme für ein angemessenes Verhältnis zwischen Arbeitsmenge und Personalbemessung gibt es in sozialen Dienstleistungen bislang kaum. In der industriellen Arbeit haben sie eine hundertjährige Tradition.
- Selbst dort, wo Indikatoren vorliegen (z. B. Häufung von Gefährdungsanzeigen im Krankenhaus), führen sie nicht automatisch zu einer Entschärfung der Situation.

Bruttostundenlöhne und Frauenanteil für Berufe mit gleichem CW-Index-Wert

ISCO-08 Bezeichnung (Code)	Berufsgruppen- mittelwert (CW-Index)	Berufsgruppen- mittelwert (Bruttostundenlöhne)	Frauenanteil in der Berufsgruppe
Hilfskräfte in Pflege und Gesundheit (532)	27	11,97 Euro	89%
Fachkräfte in Bildung und Erziehung (234)	27	17,78 Euro	94%
akademische und vergleichbare Fachkräfte in der betrieblichen Verwaltung (242)	27	22,31 Euro	51%
Jurist/innen (261)	27	24,71 Euro	51%
Ingenieurwissenschaftler/innen ohne Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikation (214)	27	27,80 Euro	21%
Ingenieur/innen in den Bereichen Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikation (215)	27	30,13 Euro	8%

Quelle: Lillemeier 2017, S. 10

3.2 Einkommen: Wie Arbeit bewertet wird

Beschäftigte in sozialen Dienstleistungen erhalten einen geringeren Stundenlohn als der Durchschnitt aller Beschäftigten (vgl. [Abbildung 1](#)). Wenn sich nun langsam die Erkenntnis durchsetzt, dass dies nicht angemessen ist und Beschäftigte in sozialen Dienstleistungsberufen mehr verdienen (müssen), stellt sich sofort die Frage des Maßstabs: Was ist denn ein angemessenes Entgelt für die Tätigkeiten?

Ein möglicher Zugang ist die subjektive Bewertung der eigenen Entlohnung. Eine Auswertung der BIBB / BAuA-Erwerbstätigenbefragung (vgl. Hall/Leppelmeier 2015, S. 27) zeigt: 49 Prozent aller Beschäftigten mit Berufsausbildung in der Erziehung sind mit ihrem Einkommen »weniger zufrieden« oder »nicht zufrieden«, während es in anderen Berufen nur 28 Prozent sind.

Ein anderer Zugang ist die objektiv messbare Gegenüberstellung von physischen und psychischen Anforderungen und der Entlohnung. Gemeinhin wird es als angemessen bzw. gerecht empfunden, wenn gleiche oder ähnliche Anforderung und Anstrengung auch gleich oder ähnlich entlohnt wird. Ein solches Vorgehen hat ein Forschungsteam am Institut Arbeit und Qualifikation gewählt und den Comparable Worth Index (CW-Index) entwickelt.

Legt man den CW-Index als Maßstab an, weisen Hilfskräfte in Pflege und Gesundheit und Fachkräfte in Bildung und Erziehung mit 27 Punkten ein gleiches Anforderungsniveau auf wie z. B. Ingenieure in den Bereichen Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikation (siehe [Abbildung 8](#)). Bezogen auf den Mittelwert der Bruttostundenlöhne jedoch liegen Welten zwischen diesen Tätigkeiten. Eine Hilfskraft in Pflege und Gesundheit erhält nur 40 Prozent des Stundenlohns einer Elektroingenieurin oder eines Elektroingenieurs.

Comparable Worth Index

Der vom Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) erhobene »Comparable Worth Index« ist ein statistisches Messinstrument, mit dem inhaltlich unterschiedliche Berufe hinsichtlich ihrer jeweiligen Arbeitsanforderungen und -belastungen geschlechtsneutral verglichen werden können. Der Index misst umfassend die jeweilige Arbeitsschwierigkeit der Tätigkeiten in Form von Punkten. Die Punkte werden für vier Dimensionen vergeben: Anforderungen an das Wissen und Können, Anforderungen an die Verantwortung, psychosoziale Anforderungen und physische Anforderungen. Nach dem Verfahren erhält beispielsweise eine Sekretariatskraft 20 Punkte, eine Fachkraft in Bildung und Erziehung 27 Punkte und eine Führungskraft im Vertrieb 29 Punkte, ein/e Produktionsleiter/in im Bergbau ebenfalls.

Vergütung von Beschäftigten mit abgeschlossener Berufsausbildung im Vergleich

Tätigkeit	Qualifikation / Anforderung	Vergütungsgruppe	2010
Einstiegsvergütung			
Altenpfleger/in	mit staatlicher Anerkennung/Abschlussprüfung	TVöD EG 7a, Stufe 1	26.289 €
Krankenschwester/-pfleger	mit staatlicher Anerkennung	TVöD Kr. 7a, Stufe 1	26.612 €
Bankkaufmann/-frau	Berufsausbildung	4 (Anfangsstufe)	28.015 €
Erzieher/in	mit staatlicher Anerkennung	TVöD S 6, Stufe 2	29.243 €
Versicherungskaufmann/-frau	Berufsausbildung	3 (Anfangsstufe)	29.819 €
Metallbeschäftigte/r	Berufsausbildung	E 7	38.544 €
Obere Vergütungen			
Altenpfleger/in, mindestens 10 Pflegepersonen unterstellt	mit staatlicher Anerkennung	TVöD EG 9b, Endstufe	39.677 €
Leitung Krankenpflege mit mindestens 25 Pflegepersonen	mit staatlicher Anerkennung	TVöD EG c, Endstufe	42.468 €
Metallbeschäftigte/r	Berufsausbildung	E 9	43.941 €
Leiter/in Kita ab 40 Plätze	mit staatlicher Anerkennung	TVöD S 10, Stufe 6	44.819 €
Leitung Krankenpflege mit mindestens 200 Pflegepersonen	mit staatlicher Anerkennung	TVöD Kr. 11a, Endstufe	50.912 €
Metallbeschäftigte/r	Berufsausbildung, Experten-/Spezialistentätigkeit	E 12	53.381 €
Leiter/in Kita ab 180 Plätze	mit staatlicher Anerkennung	TVöD S 17	53.563 €
Bankkaufmann/-frau	Berufsausbildung	9 (Endstufe)	54.522 €
Versicherungskaufmann/-frau	Berufsausbildung	8 (Endstufe)	55.980 €

Anmerkung: Tarifliche Jahresvergütung inkl. Urlaubsgeld und Jahressonderzahlung
Quelle: Bispinck 2013, S. 208, Tab. 6

Wie in allen Berufen über alle Branchen variiert das Entgelt auch in Abhängigkeit von der Tarifbindung der Betriebe, Einrichtungen und Unternehmen: Tarifverträge schützen vor niedrigen Löhnen. Das gilt auch für die sozialen und gesundheitsbezogenen Berufe (Abbildung 10).

Dass auch tarifliche Vergütungssysteme vor der Unterbewertung bestimmter Berufsgruppen nicht gefeit sind, zeigt eine Analyse von Tariflöhnen unterschiedlicher Branchen. In der Metallindustrie und im Banken- und Versicherungsbereich werden höhere Tariflöhne erzielt als im Pflegebereich. Die Unterschiede gelten sowohl für das Einstiegsgehalt von Berufsanfängern als auch für die im Laufe einer Berufstätigkeit erreichbaren Endvergütungen (Abbildung 9): Im Einstiegsbereich lagen die tariflichen Vergütungen in sozialen Dienstleistungsberufen im Jahr 2010 unterhalb der Vergütungen in der Metallindustrie und im Versicherungsbereich.

Gehaltsplus durch tarifvertragliche Bindung eines Betriebs

Gehaltsplus in tarifgebundenen Betrieben

	in Euro	in Prozent
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	+ 388 Euro	+16 %
Helfer/in in der Krankenpflege	+ 340 Euro	+20 %
Altenpfleger/in	+ 285 Euro	+13 %
Altenpflegehelfer/in	+ 44 Euro	+2 %
Stationsleiter/in Krankenpflege	+ 385 Euro	+13 %
Kindergartenleiter/in	+ 31 Euro	+1 %
Erzieher/in	+ 384 Euro	+16 %
gesamt	+ 422 Euro	+18 %

Quelle: WSI-Lohnspiegel, Zeitraum Januar 2010 bis Dezember 2017

Werden Vergütungen im oberen Entgeltbereich miteinander verglichen, sind die Unterschiede noch deutlicher: In der Metallindustrie und im Bank- und Versicherungsgewerbe führt der Erwerb von Berufserfahrung auf der Grundlage einer Berufsausbildung in Gehaltsbereiche, die Beschäftigte in sozialen Dienstleistungen nur dann annähernd erreichen können, wenn zusätzlich zum Erreichen der Endstufe noch die Verantwortung für eine größere Zahl von Pflegepersonen bzw. zu betreuenden Kindern hinzukommt. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Verantwortung für das physische und psychische Wohlergehen anderer Menschen strukturell unterbewertet wird.

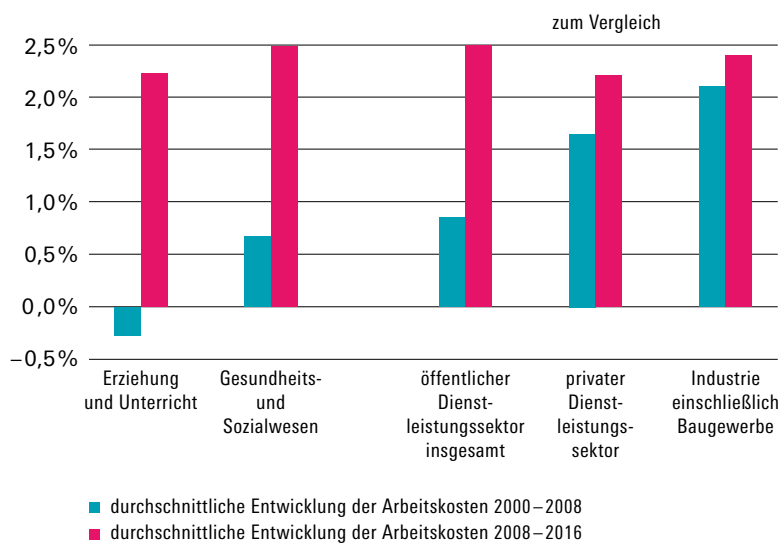
Auch die Arbeitskosten je Stunde sind ein Indikator für die Löhne, die in einer Branche gezahlt werden. [Abbildung 11](#) zeigt, dass die Arbeitskostenentwicklung im Zeitraum 2000–2008 in den Wirtschaftsabschnitten »Erziehung und Unterricht« und »Gesundheit und Sozialwesen« deutlich hinter dem Arbeitskostenwachstum in anderen Bereichen zurückgeblieben ist. In diesem Zeitraum hat sich die Schere zwischen Gesamtentwicklung und den sozialen Dienstleistungen also geöffnet. Zwar waren die Steigerungsraten für die sozialen Dienstleistungen in den folgenden acht Jahren (2008 bis 2016) vergleichbar mit denen im Bereich privater Dienstleistungen und der Industrie – aber eben bezogen auf die niedrigen Arbeitskosten 2008, nach der Durststrecke 2000 bis 2008. Ohne überproportionale Steigerungsraten in den kommenden Jahren werden die Löhne im Bereich der sozialen Dienstleistungen deswegen dauerhaft abgehängt bleiben.

Ein Grund für die strukturell niedrigere Entlohnung von sozialer Dienstleistungsarbeit gegenüber anderen Berufen des mittleren Qualifikationsniveaus liegt in der über Jahre und Jahrzehnte beständigen ungleichen Entlohnung von Frauen und Männern. In sozialen Dienstleistungen ist der Frauenanteil ausgesprochen hoch ([Abbildung 12](#)): Im Bereich der frühkindlichen Betreuung arbeiten gut 95 Prozent Frauen; in der ambulanten Pflege machen sie einen Anteil von 88 Prozent und in der stationären Pflege 85 Prozent aus.

Es existiert eine Reihe von Analysen, die einen inversen Zusammenhang zwischen dem Frauenanteil in einer Branche und der Vergütung belegen, d.h. die Tätigkeiten sind niedrig bezahlt, weil sie von Frauen ausgeübt werden. Die »Devaluations- these« geht davon aus, dass Frauen einen geringeren gesellschaftlichen Status genießen als Männer, was sich auf die Berufe überträgt, die in der Mehrzahl von Frauen ausgeübt werden. Diese geschlechtsspezifische soziale Ungleichheit wird zunehmend als ungerecht empfunden. Werden beispielsweise Frauen zwischen 18 und 40 Jahren gefragt, wann Geschlechtergerechtigkeit in einer Gesellschaft erreicht sei, finden 93 Prozent: »wenn typische Frauenberufe genauso bezahlt werden wie typische Männerberufe« (Wippermann 2016, S. 23). [Abbildung 13](#) zeigt jedoch, dass Frauen und Männer selbst innerhalb der sozialen Dienstleistungen unterschiedlich entlohnt werden, d.h. ein substantielles Gender Pay Gap existiert.

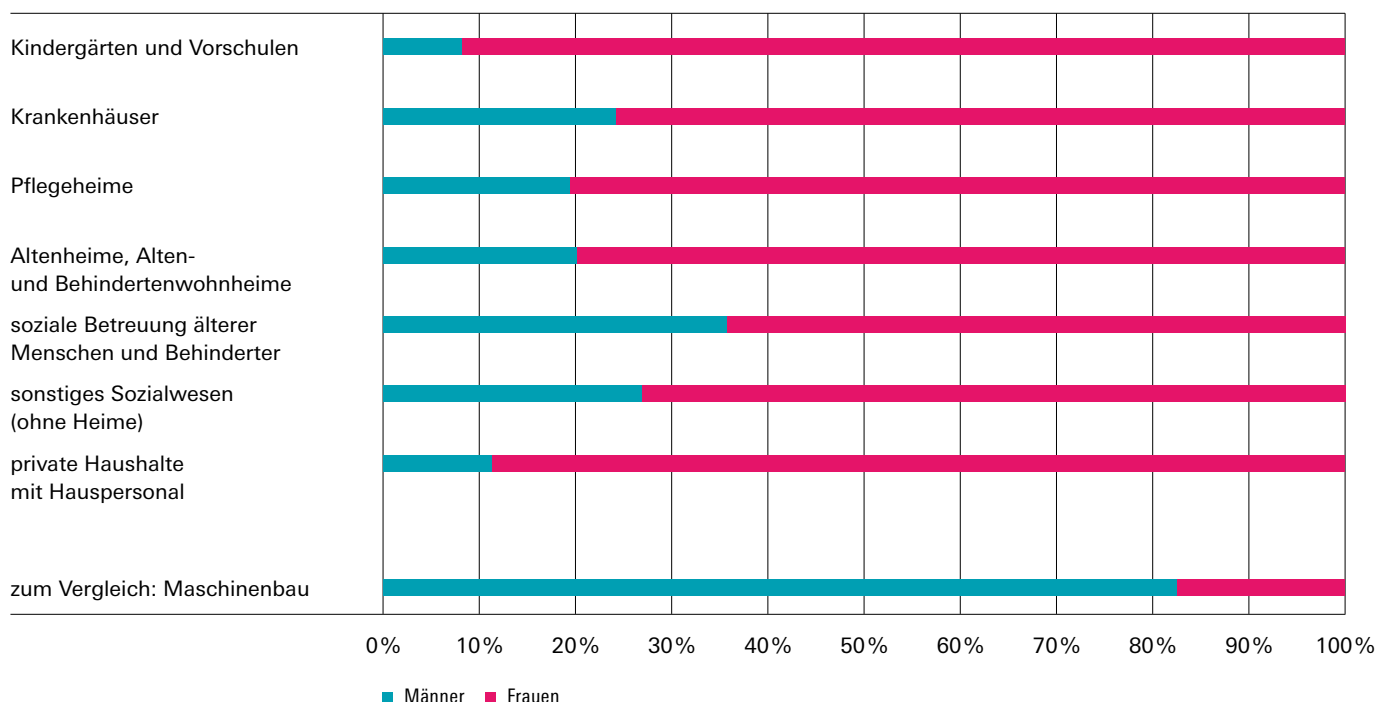
Abbildung 11

Arbeitskosten je geleisteter Arbeitsstunde und ihre Entwicklung in sozialen Dienstleistungen und allen Wirtschaftsabschnitten



Quelle: Albu et al. 2017

Frauen- und Männeranteile in unterschiedlichen Branchen (Dezember 2016)



Quelle: Amtliche Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Daten für Dezember 2016); eigene Berechnungen

Abbildung 13

Überblick: Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit

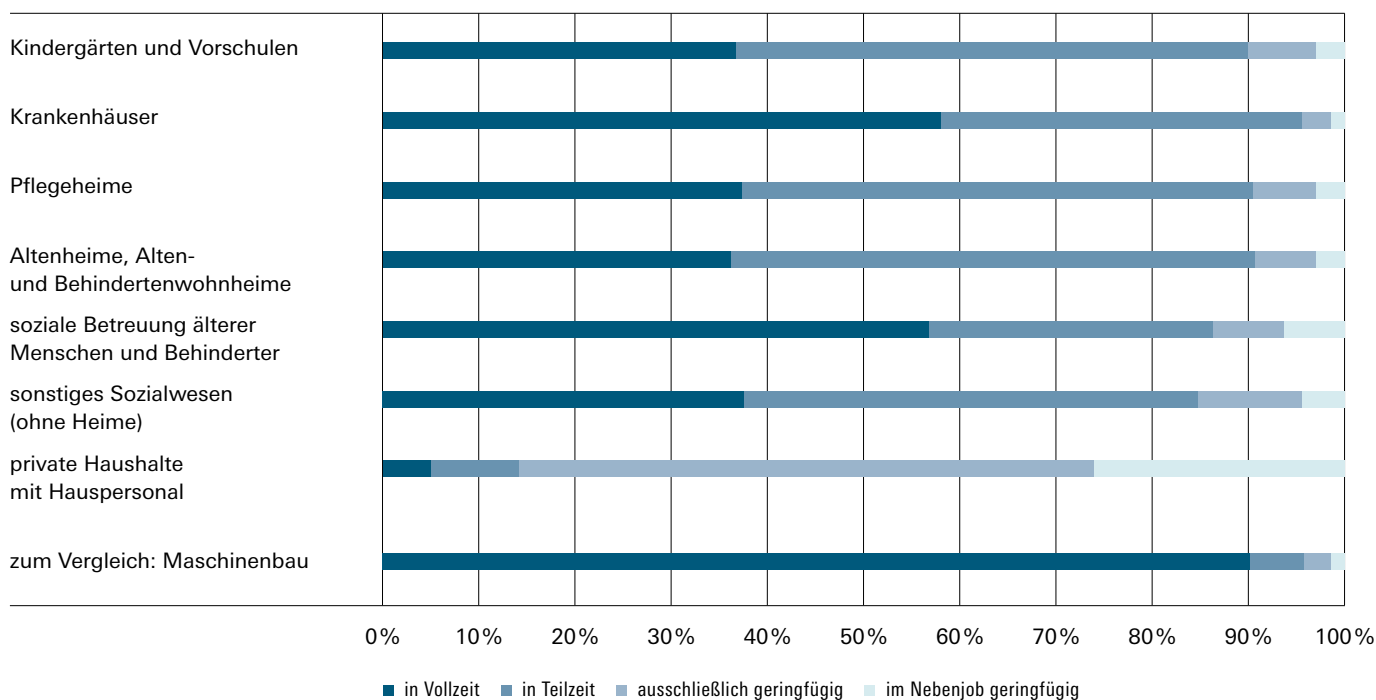
- Entgelte in sozialen Dienstleistungen liegen unterhalb der durchschnittlichen Entlohnung aller Berufe.
- Über eine Bewertung unterschiedlicher Tätigkeiten nach Arbeitsanforderung und -belastung kann die strukturelle Unterbewertung von sozialer Dienstleistungsarbeit objektiv gemessen und dargestellt werden.
- Tarifverträge schützen insgesamt vor niedrigen Löhnen, aber die Tariflöhne in sozialen Dienstleistungen liegen deutlich unterhalb der Tariflöhne in anderen Branchen.
- Selbst im Berufsfeld soziale Dienstleistungen, in dem vor allem Frauen arbeiten, werden Männer besser bezahlt als Frauen.

Gehaltsabstand von Frauen zu Männern in sozialen Dienstleistungsberufen

Beruf	in Euro	in Prozent
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-256 €	-9%
Helfer/in in der Krankenpflege	-201 €	-10%
Altenpfleger/in	-58 €	-2%
Stationsleiter/in Krankenpflege	-245 €	-7%
Kindergartenleiter/in	-288 €	-8%
Erzieher/in	-292 €	-10%
gesamt	-249 €	-9%

Quelle: WSI-Lohnspiegel, Zeitraum Januar 2010 bis Dezember 2017

Arbeitszeitstruktur in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft (Dezember 2016)



Quelle: Amtliche Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Daten für Dezember 2016); eigene Berechnungen

3.3 Arbeitszeit und Arbeitsorganisation

Teilzeit ist das »normale« Beschäftigungsverhältnis in sozialen Dienstleistungen (vgl. [Abbildung 14](#)). Diese Arbeitszeitstruktur geht Hand in Hand mit einer auf Minutenmanagement und Arbeitszerteilung ausgerichteten Arbeitsorganisation.

Die hohe Teilzeitquote entspricht in allererster Linie den personalwirtschaftlichen Zielvorstellungen von Betrieben und Einrichtungen: Mit Teilzeitkräften lässt sich der Personaleinsatz einfacher an die Schwankungen des Arbeitsanfalls anpassen. Weil die Arbeit personenbezogen ist und der menschliche Tagesablauf einem Rhythmus folgt, gibt es schwer zu vermeidende Arbeitsspitzen: Beispielsweise werden zu den Mahlzeiten in der Kleinkindbetreuung oder im Pflegeheim viele Hände gleichzeitig benötigt. In der ambulanten Altenpflege ist der Personalbedarf in den Morgen- und Abendstunden hoch, um die Pflegebedürftigen bei den medizinischen und pflegerischen Vorbereitungen für den Tag und die Nacht zu unterstützen (Hielscher et al. 2013, S. 126).

Auf Pflegestationen sind Teilzeitkräfte häufig eine vermeintlich unverzichtbare und kostengünstige Flexibilitätsreserve; sie fungieren als Manövriermasse in den Dienstplänen. Überstunden von Vollzeitkräften kollidieren eher mit der Einhaltung der

Ruhezeiten und den Grundanforderungen an das Schichtsystem (z. B. Vorwärtsrollierung, keine kurzen Wechsel, Begrenzung der maximalen Anzahl von aufeinanderfolgenden Nachtdiensten). Zusätzliche Arbeit wird eher an Teilzeitkräfte herangetragen, da es schwieriger ist, die Vollzeitkräfte noch zusätzlich in den Dienstplan einzuplanen.

Die Teilzeitstrategie wird durch die Refinanzierungsbedingungen in sozialen Dienstleistungen aktiv befördert: Seit Abkehr von der Vollkostenrechnung Anfang der 90er Jahre werden keine Stellen mehr finanziert, sondern erbrachte Leistungen. Das sind im Krankenhaus die Fälle und medizinische Leistungen, in der ambulanten und stationären Pflege die Pflegebedarfe in Abhängigkeit von dem Pflegegrad der Pflegebedürftigen und in der Erziehung bestimmte Gruppenstärken mit Kindern unterschiedlichen Alters. Die refinanzierten Leistungen müssen von den Einrichtungen und Betrieben mit den Personalkosten in Übereinstimmung gebracht werden. Da Personalkosten nach Qualifikationsniveau unterschiedlich hoch sind, werden Tätigkeiten differenziert und je nach Anforderungsniveau von unterschiedlich entlohnten Beschäftigten ausgeführt.

Arbeitszeitlage in Gesundheits- und Sozialberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten nach Branchen und Berufen

	Schichtdienst (ständig oder regelmäßig)	Abendarbeit (sehr häufig oder oft)	Nachtarbeit (sehr häufig oder oft)	Wochenendarbeit (sehr häufig oder oft)
alle Branchen und Berufe insgesamt	19 %	35 %	11 %	30 %
Dienstleistungsbranchen	19 %	38 %	10 %	34 %
produzierendes Gewerbe	20 %	28 %	13 %	21 %
Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung	24 %	51 %	13 %	51 %
Arzt- und Praxishilfe	15 %	30 %	3 %	9 %
Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	68 %	69 %	44 %	75 %
Human- und Zahnmedizin	23 %	52 %	32 %	52 %
Altenpflege	71 %	63 %	16 %	88 %
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	20 %	27 %	5 %	20 %
Berufe in der Kinder- betreuung, -erziehung	20 %	19 %	5 %	13 %
Berufe in der Sozialarbeit, Sozialpädagogik	13 %	30 %	5 %	19 %
Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	42 %	49 %	7 %	45 %

Quelle: nach Conrads et al. 2016, S. 8; Datenauswertung aus dem DGB-Index Gute Arbeit 2012–2014

Auch die *Lage der Arbeitszeit* ist eine entscheidende Dimension für die Arbeitsqualität: Dass rund um die Uhr gearbeitet wird, ist ein Kennzeichen sozialer Dienstleistungsarbeit und dort sogar verbreiteter als im produzierenden Gewerbe. Insbesondere der Gesundheitsbereich und die Altenpflege zeichnen sich durch hohe Anteile Schicht-, Abend-, Nacht- und Wochenendarbeit aus (vgl. [Abbildung 15](#)).

Wenn Arbeitszeit – vor allem durch krankheitsbedingten unvorhergesehenen Personalbedarf – immer wieder kurzfristig verlegt wird, schlägt sich das negativ auf das soziale Leben, die Motivation und die Gesundheit nieder. Nach § 12, Abs. 2 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes sind Arbeitnehmer nur zur Arbeitsleistung verpflichtet, wenn die Lage der Arbeitszeit vier Tage im Voraus mitgeteilt wurde – sofern durch Tarifvertrag keine anderen Bestimmungen vereinbart wurden. Diese Ankündigungsfrist wird in der Praxis in vielen Fällen nicht eingehalten, was auf arbeitsorganisatorische Probleme, vor allem aber auf eine zu dünne Personaldecke hinweist (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2016).

Die von den Teilzeitkräften geforderte betriebsbezogene Flexibilität macht den Alltag nur schwer planbar und erschwert so die Vereinbarkeit von Beruf und familiären Anforderungen erheblich. Freischichten zum Überstundenabbau beispielsweise werden häufig einfach kurzfristig verordnet (Klener/Lott 2016, S. 28 f.).

Die personalwirtschaftliche Ausrichtung auf Teilzeit findet Anknüpfungspunkte in der Erwerbsorientierungen von Frauen (vgl. [Abbildung 16](#)): Steigendes Alter und Kinder korrelieren mit einer Tätigkeit in Teilzeit. In Ostdeutschland ist die Wahrscheinlichkeit geringer, in Teilzeit zu arbeiten, auch weil ostdeutsche Frauen viel stärker auf Vollzeitarbeit orientiert sind (vgl. WSI GenderDatenPortal, www.boeckler.de/wsi_51968.htm). Ein unbefristeter Vertrag oder eine Leitungsfunktion senkt in einigen Berufsfeldern die Wahrscheinlichkeit von Teilzeitbeschäftigung.

Erhöhte bzw. niedrigere Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitbeschäftigung nach Berufsgruppen (nur Frauen, SOEP)

	frühe Bildung	Lehramt	Kranken- pflege	mittlere Verwaltung	Sozial- pädagogik	berufliche Ausbildung/ Sonstige
Alter	+++	+++	++	+++		+++
Ostdeutschland			---	---	--	---
unbefristeter Vertrag	---	---		-		
Leitungsfunktion	---		---			---
Paarfamilien	+++		+++	++		+++
jüngstes Kind unter 7 Jahre	++		+++	+++	++	+++
bis zu 3 Kinder im Haushalt	+++	++	+++	+++	+	+++

Lesehilfe: Für Frauen aus Ostdeutschland ist die Wahrscheinlichkeit in Teilzeit deutlich niedriger als für Frauen aus Westdeutschland.

Das gilt allerdings nicht für Lehrerinnen und im Bereich der frühen Bildung Tätige.

Keine Angaben: Werte nicht signifikant.

Vergleichsgruppe für Paarfamilien sind Alleinstehende, für »3 und mehr Kinder im Haushalt« Haushalte ohne Kinder.

Quelle: Spieß / Storck 2016, S. 63 f.; eigene Darstellung

Diese Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsstruktur hat Folgen für die Beschäftigten: Bei einem ausgeprägten *Gender Time Gap* zwischen Frauen und Männern, das auf gesamtwirtschaftlicher Ebene bei 23 Prozent oder neun Stunden liegt (WSI GenderDatenPortal, www.boeckler.de/wsi_53135.htm), sind Frauen schon allein aufgrund der Arbeitszeitdauer zu weiten Teilen nicht in der Lage, ein existenzsicherndes Einkommen zu erzielen. Sie sind darauf angewiesen, dass sie über die Partnerschaft oder den Sozialstaat über ein auskömmliches Einkommen verfügen. Das in Deutschland nach wie vor implizit und explizit (siehe Ehegattensplitting, beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung) vorhandene Leitbild des »Familienlohns« mit einem – meist männlichen – Hauptverdiener und einer – meist weiblichen – Dazuverdienerin

wird daher in sozialen Dienstleistungen wesentlich über die Arbeitszeitstruktur zementiert (Berninger/ Dingeldey 2013).

Vermeintlicher Ausweg ist eine »hybride Erwerbstätigkeit«: Zunehmend nehmen auch Beschäftigte in sozialen Dienstleistungen neben ihrem Hauptjob im Gesundheits- und Sozialwesen einen Minijob an, weil sie keine andere Möglichkeit der Arbeitszeiterhöhung finden (vgl. Schmidt/Voss 2014).

Diese Minijobs als Nebentätigkeit ändern aber nichts daran, dass über einen langen Zeitraum ausgeübte Teilzeitarbeit zu niedrigen Renten führt. Daher bezweifeln Blank und Schulz (2015, S. 38), dass »aus einer Beschäftigung im Sozialsektor allein regelmäßig eine armutsfeste Alterssicherung folgt bzw. eine eigenständige Alterssicherung erzielt werden kann«.

Überblick: Arbeitszeit und Arbeitsorganisation

- Die Refinanzierungsbedingungen in sozialen Dienstleistungen befördern eine auf Qualifikations- und Entgeltunterschiede ausgerichtete Teilzeitstrategie der Einrichtungen und Betriebe. Teilzeit ist das »normale« Beschäftigungsverhältnis.
- Teilzeitbeschäftigung bei einem niedrigen Stundenlohn ermöglicht keine eigenständige Existenzsicherung und kein existenzsicherndes Alterseinkommen.
- Arbeit rund um die Uhr und Schichtarbeit sind typisch für soziale Dienstleistungen.
- Eine verlässliche Dienstplangestaltung ist auch aufgrund der dünnen Personaldecke in sozialen Dienstleistungen oft nicht gegeben. Hohe Flexibilität wird erwartet.

3.4 Beruflichkeit im Lebensverlauf

Die Stärkung von Beruflichkeit ist die vierte Dimension der Aufwertung sozialer Dienstleistungen. Wer ausreichend beruflich qualifiziert ist, kann seine Tätigkeit professionell ausüben, verfügt über eine berufliche Identität, hat eine Perspektive für die Weiterentwicklung in der eigenen Erwerbsbiografie und ist in der Lage, Qualitätsstandards einzuhalten. Das Rückgrat der professionellen Arbeit in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft sind nach wie vor beruflich qualifizierte Fachkräfte (Abbildung 17).

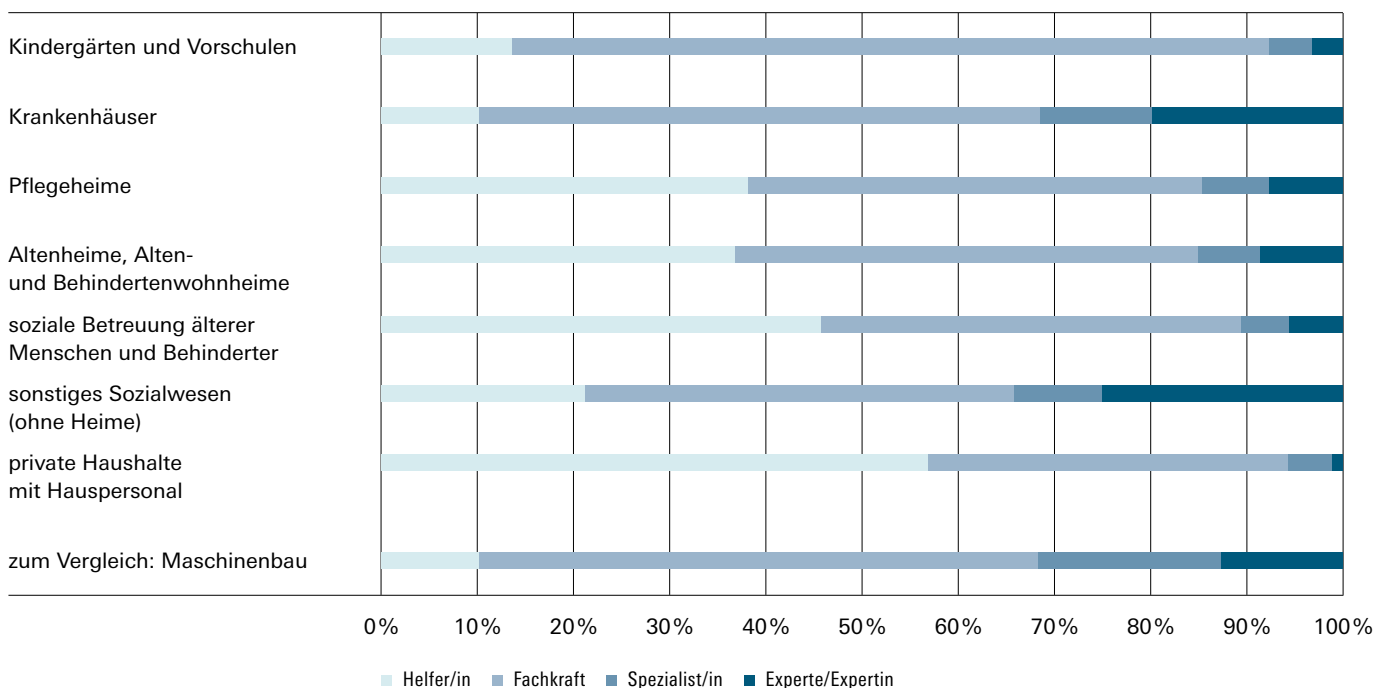
Deutschland wird weltweit ein leistungsfähiges Aus- und Fortbildungssystem attestiert. Gemeint ist das duale System der Berufsausbildung, das sich u. a. durch die Regelung von Ausbildungsberufen unter Einbeziehung der kollektiven Akteure – Arbeitgeber, Gewerkschaften und Bundesländer (als Verantwortlichen für Berufsschulen) – und durch ein systematisches Monitoring und Berichtswesen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) auszeichnet.

Die überwiegende Anzahl der Berufe in der Sozial- und Gesundheitsbranche ist jedoch nicht über das Berufsbildungsgesetz (BBiG), sondern über Bundes- oder Landesgesetze geregelt. Die Rege-

lungen für Ausbildungen folgen keinem einheitlichen Muster: Zugangsvoraussetzungen, Abschlüsse, Dauer und Umfang sowie Inhalte variieren stark. Die Durchlässigkeit zu Fort- und Weiterbildungen ist oft nicht gegeben, die Schulgeldfreiheit nicht überall garantiert, und es wird nicht überall ein Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung gewährt. Zwar existieren in den Sozial- und Gesundheitsberufen Ausbildungen, die stark nach dem Modell des BBiG gestaltet sind, wie z. B. die Pflegeberufe (Dielmann 2013). In anderen Ausbildungen jedoch wird der Ausbildungsvertrag nicht mit einem Betrieb oder einer Einrichtung, sondern mit einer Schule geschlossen (Zöllner 2015). Neben vollqualifizierenden Ausbildungsgängen existieren vielfältige Regelungen auf Landesebene für – in der Regel zweijährige – Ausbildungen auf der Helferebene (Weimann-Sandig/Weihmayer/Wirner 2016). Oberhalb der beruflichen Ausbildung bieten Hochschulen vermehrt Studiengänge in Pflegewissenschaften und der frühkindlichen Bildung an. Hilbert, Bräutigam und Evans (2014, S. 46) diagnostizieren bezogen auf das Gesundheitswesen daher einen Mangel an einer »strategischen Berufsbildungsplanung«.

Abbildung 17

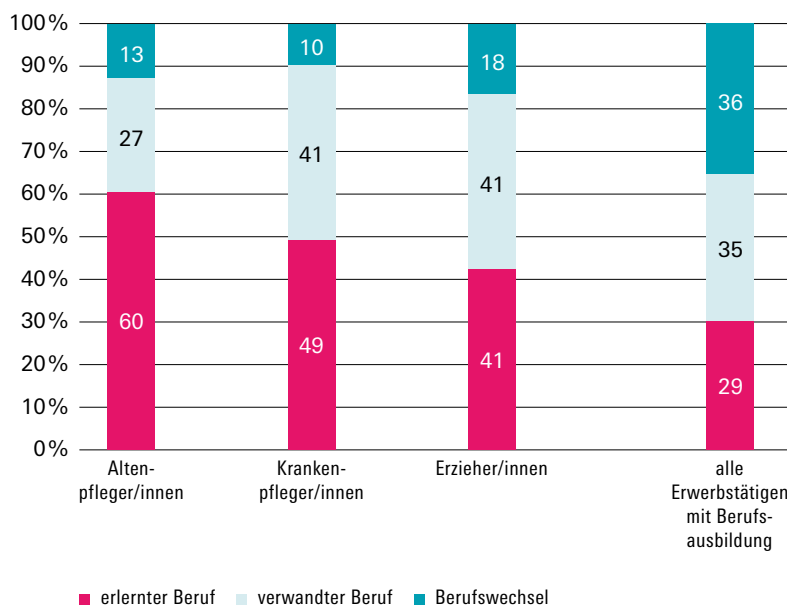
Beschäftigte nach Anforderungsniveau in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft (Dezember 2016)



Anmerkung: Zur sachgerechten Ausübung der Tätigkeit werden vorausgesetzt auf der Ebene Helfer/in: keine oder nur geringe Fachkenntnisse, Fachkraft: fundierte Fachkenntnisse und Fertigkeiten, Spezialist/in: Spezialkenntnisse und -fertigkeiten, Experte/in: entsprechend dem hohen Komplexitätsgrad hohes Kenntnis- und Fertigniveau.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2016, 2013; eigene Berechnungen

Wechsel des erlernten Berufs bei Erwerbstätigen mit Berufsausbildung



Lesehilfe: 60 % derjenigen, die in ihrer letzten Ausbildung Altenpfleger/in erlernt haben, arbeiten in ihrer jetzigen Tätigkeit noch als Altenpfleger/in, 27 % arbeiten in einem verwandten Beruf.
Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, dargestellt nach Helmrich et al. 2016, S. 85

Dieser Mangel hat strukturelle Ursachen und ist auf das Bedeutungsgefälle zwischen Frauen- und Männerberufen zurückzuführen: Das implizite Leitbild der sozialen Dienstleistungsberufe war lange das von Berufen, die Frauen nur für kurze Zeit – möglicherweise bis zur Ehe – ausüben; sie galten nicht als »Lebensberufe« mit dem Ziel der beruflichen Weiterentwicklung über den Lebenslauf.

Faktisch hingegen zeigt sich eine hohe Berufsbindung: Erwerbstätige, die einen Erziehungs- oder Pflegeberuf erlernt haben, sind ihrem Beruf in höherem Maße treu geblieben als die Gesamtheit aller Erwerbstätigen (Abbildung 18).

Insbesondere auf die oft beklagte Abwanderung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern in andere Berufe und Tätigkeiten gibt die Auswertung der repräsentativen BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung keine Hinweise: Die jetzige Tätigkeit entspricht bei knapp 60 Prozent der Altenpflegekräfte den in der letzten Ausbildung erworbenen Fähigkeiten.

Überblick: Beruflichkeit im Lebenslauf

→ Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) gilt nur für wenige Sozial- und Gesundheitsfachberufe. Stattdessen hat der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene in der Ausgestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildung eine starke Rolle, was zu Unübersichtlichkeiten, unterschiedlichen Standards und damit verbunden einer mangelnden beruflichen Durchlässigkeit führt.

→ Trotz der ungünstigen Bedingungen für berufliche Entwicklung im Lebenslauf ist die Bindung an den erlernten Beruf im Bereich der sozialen Dienstleistungen hoch.

4 AKTEURE, OPTIONEN UND STOLPERSTEINE BEI DER AUFWERTUNG VON SOZIALEN DIENSTLEISTUNGEN

Die vorgestellten Befunde zur Personalsituation, den Einkommensbedingungen, den Arbeitszeitbedingungen und den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zeigen deutlich den Aufwertungsbedarf: Es besteht eine Diskrepanz zwischen den existierenden und den notwendigen Rahmenbedingungen, damit sich der wachsende Bereich sozialer Dienstleistungen entsprechend dem gesellschaftlichen Bedarf weiterentwickeln kann. Aber wie ist diese Diskrepanz zu beheben? Wer muss was tun oder veranlassen, damit sich das ändert?

In Übersichten zeigen wir die Akteure im politischen und betrieblichen Feld, die an der Aufwertung von sozialen Dienstleistungen beteiligt sind. Auf vielen Feldern existieren divergierende Interessen, die wir als Stolpersteine markiert haben. Stolpersteine führen dazu, dass sich Akteure im Weg stehen oder sich teilweise gegenseitig sabotieren mit der Folge, dass die Aufwertung von sozialen Dienstleistungen verhindert oder verlangsamt wird.

4.1 Mehr Personal

Mittlerweile wird nicht mehr bezweifelt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Personalbemessung, Qualität in der Versorgung und der Gesundheit der Mitarbeitenden existiert. Daher ist Bewegung in die Diskussion um Indikatoren- und Messsysteme für eine angemessene Personalbemessung gekommen. An der Umsetzung hapert es jedoch, denn in keinem Bereich sozialer Dienstleistungen existieren flächendeckend einheitliche Mindeststandards für die Personalbemessung.

Die größte Dynamik ist derzeit im Krankenhausbereich zu beobachten. Dies ist auch notwendig, denn die Personalausstattung in der Pflege ist in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern schlecht ([Abbildung 19](#)).

Abbildung 19

Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in Europa und den USA

	Patienten pro »Registered Nurse« oder vergleichbar qualifizierter Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegekraft (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte insgesamt)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Irland	10,2	6,2
Niederlande	6,9	5
Norwegen	7	5
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

Quelle: Aiken et al. 2012 (nach Simon und Mehmecke 2017, S. 112)

Stolperstein 1 Verbindliche Richtwerte in der Personalbemessung



Im Jahr 2015 konstituierte sich die Expertenkommission »Pflegepersonal im Krankenhaus« (mit Beteiligten aus dem Bundesgesundheitsministerium, Mitgliedern der Fraktionen aus SPD, CDU und CSU und Vertreter/innen der Länder), um Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Personalsituation zu vereinbaren, die Bundesgesundheitsminister Gröhe im März 2017 der Öffentlichkeit vorstellte (Bundesministerium für Gesundheit 2017). Die Aushandlung von konkreten Vereinbarungen zur Personalbemessung wurde anschließend an Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) delegiert. Bis zum 30. Juni 2018 soll dieser Kreis Vereinbarungen vorlegen. Geschieht das nicht, wird das Bundesministerium für Gesundheit zum Ende des Jahres 2018 Entscheidungen treffen, sodass ab 2019 Untergrenzen für die Pflegepersonalausstattung – allerdings nur in pflegesensitiven Bereichen wie Intensivstationen – gelten. Perspektivisch soll der Geltungsbereich ausgedehnt werden: Im Koalitionsvertrag vom März 2018 ist zu lesen, dass Pflegepersonaluntergrenzen in allen bettenführenden Krankenhausabteilungen eingeführt werden sollen.

Wie sieht es mit Pflegepersonaluntergrenzen in der Altenpflege aus? Auch dort sieht der Gesetzgeber einen Bedarf. Bereits seit 2017, nämlich seit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, existieren Regelungen zum Vorgehen und Zeitpläne für eine Personalbemessung in der stationären und ambulanten Pflege. In § 113c SGB XI ist festgelegt, dass Entwicklung und Erprobung von Standards der Personalbemessung bis Juni 2020 zum Abschluss kommen sollen. Vorausgehen müsste also ein Prozess, in dem sich die im Gesetz genannten Akteure auf Indikatoren und Messsysteme für die Personalbemessung einigen.

Die Liste der am Verfahren zu Beteiligten ist lang: Nach § 113 Abs. 1 SGB XI sollen »der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maß-

Deutschland ist bei der Personalbemessung im Krankenhaus ein Nachzügler: In anderen Ländern sind Mindestgrößen längst festgelegt

Simon und Mehmecke (2017) haben die international existierenden Regulierungssysteme der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zusammengetragen. Nurse-to-Patient Ratios geben in vielen Ländern zwingend einzuhaltende Mindestbesetzungen vor. Als Nurse-to-Patient Ratios werden Verhältniszahlen bezeichnet, die angeben, wie viele Pflegefachkräfte für eine definierte Zahl an Patienten pro Schicht auf einer Station oder in Funktionsbereichen vorzuhalten sind. Die Verhältniszahlen sind Instrumente der Qualitätssicherung, weil sie Untergrenzen für die Besetzung mit qualifiziertem Pflegepersonal einziehen.

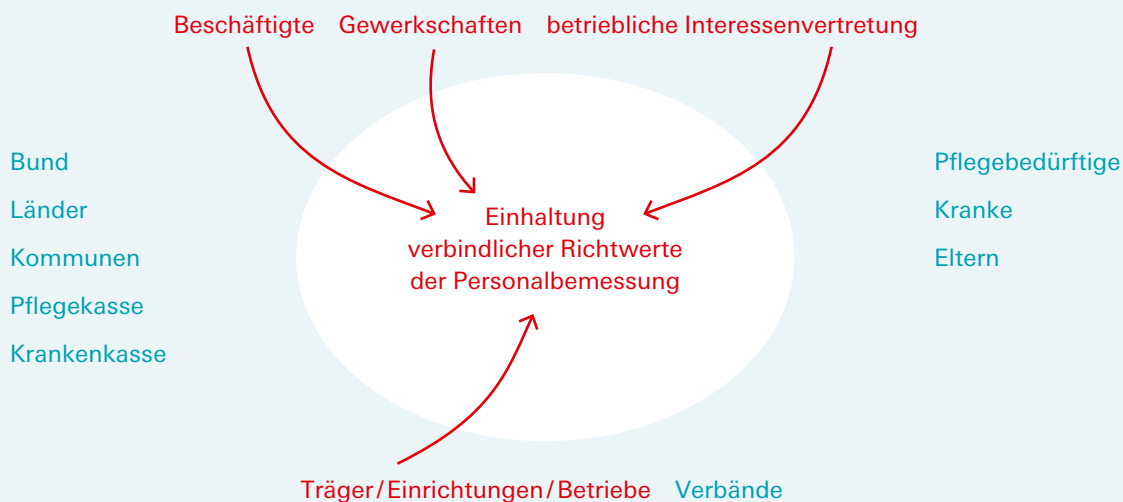
geblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege [...] vereinbaren.« Es ist unklar, inwiefern bereits Verständigungsprozesse stattfinden und wie eng oder weit die Akteure mit ihren Vorstellungen auseinanderliegen. Der Stolperstein ist damit die Einigung auf Richtwerte für die Personalbemessung.

In der Kindertagesbetreuung existieren bereits feste Personalschlüssel, die in Landesgesetzen festgelegt sind. Allerdings variieren die Personalschlüs-

sel erheblich von Bundesland zu Bundesland: Während in Baden-Württemberg die Fachkraft-Kind-Relation im Jahre 2016 bei 1:7,2 für Kindergartengruppen lag, betrug das Verhältnis in Mecklenburg-Vorpommern 1:13,7 (Bock-Famulla/Strunz/Löhle 2017).

Für alle drei Bereiche der sozialen Dienstleistungen könnte man geneigt sein zu behaupten, dass es angesichts der Dynamik, die seitens der Gesetzgeber auf Bundes- bzw. Landesebene ins System gebracht wurde, nur eine Frage der Zeit ist, bis Deutschland seine internationale Nachzüglerrolle hinter sich gelassen haben wird und überall Standards für die Personalbemessung gelten. Aber die Festlegung von Standards ist nur der erste Schritt.

Stolperstein 2 Einhaltung verbindlicher Richtwerte der Personalbemessung



Die formale Festlegung von Personalschlüsseln ist nicht gleichbedeutend mit der tatsächlichen Einhaltung der Standards, denn die Anforderungen auf der betrieblichen Ebene sind hoch, wie die Erfahrungen mit dem Tarifvertrag »Gesundheitsschutz und Demografie« in der Berliner Charité zeigen.

Wesentliche Teile des Tarifvertrags enthalten Prozessnormen, um die Einhaltung von festgelegten Mindestanforderungen der Personalbemessung sicherzustellen: Geregelt sind Ansprüche auf Prozesse der (vorausschauenden) Personalplanung auf der Basis von fixierten Mindestbesetzungsvorgaben für den Pflege- und Funktionsdienst, ebenso Verfahrensweisen im Falle von Personalüberlastung und Personalmangel.

Für Überlastung und Personalmangel wurden Überlastungsindizes definiert, u. a. die Anzahl von Überstunden, Gefährdungsanzeigen und Beschwerden, eine problematische Altersstruktur oder eine mangelnde Qualität der Abteilungs-, Bereichs- bzw. Stationssteuerung. Weitere Verfahrensweisen beschreiben, wie bei der Abweichung von Mindestbesetzungsvorgaben vorzugehen ist, z. B. mit dem Einsatz von zusätzlichem Personal, Leistungseinschränkungen oder Bettensperrungen.

Zur Überwachung des Tarifvertrags wurde ein paritätisch besetzter Gesundheitsausschuss eingesetzt, der – ebenso wie die Beschäftigten – alle notwendigen Informationen zur Bewertung erhält. Um möglichen Blockaden im Gesundheitsausschuss vorzubeugen, wurde eine interne Schlichtungsstelle unter Vorsitz eines unparteiischen Dritten (»Ombudsperson«) verabredet. Wenn seitens des Arbeitgebers nicht angemessen auf eine Belastungssituation reagiert wird, greifen »Belastungsausgleiche«, die aus dem ebenfalls im Rahmen des Tarifvertrags geschaffenen Gesundheitsfonds finanziert werden. Der Belastungsausgleich sieht z. B. Teambildungsmaßnahmen vor, aber in Ausnahmefällen auch Zeitausgleiche und finanzielle Leistungen für Pflegekräfte, die in Unterbesetzung gearbeitet haben.

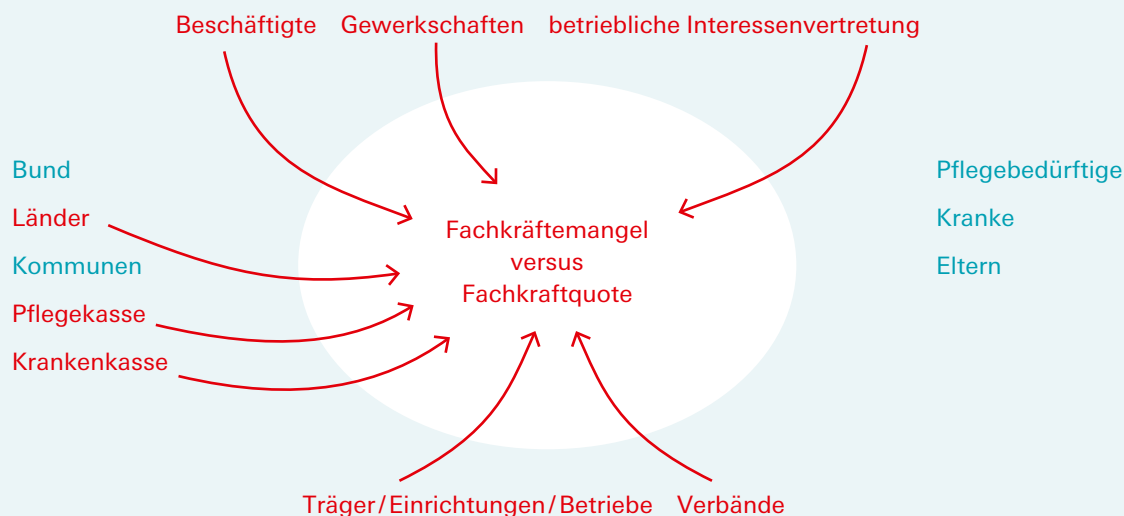
Erste Erfahrungen zeigen, dass sich die Transparenz der Personalplanung durch den Tarifvertrag erhöht hat. Vor allem wurde die Diskrepanz zwischen den vereinbarten Vorgaben und dem Status quo sichtbar. Neueinstellungen können seitdem besser begründet und durchgesetzt werden. Zugleich aber zeichnete sich die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Tarifvertrags ab, um tatsächlich wirksam gegen akute Überlastung zu greifen: Vereinbart wurden die Verpflichtung zu einem lückenlosen Dienstplan inklusive der Definition eines »lückenlosen Dienstplans«, ein verbessertes Reporting und eine Verhandlungspflicht.

Insgesamt zeigt der Tarifvertrag die hohen Anforderungen an die Umsetzung von Personalbemessungsvorgaben in der betrieblichen Praxis. Gefordert ist insbesondere das Management in den Einrichtungen: Vorgaben müssen nicht nur in der Planung berücksichtigt werden, sondern bei Unterschreitung müssen auch kurzfristig Maßnahmen ergriffen werden, die ggfs. zur Schließung des laufenden Betriebs führen können. Um dies zu verhindern, müsste die Personalpolitik der unteren Linie aufgegeben werden. Vermutlich müsste auch zusätzliches Personal als Puffer vorgehalten werden.

Personalbemessung in Tarifverträgen

Der Tarifvertrag »Gesundheitsschutz und Demografie« ist ein Meilenstein der Tarifgeschichte. Er wurde im April 2016 von der Gewerkschaft ver.di und dem Vorstand der Charité unterzeichnet. Vorausgegangen war diesem Abschluss zunächst eine juristische Klärung: In welchem Verhältnis steht die unternehmerische Freiheit des Arbeitgebers zur Gesundheit der Beschäftigten als zu schützendem Gut? Das Gericht entschied – wegweisend – zugunsten der Gesundheit der Beschäftigten. Bislang, so die Bilanz von ver.di im Frühjahr 2017, wurde der Tarifvertrag teilweise »ausgesessen« (Nehlich 2017), es gab Debatten zur Auslegung, auch erwies sich der Vertrag als höchst komplex in der Umsetzung, was Lernprozesse auf allen Seiten erforderte. Der Tarifvertrag lief im Sommer 2017 aus, wurde neu verhandelt und zum 1. Oktober 2017 in verbesserter Form wieder in Kraft gesetzt.

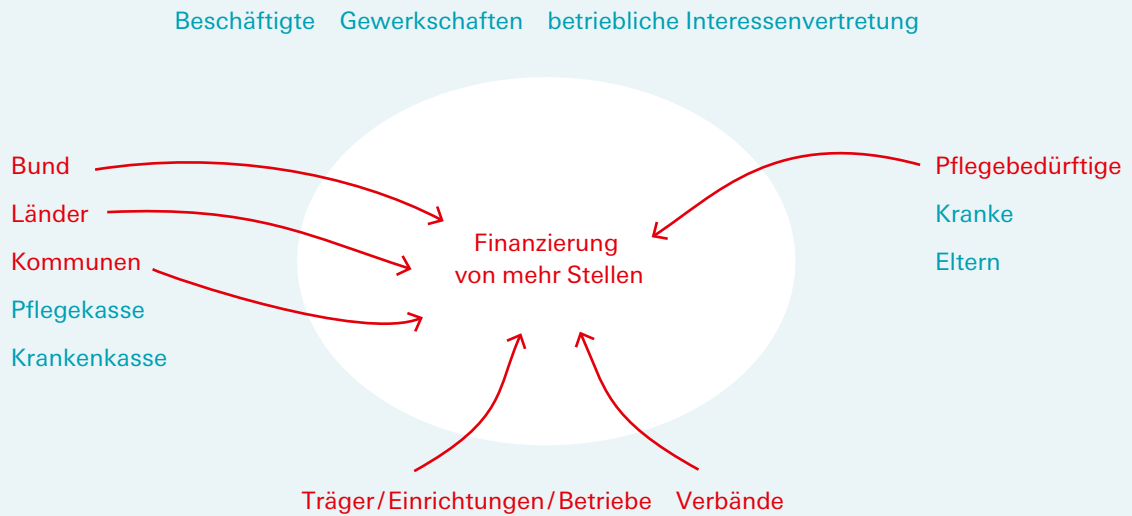
Stolperstein 3 Fachkräftemangel vs. Fachkraftquote



Nehmen wir an, Mindestbesetzungsregeln wären in der Altenpflege und im Krankenhaus flächendeckend eingeführt, und nicht nur die große Berliner Charité, sondern auch andere Einrichtungen würden ernsthafte Anstrengungen unternehmen, Personalbemessungsvorgaben, die sich am Bedarf orientieren, einzuhalten. Dies würde mehr Personal erfordern. Um den Personalbedarf zu decken, werden insbesondere Fachkräfte benötigt, doch der Arbeitsmarkt ist leergefegt: Ende 2017 war die durchschnittliche Vakanzzeit einer offenen Stelle in keinem Beruf höher als bei Fachkräften in der Altenpflege, dicht gefolgt von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (Bundesagentur für Arbeit 2017). Insbesondere in der Altenpflege führt dies zu einem sich verschärfenden Zielkonflikt zwischen Quantität, d. h. ausreichendem Personal, und Qualität, d. h. Personal mit erforderlichen Qualifikatio-

nen. Um fachliche Standards in der Versorgung zu sichern, ist in der Altenpflege eine Fachkraftquote von 50 Prozent gesetzlich vorgeschrieben. Mit dem Fachkräftemangel steigt der Druck auf die Einhaltung der Fachkraftquote enorm. Es gibt bereits Aufweichtendenzen, z. B. in Baden-Württemberg. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste argumentiert generell gegen die Fachkraftquote: Die »starre Fachkraftquote« sei ein »Relikt ohne Zukunft« und führe »absehbar zu Versorgungsengpässen« (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste 2017, S. 4). Die Gewerkschaft ver.di entgegnet, dass die in Baden-Württemberg bereits praktizierte Absenkung der Fachkraftquote »als Einfallstor zur dauerhaften und flächendeckenden Absenkung des Qualifikationsniveaus dienen« könnte (Fischer 2017).

Stolperstein 4 Finanzierung von mehr Stellen



Selbst wenn sich ausreichend qualifiziertes Personal auf dem Arbeitsmarkt finden ließe, stellt sich die Frage, wer die höhere Personalausstattung gegenfinanziert (vgl. Greß/Stegmüller 206; Greß 2018). Infrage kommen drei Finanzgeber:

- der Staat und seine Gliederungen,
- die Träger des sozialen Sicherungssystems und
- die Nutzerinnen und Nutzer über Eigenanteile.

Meint der Gesetzgeber seine Initiativen für die Umsetzung von Personalbemessungsgrenzen ernst, so müsste er zunächst einmal die Personalrichtwerte erhöhen, die nach § 75 SGB XI für die Altenpflege derzeit in Landesrahmenverträgen festgelegt sind, wobei eine bundesweite Vereinheitlichung der Richtwerte gefordert wird (Greß 2018). Dann müsste er

aber auch auf unterschiedlichen Ebenen Mehrheiten organisieren für mehr Geld im System – Geld, das Kranken- und Pflegekassen und die Kommunen als Träger der Sozialhilfe dann an Einrichtungen für mehr Personal weitergeben.

Aber wird die jetzige Bundesregierung die Debatte vorantreiben, Beitragssätze oder Steuern zu erhöhen, um mehr Personal in sozialen Dienstleistungen zu finanzieren? Sofern mehr Personal durch Steuern bzw. Sozialversicherungsbeiträge nicht oder nicht ausreichend finanziert würde, müssten die finanziellen Aufwände von den Nutzerinnen und Nutzern getragen werden. Das würde eine Ausweitung der Privatisierung sozialer Sicherung bedeuten.

4.2 Flächendeckend Entgelte erhöhen

Derzeit gibt es gesellschaftlichen Rückenwind für höhere Löhne in sozialen Dienstleistungen: Die Arbeit ist gesellschaftlich wichtig, sie ist anspruchsvoll, und beides verdient nicht nur rhetorisch, sondern endlich auch in Euro Anerkennung. Bessere Verdienstmöglichkeiten sind insbesondere in der Altenpflege auch eine Voraussetzung dafür, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Aber wie kann eine flächendeckende Erhöhung der Entgelte vonstattengehen? Wer von den konkret Beteiligten hat ein Interesse daran, Schritte in diese Richtung zu gehen? Wo sind Stolpersteine im System?

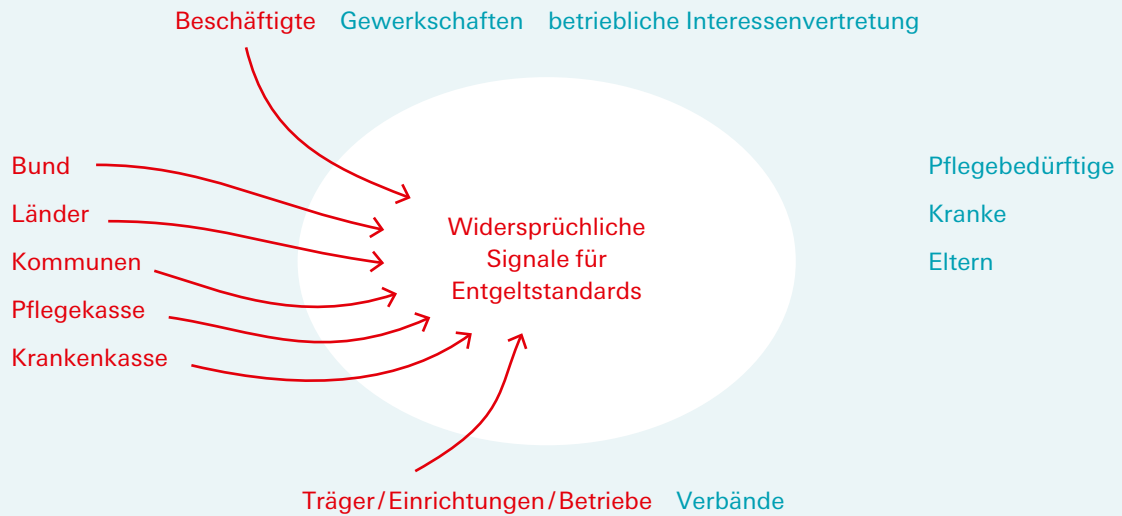
4.2.1 Der Staat als Finanzierer

Beginnen wir zunächst mit der Rolle des Staates, genauer der Bundesregierung, denn die hat jüngst im Koalitionsvertrag festgeschrieben: »Wir wollen angemessene Löhne und gute Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Dafür schaffen wir die gesetzlichen Voraussetzungen.« Das ist zunächst keine besonders verständliche Aussage, da die Aushandlung von Entgelten und Arbeitsbedingungen in Deutschland im Aufgabenbereich von Tarifparteien liegt. Dennoch hat der Staat mit seinen Gliederungen Einflussmöglichkeiten auf Arbeitsbedingungen und Entgelte – und hat sie mit Blick auf soziale Dienstleistungen auch in der Vergangenheit schon genutzt.

So hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die von der paritätisch besetzten Pflege Mindestlohn-Kommission vereinbarten Mindestlöhne in der Pflege über das Arbeitnehmer-Entsendegesetz per Rechtsverordnung für allgemeinverbindlich erklärt. Seit dem Jahre 2009 gelten Lohnuntergrenzen in allen Einrichtungen und Betrieben, auch für aus dem Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Der Mindestlohn in der Pflege liegt derzeit bei 10,55 Euro in Westdeutschland bzw. 10,05 Euro in Ostdeutschland und gilt damit faktisch für alle, die Pflegehilfstätigkeiten ausführen, und für Alltagsbegleitungen, Betreuungskräfte, Assistenz- oder Präsenzkkräfte, sofern sie mindestens in 25 Prozent der Arbeitszeit pflegend tätig sind. Die Gewerkschaft ver.di hatte als Mitglied der Pflege Mindestlohn-Kommission gefordert, für examinierte Pflegefachkräfte eine weitere Mindestlohnstufe – eine solche zweite Lohnstufe existiert z. B. im Maler- und Lackiererhandwerk – sowie Urlaubsansprüche festzulegen. Eine weitere Option ist, einen Tarifvertrag über das Arbeitnehmerentsendegesetz per Rechtsverordnung verpflichtend zu machen.

Einen Einfluss auf Entgelte hat der Staat auch in seiner Rolle als »Regelsetzer« der Refinanzierungsbedingungen. Nach § 84 und § 89 SGB XI, in dem alle Vorschriften der sozialen Pflegeversicherung enthalten sind, darf es seit 2015 von Pflegekassen nicht mehr als »unwirtschaftlich« abgelehnt werden, wenn Anbieter von Pflegeleistungen das Personal nach Tarif entlohnen. Ein Stolperstein für höhere Löhne ist also bereits aus dem Weg geräumt worden, denn vor der Anpassung des Gesetzes war es vorgekommen, dass Tarifsteigerungen in tarifgebundenen Pflegeheimen nicht refinanziert worden waren. Aber es gibt weitere Hindernisse.

Stolperstein 5 Widersprüchliche Signale für Entgeltstandards



Vermutlich werden nicht alle Anbieter in die Tarifbindung gehen, weil sie mit niedrigen Löhnen ihre Gewinne erhöhen und die Eigenanteile der Pflegebedürftigen niedrig halten können, was im unteren Marktsegment mit Wettbewerbsvorteilen bei der Belegung verbunden ist.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage, ob die in den Kostenverhandlungen vereinbarten Personalausgaben auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Um dies zu gewährleisten, sind Bundesländer wie Hamburg zur Staffelung von Pflegesätzen übergegangen: Anbieter, die ihre Bücher öffnen und den Nachweis erbringen, dass Pflegekräfte Tariflöhne erhalten, erhalten höhere Pflegesätze. Auch in Berlin, wo im März 2018 die Vergütung für Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten um knapp sechs Prozent erhöht wurde, soll über die sogenannte Nachweispflicht kontrolliert werden, dass die Lohnsteigerungen bei den Beschäftigten ankommen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

Was für die Altenpflege seit 2015 geregelt ist, gilt jedoch nicht für die Refinanzierung von Entgelten für Pflegekräfte im Krankenhausbereich (Frank 2018): Bislang werden Tarifsteigerungen bei den Kostenverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht voll refinanziert. Tarifsteigerungen werden für Krankenhäuser damit zum finanziellen Risiko – und so zum Stolperstein für höhere Löhne. Laut Koalitionsvertrag ist jedoch geplant, dies analog zum Altenpflegebereich zu ändern.

Gegenwärtig hängt im Altenpflegebereich noch eine Vorschrift im Gesetzeskorpus, die den Zeitgeist der 90er Jahre trägt, als Marktmechanismen forciert werden sollten: § 11 Abs. 2, Satz 3 SGB XI räumt privaten und freigemeinnützigen Anbietern eine Vorrangstellung vor öffentlichen Trägern in der ambulanten und stationären Altenpflege ein. Ist dies noch zeitgemäß, wenn mit dem Dritten Pflege-stärkungsgesetz eine kommunale, sozialräumliche Pflegeinfrastruktur gefördert werden soll und wenn zunehmend Großkonzerne im Altenpflegemarkt auftauchen, die Hedgefonds oder Risikokapitalanlegern gehören und sich in erster Linie dem Profit verpflichtet fühlen?

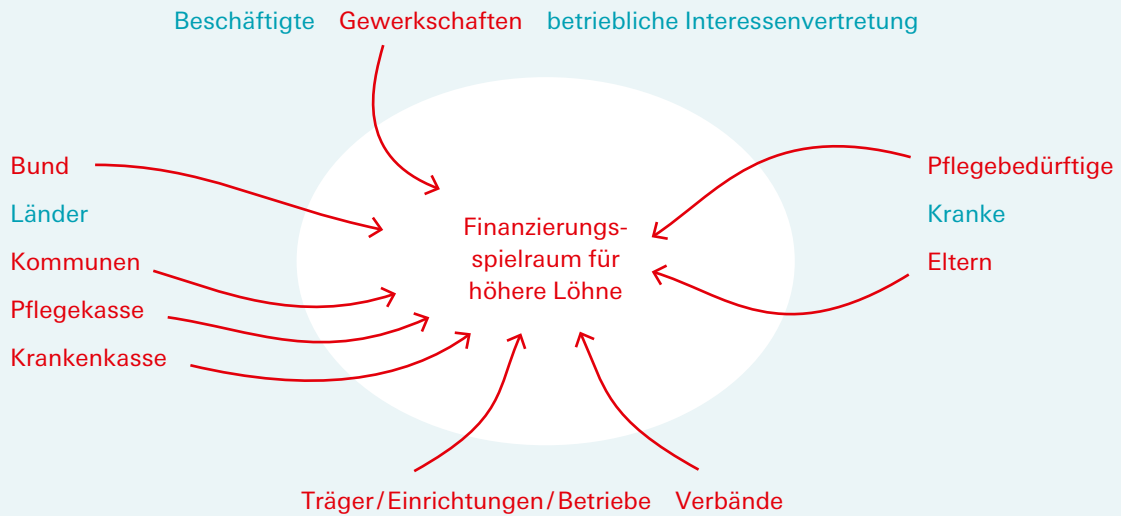
Schließlich ist der Staat auf Landes- und kommunaler Ebene nach wie vor ein bedeutender Arbeitgeber im Bereich der sozialen Dienstleistungen, wenn auch mit abnehmender Tendenz: Im Jahr 2017 befanden sich 33 Prozent aller Kitas und im Jahr 2016 29 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2017a; Statistisches Bundesamt 2018). Wenn Aufwertungsambitionen des Staates ernst gemeint sind, könnten die öffentlichen Arbeitgeber in Tarifverhandlungen mühelos eine Leitfunktion für höhere Löhne in sozialen Dienstleistungen übernehmen.

Das gilt allerdings nicht für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Im Jahr 2015 befanden sich nur 1,4 Prozent bzw. knapp fünf Prozent in öffentlicher Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2017b), die übrigen wurden privat oder freigemeinnützig betrieben.

4.2.2 Und immer wieder: Die Finanzierung verhindert die Aufwertung

Um die Besonderheit sozialer Dienstleistungen deutlich zu machen, hier ein Vergleich: In privatwirtschaftlichen Branchen werden Entgelte in Tarifverhandlungen – grob vereinfacht formuliert – aus Gewinnen verteilt, die in Unternehmen am Markt erzielt werden. Tarifparteien in sozialen Dienstleistungen dagegen bewegen sich aufgrund der besonderen Finanzierungssituation im Korsett: Der Staat mit seinen Gliederungen und die Träger des sozialen Sicherungssystems stellen Budgets für Leistungen zur Verfügung. Der Verteilungsspielraum für höhere Löhne ist daher von außen gesetzt. Werden Budgets knapp gehalten – sei es, weil eine Austeritätspolitik mit Fixierung auf die »schwarze Null« verfolgt wird oder Sozialversicherungsbeiträge trotz einer veränderten Bedarfslage nicht verändert werden sollen –, ist der Verteilungsspielraum für Tarifparteien eingeschränkt.

Stolperstein 6 Finanzierungsspielraum für höhere Löhne



Ein weiterer Stolperstein: Die Krankenkassen finanzieren höhere Löhne bisher nicht. Das illustriert dieser Fall aus Bremen: Dort bildete sich eine trägerübergreifende Tarifgemeinschaft aus dem gemeinsamen Interesse heraus, den ruinösen Preiswettbewerb in der Altenpflege zu beenden. Es wurde ein trägerübergreifender Tarifvertrag für die Altenpflege (TV PflIB) abgeschlossen. Zwar wären die darin verhandelten höheren Löhne mit Blick auf die Leistungen, die Einrichtungen mit den Pflegeversicherungen nach den Vorschriften des SGB XI abrechnen, refinanziert worden. Einrichtungen der Altenpflege rechnen Kosten der medizinischen Behandlungspflege jedoch auch mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des SGB V ab, und in diesem Rechtskreis werden Tarifsteigerungen in der Refinanzierung nicht berücksichtigt (vgl. [Kapitel 4.2.1](#)). Träger und Einrichtungen, deren Leistungsangebot einen hohen Anteil an medizinischer Behandlungspflege umfasst, sahen sich deshalb gezwungen, aus der Tarifgemeinschaft auszutreten. Die Initiative für flächendeckend höhere Löhne in Bremen wird in ihrer Reichweite also durch die problematischen Refinanzierungsbedingungen der Krankenversicherung eingeschränkt.

Höhere Löhne könnten auch höhere Eigenanteile für Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienstleistungen nach sich ziehen: Eltern würden höhere Kita-Gebühren, Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen und ihre Angehörigen höhere Heimkosten zahlen. Bereits jetzt zahlen Pflegebedürftige im Pflegeheim durchschnittlich knapp 1.700 Euro pro Monat (vgl. Frank 2018). Sofern Armut durch die Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen nicht erhöht und die Privatisierung sozialer Sicherung nicht ausgeweitet werden soll, ist die Solidargemeinschaft daher gefordert, mehr Mittel zur Verfügung zu stellen.

Für viele Kommunen ist das ein Problem: Derzeit sind etwa 30 Prozent der Pflegebedürftigen in der stationären Altenpflege auf Hilfen zur Pflege durch die Kommunen angewiesen (Frank 2018). Daher schlagen höhere Löhne direkt auf die kommunalen Haushalte durch. Angesichts des demografischen Wandels geht es in dieser Frage für die Kommunen um viel Geld. Wie sollen sich vor allem finanzschwache Kommunen verhalten? Wollen sie das Schwimmbad und die Bibliothek erhalten oder höhere Löhne für soziale Dienstleistungen zahlen?

4.2.3 In einer heterogenen Tariflandschaft zu flächendeckend höheren Löhnen?

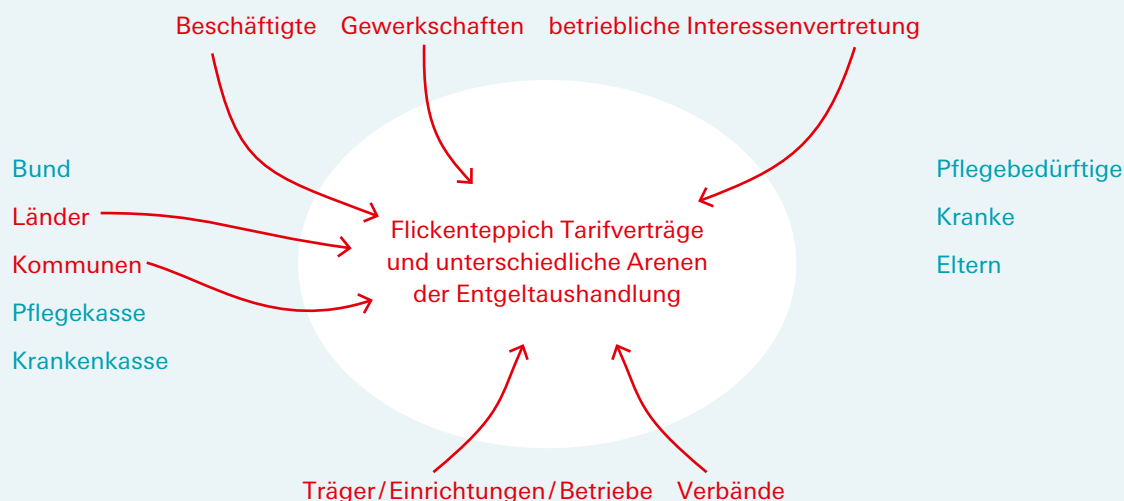
Für Höhe und Struktur von Entgelten sind in Deutschland die Tarifparteien verantwortlich. Die Tarifautonomie ist im Grundgesetz verankert.

In sozialen Dienstleistungen prägt auf Arbeitgeberseite das Nebeneinander von freigemeinnützigen, öffentlichen und privaten Anbietern sozialer Dienstleistungen das Bild. Sie unterscheiden sich in kultureller Hinsicht und hinsichtlich der Betriebsgröße: Kleine Pflegedienste sind mit Blick auf Interessen und Interessenartikulation mit großen, dem

Profit verpflichteten Gesundheitskonzernen nicht vergleichbar, und kirchliche Arbeitgeber haben traditionell eine andere Kultur als öffentliche Anbieter von sozialen Dienstleistungen.

Die Heterogenität der Branche (vgl. Bühler 2017) muss eine brancheneinheitliche Entgeltfindung nicht zwingend unmöglich machen. Das Problem sind vor allem die unterschiedlichen Arenen der Entgeltaushandlung.

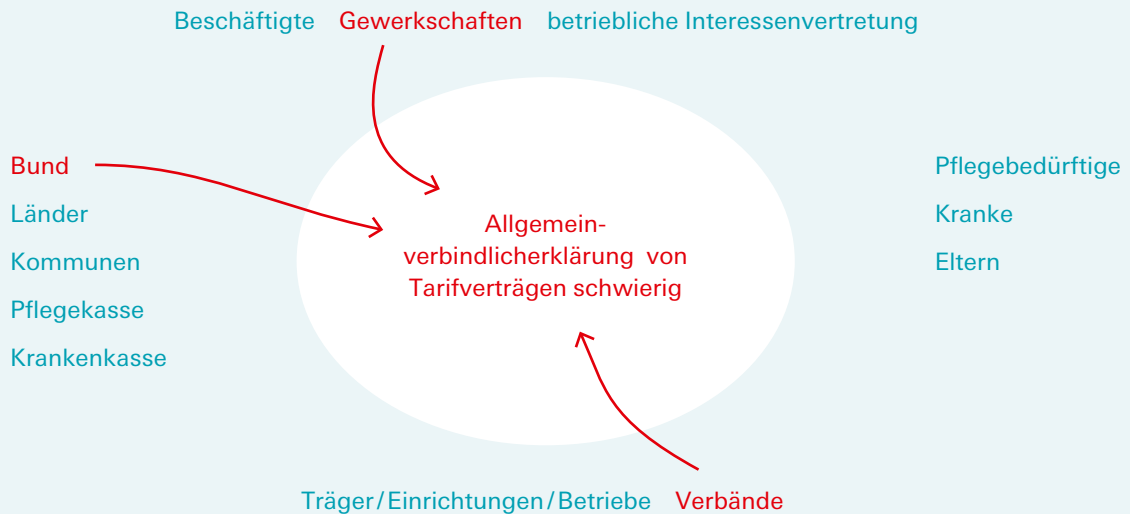
Stolperstein 7 Flickenteppich Tarifverträge und unterschiedliche Arenen der Entgeltaushandlung



Die Entgeltbedingungen in sozialen Dienstleistungen werden nach dem *ersten Weg* durch Individualverträge, nach dem *zweiten Weg* gemäß Tarifautonomie über Tarifverträge und bei kirchlichen Arbeitgebern nach dem *dritten Weg* über Arbeitsvertragsrichtlinien in kirchlichen arbeitsrechtlichen Kommissionen vereinbart (Evans 2016, S. 3). Es koexistieren daher mehrere Verhandlungsarenen mit der Folge, dass unterschiedliche Standards für Entgelte und Arbeitsbedingungen gelten.

Ausdruck dieser heterogenen Struktur ist der Flickenteppich der Tarifverträge: Etwa vier von fünf aller knapp 2.000 Krankenhäuser sind unmittelbar tarifgebunden oder durch Arbeitsvertragsrichtlinien über den dritten Weg erfasst. In der Altenpflege wird von 1.430 Tarifverträgen (bzw. bei kirchlichen Trägern arbeitsrechtlichen Vereinbarungen) ausgegangen (Evans 2016, S. 27). Im Bereich der sozialen Dienstleistungen gibt es damit eine Tarifbindungsquote, die der in der Gesamtwirtschaft vergleichbar ist. Allerdings gelten im Bereich der sozialen Dienstleistungen die entsprechenden Regelwerke zu Entgelten und Arbeitsbedingungen häufig nur für einen Träger oder eine Einrichtung. Der resultierende Flickenteppich steht höheren Löhnen im Weg.

Stolperstein 8 Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen schwierig



Nötig wären also Regelwerke, die zu leisten vermögen, was Bispinck (2003) sowie Bispinck und Schulzen (1999) als Solidaritäts- und Kartellfunktion von Tarifverträgen herausgearbeitet haben: Tarifverträge sichern Standards der Arbeitsbedingungen in der Fläche, wirken trägerübergreifend (d. h. für öffentliche, freigemeinnützige und private Träger gleichermaßen) und reduzieren Lohnkonkurrenz. Allgemeinverbindliche Tarifverträge mit einem weiten Geltungsbereich würden diese Funktion erfüllen.

Allgemeinverbindlicherklärungen wurden mit dem 2014 verabschiedeten »Tarifautonomiestärkungsgesetz« erleichtert, denn nun muss bei einem Antrag auf Allgemeinverbindlichkeit vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit einem aus je drei Vertretern der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer bestehenden Tarifausschuss lediglich festgestellt werden, dass ein »öffentliches Interesse« vorliegt. Ein öffentliches Interesse liegt laut § 5 Abs. 1 Tarifvertragsgesetz vor, wenn »1. der Tarifvertrag in seinem Geltungsbereich für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen überwiegende Bedeutung erlangt hat oder 2. die Absicherung der Wirksamkeit der tarifvertraglichen Normsetzung gegen die Folgen wirtschaftlicher Fehlentwicklung eine Allgemeinverbindlichkeit verlangt.«

Allerdings hat eine Allgemeinverbindlicherklärung gerade im Bereich der sozialen Dienstleistungen, wo sie besonders nötig erscheint, wenig Chancen, zur Anwendung zu kommen. Dafür gibt es mehrere Gründe:

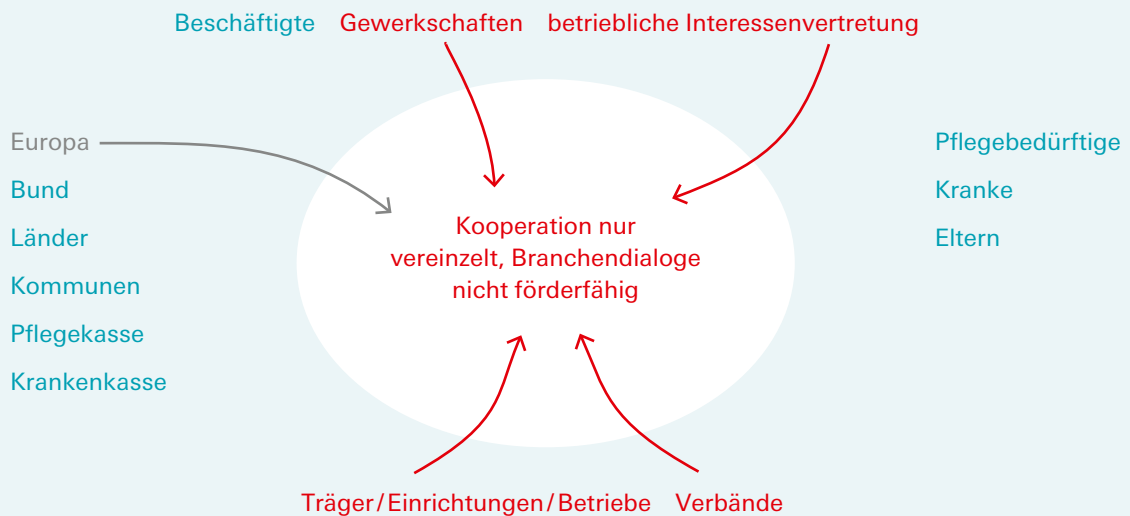
- Aufgrund der Zersplitterung der Tariflandschaft hat derzeit kein Tarifvertrag eine Chance, »überwiegende Bedeutung« zu erlangen.
- Kriterien für eine »wirtschaftliche Fehlentwicklung« sind nicht konkretisiert. Die Kommission »Arbeit der Zukunft« unter Leitung des DGB-Vorsitzenden Reiner Hoffmann und der Soziologin Kerstin Jürgens hat beispielsweise vorgeschlagen, das Gesetz so zu ändern, dass ein öffentliches Interesse gegeben ist, wenn eine Branche einen Niedriglohnanteil von über 20 Prozent hat (Jürgens et al. 2017, S. 41 f.). Für soziale Dienstleistungen wäre das Kriterium der Sicherstellung des staatlichen Versorgungsauftrags sinnvoll.
- Die Zustimmung des Tarifausschusses ist aufgrund der in der Regel ablehnenden Haltung der Arbeitgeberverbände gegenüber Allgemeinverbindlicherklärungen eine hohe Hürde. Das zeigen auch Erfahrungen aus Bremen: Dort scheiterte im Jahr 2015 die Allgemeinverbindlicherklärung eines Ausbildungstarifvertrags in der Altenpflege an einer Pattsituation bei der Abstimmung. Für die Allgemeinverbindlichkeit stimmten die drei Vertreter der Arbeitnehmerseite, die drei Arbeitgebervertreter waren dagegen. Erforderlich für die Annahme des Antrags auf Allgemeinverbindlichkeit wäre eine Mehrheit der Stimmen gewesen. Auch hier wird gesetzlicher Nachbesserungsbedarf gesehen: Der Deutsche Gewerkschaftsbund schlägt vor, dass nicht die Zustimmung, sondern die Ablehnung eines Antrags auf Allgemeinverbindlichkeit eine Stimmenmehrheit erfordert (Deutscher Gewerkschaftsbund 2018, S. 119).

Um über Allgemeinverbindlicherklärungen Standards in der Fläche zu sichern, dürfte zunächst eine politische Initiative nötig sein, die die Akteure trägerübergreifend zusammenbringt, um gemeinsam einen neuen Tarifvertrag zu formulieren, den man dann für allgemeinverbindlich erklären kann.

Soll ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag zudem wegweisend sein, indem er im Sinne der Produktivfunktion (Bispinck 2003) eines tariflichen Regelwerks Innovationen in der Arbeitsorganisation fördert, müsste das Tarifgitter moderne Berufsbilder, eine Arbeitsorganisation in multiprofessionellen Teams und ein zeitgemäßes Miteinander beruflich und akademisch qualifizierter Belegschaften abbilden und fördern (Bräutigam et al. 2014 und Bräutigam/Evans/Hilbert 2013). Dies würde strukturelle Überarbeitungen von Tätigkeits- und Anforderungsniveaus und eine Höherbewertung von psychosozialen Anforderungen wie Kommunikationsfähigkeiten, Einfühlungsvermögen und Umgang mit Belastungen erfordern (Jochmann-Döll/Tondorf 2009).

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Die fragmentierte und zersplitterte Akteurslandschaft handelt in unterschiedlichen Verhandlungsarenen unterschiedliche Regelwerke aus. Es ist kein tarifliches Regelwerk erkennbar, das eine Vorreiterfunktion für die Aufwertung von Entgelten und Arbeitsbedingungen übernehmen könnte. Selbst wenn es ein solches Regelwerk gäbe, stellt die derzeitige Regelung im Tarifvertragsgesetz in Verbindung mit der politischen Bewertung insbesondere durch Arbeitgeberverbände hohe Hürden an die Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen in sozialen Dienstleistungen.

Stolperstein 9 Kooperation nur vereinzelt, Branchendialoge nicht förderfähig



Nötig wären also Impulse, um trägerübergreifende Gestaltungsstrategien zu stärken. Evans (2016) hat Entwicklungen regionaler, trägerübergreifender Zusammenarbeit herausgearbeitet. Für die Altenpflege beschreibt sie drei Typen regionaler Muster von Arbeitsbeziehungen: »Persistenz-Regionen« im Süden und Südwesten Deutschlands weisen stabile Arbeitsbeziehungen und hohe Standards der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auf. »Opting-out-Regionen« in der Mitte und im Osten Deutschlands sind gekennzeichnet durch brüchige Arbeitsbeziehungen, die zu träger- und einrichtungsspezifischen Ausstiegsstrategien und auch neuen Bündnissen führen. In »Transformationsregionen« im Norden und Süden Deutschlands sind trägerübergreifende Entwicklungsstrategien und neue Arrangements zu beobachten. In Niedersachsen wurde z.B. eine »Vereinbarung zur sozialen Partnerschaft zur Regelung der Arbeitsverhältnisse in der Diakonie in Niedersachsen« zwischen dem Diakonischen Dienstgeberverband Niedersachsen und ver.di geschlossen. In Bremen hat sich eine trägerübergreifende »Tarifgemeinschaft Pflege« gegründet. Das »Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards« in Baden-Württemberg fordert von der Politik Rahmenbedingungen für eine flächentarifliche Entlohnung.

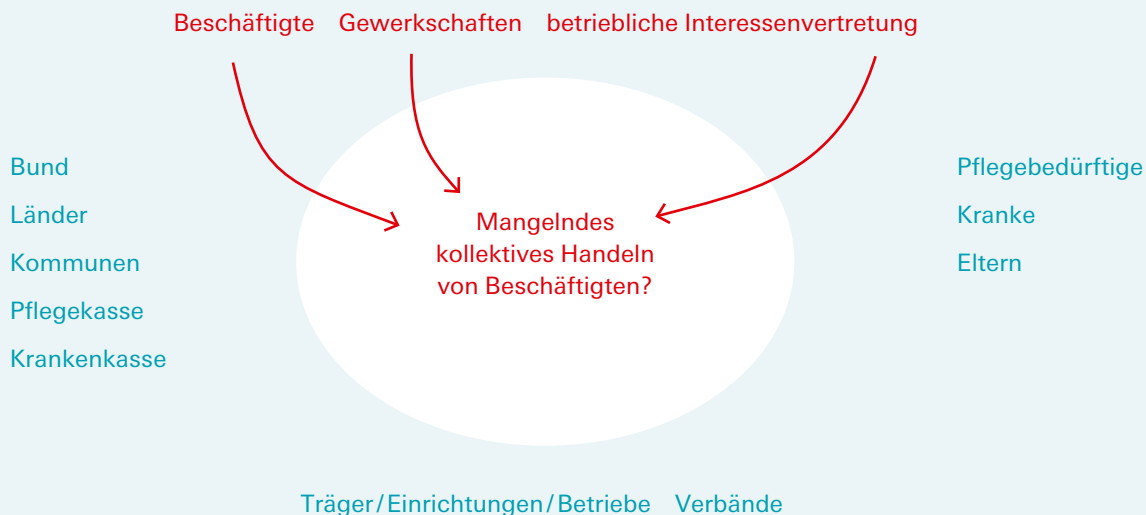
Aus Bundesländern und Regionen können also durchaus Impulse für die Aufwertung der Arbeit ausgehen. Die Stärkung des Korporatismus könnte durch Branchendialoge befördert werden. In anderen Branchen haben sie eine lange Tradition mit Sozialpartnervereinbarungen als Produkten der Dialogstruktur in komplexen Geflechten divergierender Interessen. In der Sozial- und Gesundheitswirtschaft existieren Branchendialoge dagegen bislang nur als Modellversuche in Niedersachsen und Hessen (Evans 2017). Der Ausweitung stehen Finanzierungsregeln im Weg: Weil kirchliche Träger keine tarifgebundenen Sozialpartner sind, sind Branchendialoge im Gesundheits- und Sozialwesen nach den Spielregeln des Förderprogramms ESF-Sozialpartnerrichtlinien nicht förderfähig.

4.2.4 Kollektive Organisation von Beschäftigten

Die Entgelthöhe ist auch eine Frage der Stärke gewerkschaftlicher Gegenmacht. Warum nehmen die Beschäftigten in sozialen Dienstleistungen ihr Los nicht selbst in die Hand und streiken häufiger für höhere Löhne? Die Streiks im Sozial- und Erziehungsdienst im Jahre 2009 und 2015 fanden unter allgemeiner Aufmerksamkeit statt, es gab eine gesellschaftliche Solidarisierung, und Streiks waren erfolgreich (Evans/Kerber-Clasen 2017). Auch die Streiks in der Berliner Charité führten zu verbesserten Arbeitsbedingungen. Aktions- und Streiktage für mehr Personal und Entlastung im Krankenhaus, in der Alten-

pflege und im Sozial- und Erziehungsdienst gibt es auch in der Fläche mit dem Ziel, mehr Personal und Entlastung für Beschäftigte durchzusetzen (Schulzen/Seikel 2018). Obwohl sich der (hohe) Organisationsgrad in öffentlichen Krankenhäusern und dem sozialen Erziehungsdienst erheblich von dem (niedrigen) Organisationsgrad in der ambulanten Altenpflege unterscheidet, sind Streiks jedoch nicht durch einen allgemein hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrad von Beschäftigten der Sozial- und Gesundheitswirtschaft getragen.

Stolperstein 10 Mangelndes kollektives Handeln von Beschäftigten?



Oft wird unterstellt, es läge im beruflichen Selbstverständnis vor allem von Pflegekräften begründet, nicht für höhere Löhne zu streiten. Dieser Stolperstein sei, so ein gut gepflegter Mythos, historisch zu erklären: Wer im Geistes des Karitativen mit »Arbeit aus Liebe« am Werk sei, frage nicht nach der Bezahlung. Schroeder (2017) stellt zwar fest, dass das Organisationsbewusstsein unter Pflegekräften

nur schwach ausgeprägt ist. Grund seien aber mangelnde Erfahrungen mit kollektiver Interessenvertretung und die Tatsache, dass Beschäftigte der Altenpflege auf die Unterfinanzierung und damit Fehler »im System« verweisen, weshalb in ihren Augen der Arbeitgeber nicht der richtige Adressat für kollektives Handeln sei.

Zu nennen sind auch »objektive« berufsspezifische Hindernisse für den niedrigen Organisationsgrad, wie sie aus anderen Branchen wie dem Einzelhandel lange bekannt sind: hohe Teilzeitquoten, Zeitmangel wegen Arbeitsverdichtung und – insbesondere im Helferbereich – eine niedrige Verweildauer im Betrieb. Des Weiteren ist die kleinbetriebliche Struktur in weiten Teilen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft ein strukturelles Hindernis für eine flächendeckende Verbreitung von betrieblichen Interessenvertretungen.

Heintze (2018) sieht dagegen in der Governancestruktur der Sozial- und Gesundheitswirtschaft eine Ursache für die niedrigen Organisationsgrade. Dass eine andere Governancestruktur zu anderen Organisationsgraden führt, zeigt das Beispiel Skan-

dinavien. Dort waren soziale Dienste das Zugpferd gewerkschaftlicher Organisation mit Organisationsgraden von 90 Prozent und mehr. Der Organisationsgrad war dort bis Mitte der 80er Jahre parallel zum Ausbau der staatlichen Dienstleistungsökonomie angestiegen, sodass der gewerkschaftliche Organisationsgrad von Frauen – im Unterschied zu Deutschland – in Skandinavien gesamtwirtschaftlich sogar höher ist als der von Männern.

Insgesamt existieren in Deutschland eine Reihe struktureller Faktoren, die eine starke kollektive Interessenartikulation behindern. Daher führt es in die Irre, Beschäftigte in sozialen Dienstleistungsberufen mit Verweis auf ein angenommenes Berufsethos selbst für niedrige Löhne verantwortlich zu machen.

4.3 Arbeitszeitpotenziale erschließen

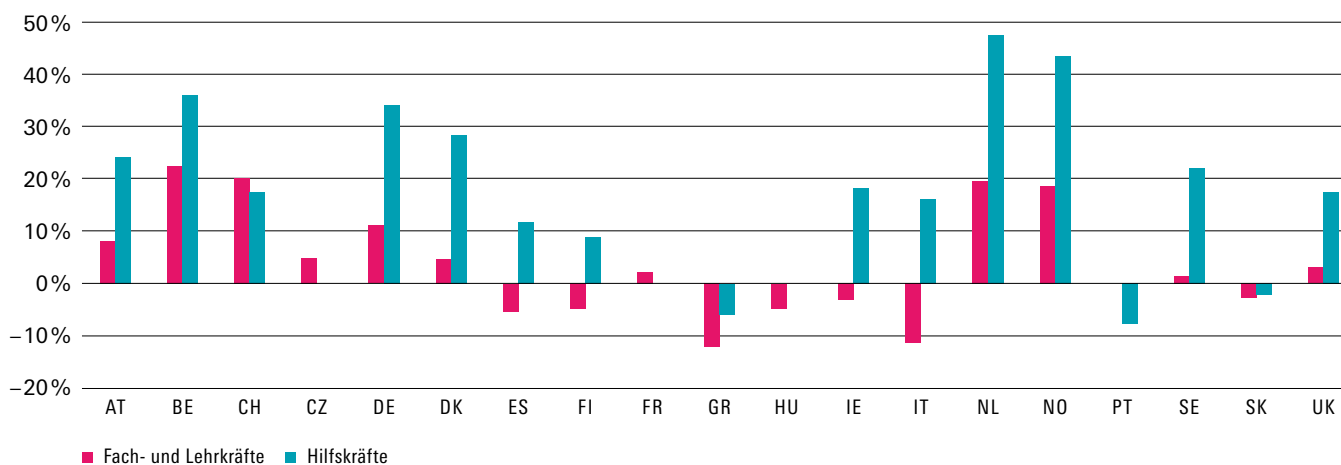
Die Beschäftigung in sozialen Dienstleistungen ist durch Teilzeitarbeit gekennzeichnet. Teilzeit bedeutet für Beschäftigte, dass in der Regel kein existenzsicherndes Einkommen erzielt wird und sie nur geringe Rentenansprüche erwerben. Aus Sicht der Betriebe bedeutet eine hohe Teilzeitquote eine Unterauserschöpfung des Erwerbspotenzials. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels sollte es daher doch eine auf betrieblicher Ebene leicht umzusetzende Maßnahme sein, das Arbeitszeitvolumen zu erhöhen und damit mehr Stunden in das System zu bekommen. Woran liegt es, dass dies nicht längst geschehen ist?

Betriebe und Einrichtungen planen Personal in Abhängigkeit von den Refinanzierungsbedingungen und den inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen des Arbeitsanfalls. Wie bereits im Abschnitt Personalbemessung (Kapitel 4.1) ausgeführt, erlauben die Refinanzierungsbedingungen nur eine »Personalpolitik der unteren Linie«. In dieser Situation verfolgen Einrichtungen eine Arbeitsorganisation nach dem Prinzip der Arbeits- und Tätigkeitszerteilung: Qualifiziertes Personal wird nur dann eingesetzt, wenn Tätigkeiten auszuführen sind, die refinanziert werden. Hilfskräfte übernehmen als »Lückenfüller« der betrieblichen Arbeitsorganisation dann Tätigkeiten, wenn viele Hände gebraucht werden. Eine vollzeitnahe Beschäftigung für diese Gruppe ist daher nicht die Regel.

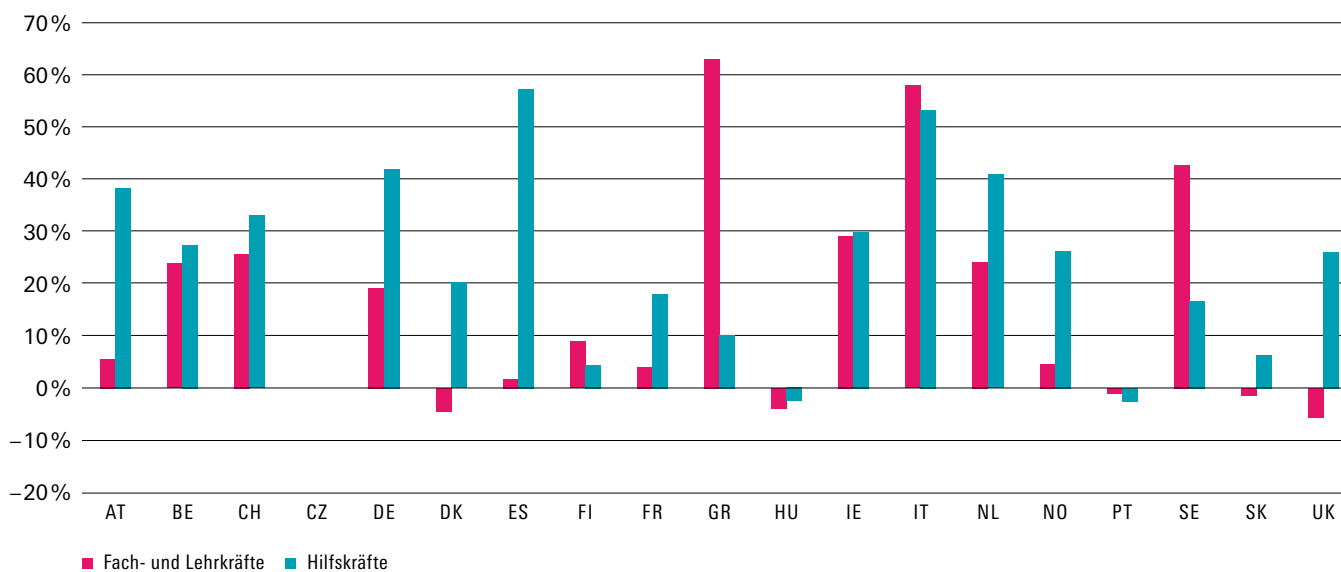
Abbildung 20 zeigt, dass Teilzeitarbeit sowohl im Bereich Pflege und Gesundheit als auch im Bereich Erziehung und Bildung in fast allen europäischen Ländern verbreiteter ist als in anderen Berufen (Werte oberhalb von null). Vor allem aber zeigt sich, dass Hilfskräfte häufiger teilzeitbeschäftigt sind als Fachkräfte (blaue Balken). Diese Diskrepanz ist in Deutschland, Norwegen, Dänemark und den Niederlanden besonders ausgeprägt.

Differenz der Teilzeitquoten von Beschäftigten in sozialen Dienstleistungsberufen und anderen Berufen im europäischen Vergleich

Pflege und Gesundheit

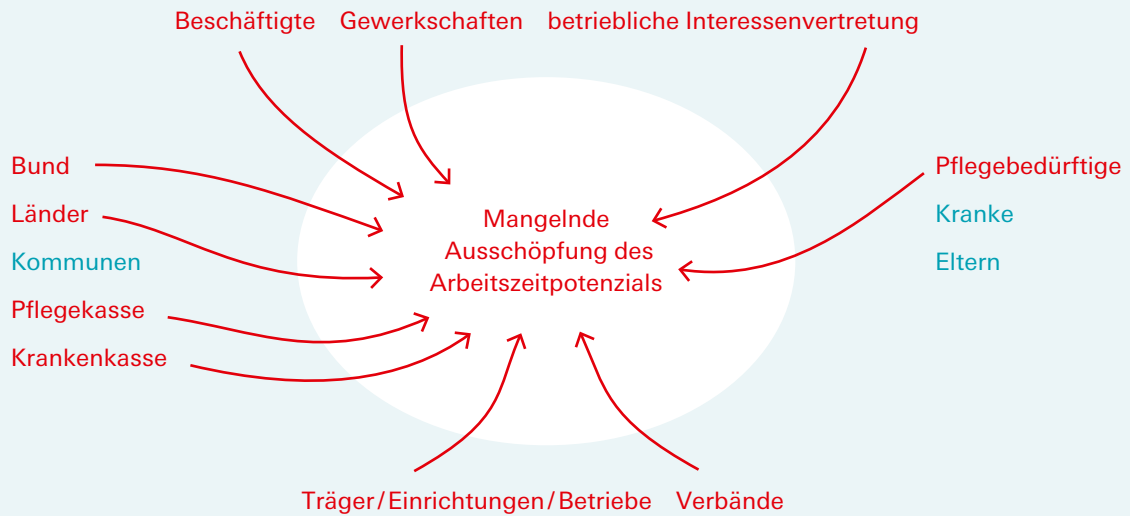


Erziehung und Bildung



Quelle: eigene Darstellung nach Hipp / Kelle / Quart 2017

Stolperstein 11 Mangelnde Ausschöpfung des Arbeitszeitpotenzials



Diese Befunde verweisen auf die restriktiven Finanzierungsbedingungen der Pflegeversicherung: Die Teilzeitquote insbesondere im Hilfskräftebereich wird in die Höhe getrieben, weil ein enger Begriff von notwendigen Tätigkeiten angelegt wird. In der häuslichen Pflege werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten nicht oder unzureichend refinanziert, weshalb professionelle Anbieter sie aus wirtschaftlichen Gründen oft nicht anbieten. Dies könnte sich mit Blick auf die Gesunderhaltung von älteren Menschen in den eigenen vier Wänden als Bumerang erweisen, denn gute und kontinuierliche Mahlzeiten und sozialer Kontakt erweisen sich als Stabilisatoren. Unter diesen Bedingungen hat sich ein »grauer Pflegemarkt« insbesondere im Bereich der 24-Stunden-Pflege entwickelt, in dem arbeitsrechtliche Standards zum Teil massiv verletzt werden. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 200.000 meist osteuropäische Pflegekräfte in deutschen Haushalten beschäftigt sind (Emunds 2016).

Zur Erschließung von Arbeitszeitpotenzial über mehr vollzeitnahe Beschäftigung gehören immer zwei: Betriebe und Einrichtungen, die entsprechende Stundenaufstockungen anbieten, und Beschäftigte, die ein entsprechendes Angebot annehmen. Seit Langem ist bekannt, dass Personen in »kleiner Teilzeit«, in einem Minijob oder mit einem Zweitjob

in geringfügiger Beschäftigung im gleichen Beruf an einer Aufstockung ihrer Arbeitszeit interessiert sind (Wanger 2011; Spieß/Storck 2016, S. 66; Schmidt/Voss 2014). Damit Teilzeitbeschäftigte in sozialen Dienstleistungsberufen ihre Arbeitszeit ausweiten können, sind sie selbst auf eine soziale Infrastruktur angewiesen. Wenn ihre eigenen Kinder oder pflegebedürftige Angehörige nicht ausreichend versorgt werden, können oder wollen sie selbst auch nicht die Arbeitszeit vollzeitnah ausweiten. Gleiches gilt für die Belastungssituation: Wird die Arbeit als stark belastend empfunden, kann eine Teilzeitstelle eine individuelle Strategie sein, um Krankheit zu vermeiden. Ein existenzsichernder kurzer Vollzeitstandard (vgl. Denkanstöße zur Arbeitszeit in Jürgens/Hoffmann/Schildmann 2017, S. 140) wäre eine gute Alternative.

Ein weiterer Aspekt des Stolpersteins »Mangelnde Ausschöpfung des Arbeitszeitpotenzials« hängt mit der Qualifikation zusammen: Es ist plausibel anzunehmen, dass Einrichtungen umso eher das Stundenangebot erhöhen, je mehr fachliche Anforderungen eine Person erfüllen und Aufgaben übernehmen kann. Damit ist die Weiterqualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften ein wichtiger Weg, um den hohen Teilzeitanteil in den sozialen Dienstleistungen zu reduzieren.

Die geplante Brückenteilzeit im Teilzeit- und Befristungsgesetz

Wenn eine teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer dem Arbeitgeber anzeigt, dass der Wunsch nach einer Verlängerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit besteht, ist dieser Wunsch bereits seit dem Jahr 2000 nach § 9 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes bei der Besetzung eines entsprechenden freien Arbeitsplatzes bei gleicher Eignung bevorzugt zu berücksichtigen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe oder Arbeitszeitwünsche anderer teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer entgegenstehen. Mit der laut Koalitionsvertrag geplanten Brückenteilzeit soll ab dem 1. Januar 2019 ein Rechtsanspruch auf eine zeitlich begrenzte Teilzeit eingeführt werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018). Allerdings soll der Rechtsanspruch nur in Betrieben mit mehr als 45 Beschäftigten gelten, und auch in Betrieben mit 46 bis 200 Beschäftigten sollen Zumutbarkeitsgrenzen eingeführt werden. Aufgrund der kleinbetrieblichen Struktur im Bereich der sozialen Dienstleistungen ist deshalb davon auszugehen, dass der geplante Rechtsanspruch von vielen Beschäftigten nicht in Anspruch genommen werden kann.

4.4 Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten verbessern

Berufliche Entwicklungen im Lebenslauf erfordern einen institutionellen Rahmen, der Orientierung und Verlässlichkeit bietet. Dies gilt für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie für Arbeitgeber gleichermaßen. Innerhalb des Rahmens haben Abschlüsse eine wichtige Signalfunktion, denn sie lassen sich auf dem Arbeitsmarkt in Arbeits- und Einkommensmöglichkeiten umsetzen und geben Arbeitgebern eine Vorstellung davon, was eine Arbeitskraft fachlich leisten kann.

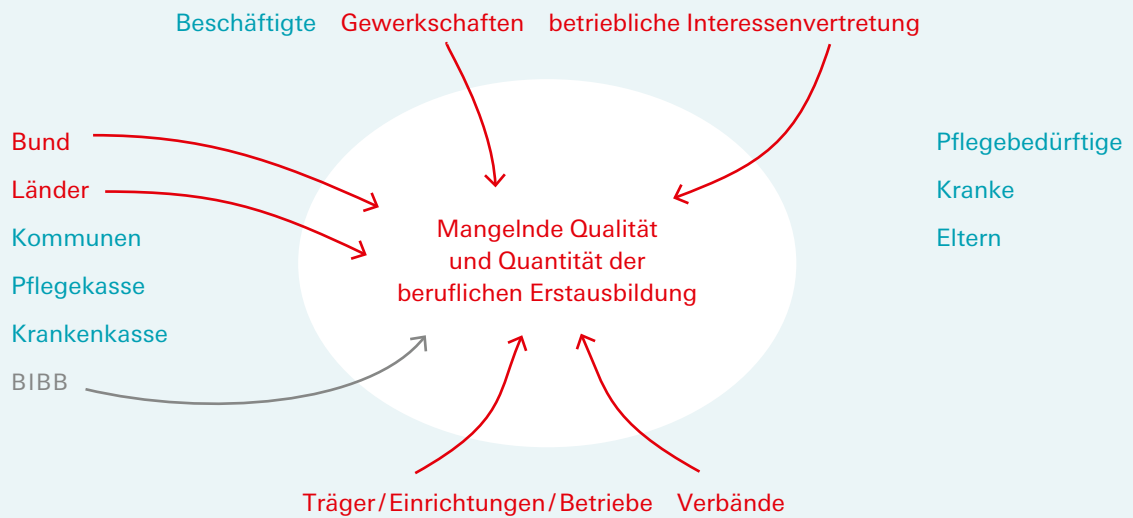
In den sozialen Dienstleistungen existierte dieser Ordnungsrahmen über lange Zeit nicht, die Beruflichkeit war geprägt von Unübersichtlichkeit (Dielmann 2013; Hilbert/Bräutigam/Evans 2014). Mittlerweile gibt es zwar immer noch keinen klaren Ordnungsrahmen, aber insbesondere in den Pflege- und Gesundheitsberufen war der Gesetzgeber treibende Kraft für eine Reihe von Veränderungen.

Im neuen Pflegeberufegesetz ist eine generalistische Pflegeausbildung mit dem Berufsabschluss »Pflegefachfrau« oder »Pflegefachmann« vorgesehen, nach der ab dem Jahr 2020 ausgebildet werden soll. Ausbildungen in der Kinderkrankenpflege und Altenpflege sollen perspektivisch zwar nicht mehr angeboten werden, jedoch soll sechs Jahre nach dem Start der generalistischen Ausbildung überprüft werden, ob für diese Berufsabschlüsse Bedarf besteht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit o.J.). Die Ausbildungsinhalte müssen noch erarbeitet werden. Dazu beruft das Bundesministerium elf Mitglieder in eine Fachkommission, deren Arbeit aktiv vom Bundesinstitut für Berufsbildung begleitet wird.

Mit dem Pflegeberufegesetz werden die Pflegeausbildungen weiterhin nicht in das duale System der beruflichen Bildung integriert: Die Regelungen würden nicht unter das international als Erfolgskonzept anerkannte Berufsbildungsgesetz (BBiG) fallen, und das Regelungsgeschäft läge dann immer noch nicht in den Händen derjenigen, die die Arbeitsanforderungen kennen, nämlich Gewerkschaften und Arbeitgeber, und bei den Ländern, die in den Berufsschulen die theoretischen Ausbildungsbausteine anbieten.

Auch im Erziehungsbereich hat der Gesetzgeber Dynamik ins System gebracht, die – wenngleich sich Standards wie Schulgeldfreiheit oder Verzahnung von theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten noch immer nicht flächendeckend durchgesetzt haben – zu einer »Normalisierung« der Ausbildung im Sinne einer schulisch-betrieblich integrierten Ausbildung führt. Beispielhaft sei angeführt das Modell der »praxisintegrierten vergüteten Ausbildung«, der sogenannten PIA-Ausbildung, die in Baden-Württemberg entwickelt wurde. Ausgangspunkt der Initiative des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport war der Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz ab dem ersten Lebensjahr seit dem Jahr 2013 und der damit verbundene zusätzliche Bedarf an Fachkräften (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2012). Das Modell sollte attraktivere Ausbildungsbedingungen schaffen, u. a. durch den Abschluss eines Ausbildungsvertrags, die Zahlung einer Ausbildungsvergütung, einen Urlaubsanspruch und eine gleichmäßige Verteilung von theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten.

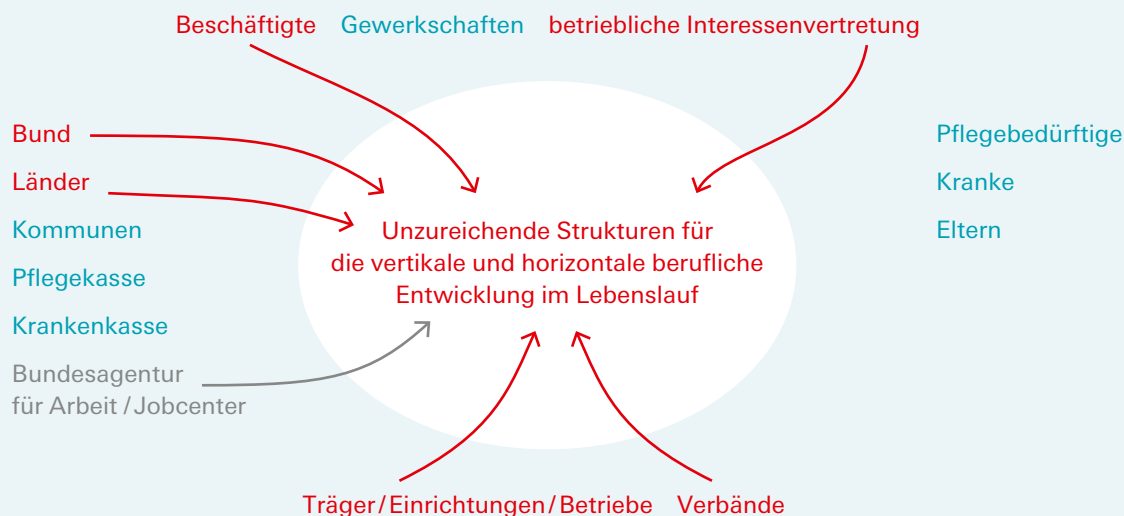
Stolperstein 12 Mangelnde Qualität und Quantität der beruflichen Erstausbildung



Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter haben eine wichtige Rolle, um praktisch im Betrieb anzulernen und theoretisch Gelerntes anwendungsorientiert zu vertiefen und zu verankern (Lichtwardt 2017). Derzeit verfügen sie nur über unzureichende zeitliche Ressourcen. Gute Ausbildung erfordert aber ausreichend Lehrpersonal in der betrieblichen Praxis, das in der Refinanzierung abgebildet sein muss.

Angesichts stark steigender Ausbildungszahlen (Bundesinstitut für Berufsbildung 2017, S. 200) kann die Ausbildungsqualität nur gesichert und verbessert werden, wenn für die schulischen Ausbildungsteile mehr Lehrpersonal ausgebildet wird. Sollen in den Betrieben und Einrichtungen mehr Ausbildungsstellen geschaffen und bereitgestellt werden, müssen sie in der Personalplanung berücksichtigt und auch refinanziert werden. Nicht zuletzt erfordert die kleinbetriebliche Struktur in sozialen Dienstleistungen aktive Maßnahmen, um Ausbildungskapazitäten über Ausbildungsverbände zu erhöhen.

Stolperstein 13 Unzureichende Strukturen für die berufliche Entwicklung im Lebenslauf



Berufliche Entwicklung im Lebenslauf erfordert Strukturen und Ressourcen weit über die berufliche Erstausbildung hinaus. Beschäftigte wollen sich persönlich und damit auch beruflich weiterentwickeln.

Diese vertikale berufliche Mobilität ist insbesondere für diejenigen von Bedeutung, die un- und angelernt auf der Hilfskräfteebene arbeiten oder z. B. wegen niedriger formaler Bildungsabschlüsse zunächst eine Helferausbildung abschließen und anschließend in eine vollqualifizierende Ausbildung wechseln wollen (Otremba/Walcher 2018). Auch zur Deckung des Fachkräftebedarfs in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft ist die Weiterqualifizierung von Beschäftigten in vollqualifizierte Arbeit geboten.

Hindernisse werden hier durch Förderbedingungen, auch der Bundesagenturen, in den Weg gelegt: Wenn bereits eine Ausbildung vorliegt, wird die Ausbildung nicht gefördert, weshalb eine Höherqualifizierung häufig aus finanziellen Gründen nicht erfolgt. Gleiches gilt für die Länge der vollqualifizierenden Ausbildung, die auch bei entsprechender Vorbildung nicht verkürzt werden kann.

Von horizontaler beruflicher Mobilität wird gesprochen, wenn Personen auf der gleichen Qualifikationsebene das berufliche Feld wechseln. Solche Quereinsteigenden in Sozial- und Gesundheitsfachberufe haben bereits berufliche Erfahrung gesammelt, sind daher in der Regel mittleren Alters

und häufig familiär eingebunden. Auch hier existieren Hindernisse durch die Bundesagentur für Arbeit bei der finanziellen Unterstützung einer beruflichen Umorientierung oder bei Unterstützungsstrukturen für die (Wieder-)Aneignung von Lernkompetenz.

Vertikale und horizontale berufliche Mobilität, die zu einer längerfristigen Bindung an den Beruf führt, wird wesentlich gefördert oder behindert durch Betriebsklima und Unternehmenskultur. Die Akzeptanz und Integration von älteren Auszubildenden mit anderem beruflichem Hintergrund oder von ausländischen Fachkräften ist nicht immer gegeben. Soziale Integration in den beruflichen Alltag ist dann durch (inter-)kulturelle und professionelle Missverständnisse und unterschiedliche Ansprüche an Arbeit gestört, weshalb es zu einem Abbruch der Ausbildung oder der Tätigkeit kommen kann. Solche weichen Faktoren sind damit nachweislich ein gewichtiges Hindernis (Grgic et al. 2018; Pütz et al. 2018).

Nicht zuletzt zeigen empirische Ergebnisse, dass diejenigen, die sich im Lebensverlauf beruflich weiterentwickeln oder umorientieren wollen, eine transparente und ausreichende Informationsinfrastruktur vermissen (Grgic et al. 2018). Stolperstein ist hier sicher der Umstand, dass die Förderbedingungen in der föderalen Struktur variieren und dass das Fördervolumen zeitlichen Schwankungen unterliegt.

5 ALLES ZU TEUER? NICHT MIT EINER ANDEREN ERZÄHLUNG!

Mehr Personal, höheres Entgelt, sozial abgesicherte und existenzsichernde Beschäftigungsverhältnisse und gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für professionelle Fachkräfte – das ist die Zielperspektive einer umfassenden Aufwertung sozialer Dienstleistungen.

Wenige würden den Beschäftigten in sozialen Dienstleistungen diese Aufwertung vorenthalten wollen, auch deshalb, weil gute Löhne und gute Arbeitsbedingungen in vielen anderen deutschen Branchen ja durchaus erstritten wurden – es geht also. Und noch weniger würden sich die vielen Betroffenen dagegenstellen, die einen konkreten Bedarf an ausreichenden und qualitativ hochwertigen sozialen Dienstleistungen haben.

Aber wie fällt die Bewertung aus, wenn sich das im eigenen Geldbeutel niederschlägt? Individuelle und öffentliche Finanzierungsvorbehalte sind zentrale K.-o.-Kriterien für eine umfassende Aufwertung sozialer Dienstleistungen. Sie sind vielleicht der größte Stolperstein, weil er mit dem Bild im Kopf zusammenhängt, dass soziale Dienstleistungen »kurzgehalten« werden müssen, um eine überbordende Abgabenlast in einem für zu groß befundenen Sozialstaat zu verhindern.

Wir sind der Meinung, dass viele Stolpersteine durch eine andere Sichtweise, eine andere Erzählung aus dem Weg geräumt werden können. Die Erzählung von der gesellschaftlichen Weiterentwicklung, die Erzählung über die Welt von morgen, in der die Aufwertung sozialer Dienstleistungen ein zentraler Baustein ist, geht so:

In Gesellschaft und Politik werden Wohlstand und Lebensqualität in einem umfassenderen Verständnis diskutiert als heute. Statt durch eindimensionale Indikatoren zur Wirtschaftsentwicklung wie das Bruttoinlandsprodukt werden in »Nationalen Wohlstandsberichten« Indikatoren wie Wohlstands- und Verteilungswirkungen von sozialen Dienstleistungen neben Umweltqualität, gesellschaftlicher Gleichheit, Geschlechtergerechtigkeit, Gesundheit, Bildung, privater, sozialer und politischer Aktivität und Lebensqualität erfasst (Stiglitz/Sen/Fitoussi 2010a; 2010b).

Soziale Dienstleistungen erscheinen nun in einem anderen Licht: Zu geringe Investitionen in soziale Dienstleistungen führen zu schlechten Noten für Wohlstand und Lebensqualität. Mehr Investitionen in soziale Dienstleistungen bringen mehr Wohlstand und Lebensqualität.

Analog zu Industrie-4.0-Aktivitäten löst die digitale Transformation auch in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft einen Innovationsschub aus: Lokale und regionale Versorgungsketten für mehr Gesundheit, Pflege und Betreuung funktionieren immer besser. Arbeitsabläufe, Aufgaben und Tätigkeiten an den Grenzstellen unterschiedlicher Leistungsbe- reiche sind von Beschäftigten, ihren Interessenvertretungen und dem Management aktiv weiterentwickelt worden (Evans/Hielscher/Voss 2018). In einem modernen Produktivitätsverständnis wird durch Technikeinsatz eingesparte Zeit nicht wegrationalisiert, sondern für mehr Interaktionsarbeit und gesündere Arbeit genutzt.

Durch höhere Löhne und Arbeitszeitvolumina der Beschäftigten in sozialen Dienstleistungen ist die Einnahmehasis des Staatshaushalts und der Sozialversicherungen gestärkt worden. Darüber hinaus konnten sich durch den Ausbau der Infrastruktur auch andere Personengruppen, die soziale Dienstleistungen nun vermehrt in Anspruch nehmen können und so entlastet werden, stärker in den Arbeitsmarkt einbringen, weshalb die Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern insgesamt gestiegen ist, was die Einnahmehasis des Staates und der Sozialversicherungen zusätzlich verbessert hat.

Die Erzählung von der gesellschaftlichen Weiterentwicklung der sozialen Marktwirtschaft in Deutschland ist lange ohne die Bedeutung und den Wert sozialer Dienstleistungen erzählt worden. Wir möchten einen Beitrag dazu leisten, diesen Baustein in die Erzählung einzubauen.

LITERATUR

- Aiken, Linda H. / Sloane, Douglas M. / Bruyneel, Luk / Van den Heede, Koen / Griffiths, Peter / Busse, Reinhard / Diomidous, Marianna / Kinnunen, Juha / Kózka, Maria / Lesaffre, Emmanuel / McHugh, Matthew D. (2014):** Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in: *Lancet*, 383 (9931), S. 1824–1830, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/pdf/nihms571000.pdf.
- Albu, Nora / Herzog-Stein, Alexander / Stein, Ulrike / Zwiener, Rudolf (2017):** Arbeitskosten steigen in Europa sehr Verhalten. Arbeits- und Lohnstückkostenentwicklung 2016 im europäischen Vergleich, IMK Report, Nr. 128, Düsseldorf: Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) der Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_imk_report_128_2017.pdf.
- Berninger, Ina / Dingeldey, Irene (2013):** Familieneinkommen als neue Normalität?, in: *WSI Mitteilungen* 3/2013, S. 182–191, www.boeckler.de/wsimit_2013_03_Berninger.pdf.
- Bispinck, Reinhard (2003):** Das deutsche Tarifsystem in Zeiten der Krise – Streit um Flächentarif, Differenzierung und Mindeststandards, in: *WSI Mitteilungen* 7/2003, S. 395–404, www.boeckler.de/wsimit_2003_07_bispinck.pdf.
- Bispinck, Reinhard (2013):** Tarifvergütungen für berufsfachlich qualifizierte Beschäftigte, in: *WSI Mitteilungen* 3/2013, S. 201–209, www.boeckler.de/wsimit_2013_03_Bispinck.pdf.
- Bispinck, Reinhard / Schulten, Thorsten (1999):** Flächentarifvertrag und betriebliche Interessenvertretung, in: Müller-Jentsch, Walther (Hrsg.), *Konfliktpartnerschaft*, 3. Aufl., München / Mering: Hampp Verlag, S. 185–212.
- Blank, Florian (2017):** Aufschwung mit Hindernissen – professionelle Sorgearbeit in Deutschland, in: *WSI Mitteilungen* 3/2017, S. 173–179.
- Blank, Florian / Schulz, Susanne Eva (2015):** Soziale Sicherung unter dem Brennglas. Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11144.pdf>.
- Bock-Famulla, Kathrin / Strunz, Eva / Löhle, Anna (2017):** Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2017. Transparenz schaffen – Governance stärken, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela / Hilbert, Josef (2013):** Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom »Berufebasteln« zur strategischen Berufsbildungspolitik, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf>.
- Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela / Hilbert, Josef / Öz, Fikret (2014):** Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Arbeitspapier, Nr. 306, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf.
- Brussig, Martin / Ribbat, Mirko (2014):** Entwicklung des Erwerbsaustrittsalters: Anstieg und Differenzierung, Altersübergangs-Report 2014–01, Düsseldorf / Berlin / Duisburg-Essen, www.iaq.uni-due.de/auem-report/2014/2014-01/auem2014-01.pdf.
- Bühler, Sylvia (2017):** Markt und Gewinnstreben im Sozialsektor, in: *WSI Mitteilungen* 3/2017, S. 218–220.
- Bundesagentur für Arbeit (2013):** Methodische Hinweise zum Anforderungsniveau nach dem Zielberuf der auszuübenden Tätigkeit, https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_280842/Statischer-Content/Grundlagen/Methodische-Hinweise/AST-MethHinweise/Anforderungsniveau-Berufe.html.
- Bundesagentur für Arbeit (2017):** Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-12.pdf>.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2017):** Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2017. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bonn, www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb_datenreport_2017.pdf.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018):** Brückenteilzeit kommt, Pressemitteilung vom 19. 4. 2018, Berlin, <http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2018/brueckenteilzeit.html>.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017):** Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin, www.gleichstellungsbericht.de/zweiter-gleichstellungsbericht.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.):** Pflegeberufegesetz, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberufegesetz/.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017):** Stärkung der Pflege im Krankenhaus. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Koalitionsfraktionen und Länder verständigen sich auf die Einführung von Personaluntergrenzen, Pressemitteilung vom 7. 3. 2017, Berlin, www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus/.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) (2017):** Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen. Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern, Berlin: Bundestags-Drucksache 18/11414, www.bpa.de/Fachinformationen-Positionen.343.0.html?&no_cache=1&tx_bpapadocumentlist_pi1%5Buid%5D=803276.
- Conrads, Ralph / Holler, Markus / Kistler, Ernst / Kühn, Daniel / Schneider, Daniela (2016):** Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 5, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_005_2016.pdf.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (2016):** Mein Recht auf Frei. Sammelband zur DBfK-Aktion, Berlin, www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Mein-Recht-auf-Frei_Sammelband-2016.pdf.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (2018):** 21. Parlament der Arbeit. DGB-Bundeskongress. Anträge, <http://bundeskongress.dgb.de/antraege/++co++7fee96c6-4e15-11e8-8e14-52540088cada>.

- Dielmann, Gerd (2013):** Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht, in: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, S. 149–176, www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf.
- Emunds, Bernhard (2016):** Damit es Oma gutgeht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden, Frankfurt am Main: Westend Verlag.
- Evans, Michaela (2016):** Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel, WISO Diskurs 23/2016, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12940.pdf>.
- Evans, Michaela (2017):** Aufwertung sozialer Dienstleistungsarbeit mit Bodenhaftung. Erkenntnisse aus DIALOGS – Wege zum »Branchendialog Altenpflege«, Forschung Aktuell, Nr. 12/2017, Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik (IAT), www.iatge.de/forschung-aktuell/2017/fa2017-12.pdf.
- Evans, Michaela / Kerber-Clasen, Stefan (2017):** Arbeitsbeziehungen in der Care-Arbeit: Blockierte Aufwertung?, in: WSI-Mitteilungen 3/2017, S. 180–188.
- Evans, Michaela / Hielscher, Volker / Voss, Dorothea (2018):** Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik die Pflege stärken kann, Policy Brief, Nr. 4, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_pb_004_2018.pdf.
- Fischer, Miriam (2017):** Altenpflege. Fachkraftquote absenken? Contra, in: drei – Zeitung des ver.di-Fachbereichs 3 für die Mitglieder im Gesundheits- und Sozialwesen, Nr. 63, S. 2, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/drei/drei-63/+++co++61849be6-ad8d-11e7-acb5-525400ff2b0e>.
- Frank, Marco (2018):** Pflegepolitik im Koalitionsvertrag. Gute Vorsätze für die Pflege unter Finanzierungsvorbehalt, in: Soziale Sicherheit 3/2018, S. 101–104.
- Gottschall, Karin / Schröder, Tim (2013):** »Familienlohn«. Zur Entwicklung einer wirkmächtigen Normierung geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung, in: WSI Mitteilungen 3/2013, S. 161–170.
- Greß, Stefan (2018):** Stellungnahme Pflegepersonalmangel, Ausschussdrucksache 19(14)0006(9) der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 18. 4. 2018, Berlin.
- Greß, Stefan / Stegmüller, Klaus (2016):** Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), pg-papers 1/2016, Fulda: Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/368/file/pgp_2016_01_gress_stegmueller.pdf.
- Grgic, Mariana / Riedel, Birgit / Weilmayer, Lena Sophie / Weimann-Sandig, Nina / Wirner, Lisa (2018):** Quereinsteigende auf dem Weg zur Fachkraft. Erfahrungen in den Berufsfeldern Kindertagesbetreuung und Altenpflege, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (im Erscheinen).
- Hall, Anja / Leppelmeier, Ingrid (2015):** Erzieherinnen und Erzieher in der Erwerbstätigkeit. Ihre Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und die Folgen, Wissenschaftliche Diskussionspapiere, H. 161, Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/7664.
- Hans-Böckler-Stiftung (2015):** Sozial und Erziehungsdienste: Arbeitsanforderungen besonders stark gestiegen. Pressemitteilung vom 3. 6. 2015, www.boeckler.de/52614_54339.htm.
- Heintze, Cornelia (2015):** Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2. Aufl., Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>.
- Heintze, Cornelia (2018):** Öffentliche Aufgabe braucht öffentliche Infrastruktur. Frauengleichstellung und der gesellschaftliche Wert öffentlich gestalteter Caredienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, in: Häußler, Angelika / Küster, Christine / Ohrem, Sandra / Wagenknecht, Inga (Hrsg.): Care und die Wissenschaft vom Haushalt. Aktuelle Perspektiven der Haushaltswissenschaft, Wiesbaden: Springer VS, S. 203–227.
- Helmrich, Robert / Güntürk-Kuhl, Betül / Hall, Anja / Koscheck, Stefan / Leppelmeier, Ingrid / Maier, Tobias / Tiemann, Michael (2016):** Attraktivität und Zukunftsaussichten in den Berufsfeldern Pflege und Erziehung, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 11, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_011_2016.pdf.
- Hielscher, Volker / Kirchen-Peters, Sabine / Nock, Lukas (2017):** Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 363. Düsseldorf, www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf.
- Hielscher, Volker / Nock, Lukas / Kirchen-Peters, Sabine / Blass, Kerstin (2013):** Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden: Springer VS, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01378-3>.
- Hilbert, Josef / Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela (2014):** Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen, in: WSI Mitteilungen 1/2014, WSIS. 43–51, www.boeckler.de/wsimit_2014_01_hilbert.pdf.
- Hipp, Lena / Kelle, Nadiya / Ouart, Lydia-Maria (2017):** Arbeitszeiten im sozialen Dienstleistungssektor im Länder- und Berufsvergleich, in: WSI Mitteilungen 3/2017, S. 197–204.
- Institut für Arbeit und Qualifikation (IAQ) (2018):** Neue Forschungsergebnisse zum Gender Pay Gap. Weibliche Arbeit weniger wert?, IAQ-Pressemitteilung vom 12. 3. 2018, Duisburg 2018, www.iaq.uni-due.de/aktuell/presse/2018/180312.php.
- Jochmann-Döll, Andrea / Tondorf, Karin (2009):** Diskriminierungsfreie Tarifverträge, edition der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 151, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_151.pdf.
- Jürgens, Kerstin / Hoffmann, Reiner / Schildmann, Christina (2017):** Arbeit transformieren! Denkanstöße der Kommission »Arbeit der Zukunft«, Bielefeld: transcript, www.boeckler.de/pdf/p_forschung_hbs_189.pdf.
- Klenner, Christina / Lott, Yvonne (2016):** Arbeitszeitoptionen im Lebensverlauf. Bedingungen und Barrieren ihrer Nutzung im Betrieb. WSI Study, Nr. 4, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_wsi_studies_4_2016.pdf.

Lichtwardt, Nina Theresa (2017): Hauptschülerinnen und Hauptschüler auf dem Weg zur vollqualifizierenden Ausbildung in der Erziehung und der Altenpflege. Eine explorative Vorstudie, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 31, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf_fof/98940.pdf.

Lillemeier, Sarah (2017): Sorgeberufe sachgerecht bewerten und fair bezahlen! Der »Comparable Worth-Index« als Messinstrument für eine geschlechtergerechte Arbeitsbewertung, IAQ-Report 2017/2, Duisburg 2017, www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2017/report2017-02.pdf.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2012): Eckpunktepapier zur Implementierung einer praxisintegrierten Erzieherinnen- und Erzieherausbildung in Baden-Württemberg, www.mpsloe.de/images/eckpunktepapier_pia.pdf.

Minssen, Heiner (2006): Arbeits- und Industriosozologie. Eine Einführung, Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Nehlich, Helma (2017): Auf dem Rücken des Personals. An der Berliner Charité gibt es seit einem Jahr tarifliche Mindestbesetzungen in der Pflege, aber man hält sich nicht daran, in: *ver.di Publik 3/2017*, S. 6, <http://publik.verdi.de/2017/ausgabe-03/gewerkschaft/gewerkschaft/seite-6/A1>.

Otremba, Katrin / Walcher, Gina (2018): HauptschülerInnen auf dem Weg zur Ausbildung als ErzieherIn und AltenpflegerIn, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 69, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_069_2018.pdf.

Pütz, Robert / Kontos, Maria / Larsen, Christa / Rand, Sigrid / Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (2018): Pflegefachkräfte aus dem Ausland. Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 386, Düsseldorf (im Erscheinen).

Schmidt, Tanja / Voss, Dorothea (2014): Arbeitsmarkt- und geschlechtsdifferenzielle Einflussfaktoren auf die Ausübung einer geringfügigen Nebenbeschäftigung, in: *Industrielle Beziehungen* 21(1), S. 36–57.

Schroeder, Wolfgang (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 373, Düsseldorf, www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_373.pdf.

Schulten, Thorsten / Seikel, Daniel (2018): Upgrading German Public Services. The role of trade union campaigns and collective bargaining with regard to working conditions in day care centres, primary education and hospitals, WSI Study, Nr. 12, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (im Erscheinen).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2017): Ein Pakt für die Pflege in Berlin – Senatorin Kolat will Akteure stärken und allgemeingültigen Tarifvertrag erreichen, Pressemitteilung vom 11. 12. 2017, www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2017/pressemitteilung.656790.php.

Simon, Michael / Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 27, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf.

Spieß, Katharina / Storck, Johanna (2016): Fachkräfte in der frühen Bildung – Erwerbssituation, Einstellungen und Änderungswünsche. Eine Analyse auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und Familien in Deutschland (FID), Working Paper Forschungsförderung, Nr. 9, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_009_2016.pdf.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2016, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden, www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Grunddaten/Krankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Deutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017c): Verdienste auf einen Blick, Wiesbaden, www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VerdiensteArbeitskosten/Arbeitnehmerverdienste/BroschuereVerdiensteBlick0160013179004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1. 3. 2017, Wiesbaden, www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Tageseinrichtungen/Kindertagespflege5225402177004.pdf?__blob=publicationFile.

Stiglitz, Joseph E. / Sen, Amartya / Fitoussi, Jean-Paul (2010a): Mismeasuring Our Lives. Why GDP Doesn't Add Up. The Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, New York: The New Press.

Stiglitz, Joseph E. / Sen, Amartya / Fitoussi, Jean-Paul (2010b): Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/1267/1/Measurement_of_economic_performance_and_social_progress.pdf.

Stumpfögger, Niko (2017): Pflege: Gefährliche Nachtpflege im Krankenhaus, in: *Soziale Sicherheit* 66/2017, S. 367–371.

Theobald, Hildegard / Szebehely, Marta / Preuß, Maren (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich, Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Transformationen im Wohlfahrtsstaat, Bd. 155, Berlin: edition sigma.

ver.di (o. J.): Pflegepolitik. Pflegemindestlohn steigt, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/pflegepolitik/+co++b83195ba-cef4-11e7-85f9-525400423e78>.

Wanger, Susanne (2011): Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit. Viele Frauen würden gerne länger arbeiten, IAB-Kurzbericht 9/2011, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), doku.iab.de/kurzber/2011/kb0911.pdf.

Weimann-Sandig, Nina / Weihmayer, Lena Sophie / Wirner, Lisa (2016): Quereinstiege in Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Ein Bundesländervergleich, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 335, Düsseldorf, www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_335.pdf.

Wippermann, Carsten (2016): Was junge Frauen wollen. Lebensrealitäten und familien- und gleichstellungspolitische Erwartungen von Frauen zwischen 18 und 40 Jahren, Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Politik und Gesellschaft, <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/12633.pdf>.

Zöller, Maria (2015): (Vollzeit-)Schulische Ausbildungsgänge mit einem beruflichen Abschluss gemäß und außerhalb BBiG/HwO. Vertiefende Analysen der Entwicklungen in Deutschland, Wissenschaftliche Diskussionspapiere, H. 159, Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/7661.

Alle Links wurden zuletzt am 27. 4. 2018 geprüft.

Die Aufwertung sozialer Dienstleistungen ist Voraussetzung für eine zukunftsfähige Gesellschaft und Wirtschaft. Die Aufwertung muss höhere Entgelte, eine bessere Personalausstattung, eine Abkehr von der auf Teilzeit ausgerichteten Arbeitsorganisation und bessere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten im Lebenslauf umfassen. Trotz des gesellschaftlichen Rückenwinds könnte sie jedoch an Interessenge-

gensätzen und Finanzierungsvorbehalten scheitern. Zwar kursieren inzwischen einige Vorschläge zur Aufwertung, doch auch die Stolpersteine sind zahlreich. Um sie aus dem Weg zu räumen, ist auch eine andere Sicht auf Wohlstand, Wachstum und Lebensqualität in einer modernen Erwerbsgesellschaft nötig.

IMPRESSUM

Herausgeber

© Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Satz

Manja Hellpap, Berlin

Düsseldorf,
Juni 2018

ISSN 2511-6177



»Aufwertung von sozialen Dienstleistungen« von Christina Schildmann und Dorothea Voss ist lizenziert unter **Creative Commons Attribution 4.0 (BY)**.

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.