

Soziale Dienste und Beschäftigung

Problemstellung

Im Rahmen der Debatte um einen Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft und insbesondere einer wachsenden Tertiärisierung geraten auch die sozialen Dienste sowohl in den Fokus der Arbeits- und Wirtschaftssoziologie als auch beschäftigungspolitischer Diskurse. Generell haben sich der Dienstleistungssektor und insbesondere einzelne Sparten (wie etwa die sozialen Dienste) in den letzten Jahren positiv entwickelt. Damit setzt sich ein lang anhaltender Trend fort, der dazu geführt hat, dass Dienstleistungstätigkeiten den Arbeitsmarkt dominieren: Während seit Jahrzehnten Millionen von Arbeitsplätzen im sekundären Sektor verloren gegangen sind, wurden im Dienstleistungssektor einige Millionen neue geschaffen. Im konjunkturellen Aufschwung zwischen 2006 und 2007 wuchs bspw. die Zahl der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor um über 500.000 (in der Industrie konnte demgegenüber nur ein Zuwachs von knapp 100.000 Erwerbstätigen verzeichnet werden).

Innerhalb einer Generation hat die Wirtschaft ihr Gesicht völlig verändert: Noch 1960 war fast jeder zweite Erwerbstätige in der Industrie oder im Bergbau und noch unter 40 Prozent im Dienstleistungssektor tätig. Im Jahr 2007 arbeiteten dagegen nur noch etwas mehr als ein Drittel im sekundären Sektor und mehr als 70 Prozent im tertiären Bereich. Nicht nur nach dem Anteil der Erwerbstätigen, sondern auch gemessen an der Wirtschaftsleistung ist es mit der Führungsrolle des ‚Produktionswesens‘ vorbei (vgl. als Überblick Hartmann, Schmid und Häußermann/Siebel in diesem Band sowie die Beiträge in Hartmann/Mathieu 2002). Wenngleich der Trend zur Dienstleistungsökonomie weiter voranschreitet, ist der tertiäre Sektor nicht der alleinige Wachstumsträger, da viele Dienstleistungen weiterhin mit industriellen Aktivitäten gekoppelt sind (vgl. Heinze 2006, 197ff.). Dies wird zum Beispiel in verschiedenen Segmenten der Gesundheitswirtschaft – etwa in der Verkopplung von medizintechnischen Innovationen mit Dienstleistungen – sichtbar.

Die wachsende wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung hat in den letzten Jahren zwar die Forschung auf diesem Gebiet intensiviert, dennoch ist die Dienstleistungsforschung insgesamt noch immer relativ schwach ausgeprägt – und dies gilt vor allem für soziale Dienste.

Soziale Dienste: Definitionen und konzeptionelle Einordnung

Die Begriffe soziale Dienste oder soziale Dienstleistungen (beide Begriffe werden in diesem Text synonym verwandt) werden in den Sozialwissenschaften häufig nur grob umrissen; der Sektor ist durch eine große Heterogenität geprägt. Bereits Badura/Gross stellten vor über 30 Jahren in ihrem wegweisenden Buch zu sozialen Dienstleistungen fest, dass es keine soziologisch verbindliche Definition für soziale Dienste gibt (oft werden sie allerdings in der Öffentlichkeit mit Sozialhilfe oder der Fürsorge allgemein assoziiert) und sprechen von sozialen Diensten immer dann, wenn es sich um sozialpolitisch relevante personenbezogene Dienste handelt (dies. 1976). Grunow wählt eine sehr breite Definition und beschreibt soziale Dienstleistungen als eine zwischenmenschliche Form von Hilfeleistungen, die sich an immateriellen Problemen und den besonderen Lebensumständen des Einzelnen orientieren, von privaten oder staatlichen Institutionen und Einzelpersonen erbracht werden und darauf abzielen, die physische und psychischen Lebens- und Erlebnisfähigkeit sowie die Sozialfähigkeit wiederherzustellen oder zu verbessern (vgl. ders. 2006: 805 sowie ders. in diesem Band). Unstrittig in allen konzeptionellen Definitionsversuchen ist „die Haushalt- bzw. Personenorientierung von sozialen Dienstleistungen. In Abgrenzung zu unternehmens- bzw. produktionsorientierten Dienstleistungen richten sich soziale Dienstleistungen unmittelbar an natürliche Personen (personenbezogene DL) bzw. mittelbar an Personen in ihren jeweiligen Haushaltszusammenhängen (haushaltsbezogene DL).

Zu den personenbezogenen sozialen Dienstleistungen können daher gezählt werden:

- Gesundheitsdienstleistungen,
- (Körper-) Pflegedienstleistungen,
- Erziehung und Bildung,
- Beratung und Betreuung,
- Freizeitdienstleistungen (Kultur und Sport) und
- Sicherheitsdienstleistungen (Hausnotrufsysteme).

Zu den haushaltsbezogenen sozialen Dienstleistungen gehören:

- Reinigung der Wohnung,
- Einkauf,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- kleinere Reparaturen in der Wohnung und
- Sicherheitsdienstleistungen (Wachdienste) (Schneiders 2010: 12ff.; vgl. auch Bauer 2001).

Die personenbezogenen sozialen Dienstleistungen weisen gewisse Charakteristika auf, die sie von anderen Dienstleistungen unterscheiden (vgl. Richter 2002; Frohn 2004; Braun 2005 und Bäcker/Naegele et al. 2008: 509ff.):

- Personenbezug und begrenzte Rationalisierbarkeit,
- Uno-actu-Prinzip,
- Ko-Produktion,
- eingeschränkte Kundensouveränität,
- Informationsasymmetrien zwischen Adressaten und Anbietern sozialer Dienste,
- Unbestimmtheit der Nachfrage und
- Soziale Dienste als Erfahrungs- und Vertrauensgüter.

Wenn auch einige dieser Charakteristika (insbesondere das uno-actu-Prinzip) im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien erodieren, so sind soziale Dienstleistungen weiterhin von anderen Dienstleistungen abgrenzbar. Die Bandbreite der beschriebenen sozialen Dienste zeigt die bemerkenswerte Dynamik der historischen Entwicklung: „Von Fürsorgemaßnahmen für gesellschaftliche Problemgruppen haben sie sich binnen eines Jahrhunderts zu Dienstleistungen für breite Bevölkerungsschichten entwickelt“ (Sachße 2002: 3).

Tabelle 1: Ausgewählte Zielgruppen sozialer Dienste

Empfänger	Einrichtungen und Dienstleistungen
Kinder und Jugendliche	Kinderkrippen, -gärten, -horte, Tagespflege, Jugendfreizeitstätten, Jugendsozialarbeit
Familien	Ehe- und Scheidungsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Erziehungsberatung, Hilfe zur Erziehung, sozialpädagogische Familienhilfen
Frauen	Wiedereingliederungshilfen nach familienbedingter Berufsunterbrechung, Frauenhäuser
Ältere Menschen	Beratungsangebote, Hilfen zur Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung, spezielle Wohnangebote wie betreutes Wohnen
Arbeitslose	Beschäftigungsprojekte, berufsvorbereitende Maßnahmen, Unterstützungs- und Trainingsprogramme für Langzeitarbeitslose, Arbeitslosenzentren
Kranke und Pflegebedürftige	Ambulante, teilstationäre und stationäre medizinisch-pflegerische Versorgung, häusliche Krankenpflege, nachgehende Betreuung, öffentlicher Gesundheitsdienst
Suchtkranke, psychisch Kranke	Suchtkrankenhilfe, Drogenberatung, Therapiezentren und -kliniken, sozial-psychiatrische Dienste, betreutes Wohnen, Telefonseelsorge
Menschen mit Behinderungen	Eingliederungshilfe, Sonderkindergärten und -schulen, Behindertenwerkstätten, Wohnheime, betreutes Wohnen

In den vergangenen Jahrzehnten sind die professionellen sozialen Dienste vor dem Hintergrund eines wachsenden Bedarfs in der Bevölkerung sowie abnehmender Leistungsressourcen der individuellen Selbst- und der familiären Hilfe erheblich ausgeweitet worden. Die Entwicklung im Bereich der sozialen Dienste spiegelt die Entwicklung der Anlässe: Sie sind

vielfältiger geworden, verändern sich permanent und entziehen sich dabei immer mehr einer systematischen Erfassung und bürokratischen Umsetzung.

Die Expansion sozialer Dienste ist insgesamt verknüpft mit einer Ausweitung der Leistungsbezieher von Sozialleistungen in Deutschland. Inzwischen gibt es sogar mehr Bezieher von Sozialleistungen als Produzenten. „Das Jahr 1996 markiert eine *Wasserscheide* des deutschen Wohlfahrtsstaates. Seitdem leben in Deutschland mehr Rentner, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger als sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer. Das Ereignis kennzeichnet einen gesellschaftlichen Strukturbruch. Und es steht zugleich für einen späten und politisch ungewollten Triumph des Wohlfahrtsstaates: Bei einer wachsenden Zahl von Leistungsempfängern werden die sozialen Sicherungssysteme noch mehr als bisher zur staatstragenden Einrichtung“ (Czada 2008: 191f.; vgl. auch Heinze 2008). Vor diesem Hintergrund waren schon seit Jahrzehnten neoliberale Kritiker des deutschen Wohlfahrtsstaatsmodells vor einer mächtigen und bevormundenden *Sozialstaatsbürokratie*, die jegliche Eigeninitiative lähme.

Die Erbringung sozialer Dienstleistungen erfolgt in Deutschland von drei Akteuren: 1. öffentlichen Trägern, 2. der freien Wohlfahrtspflege und 3. den privat-gewerblichen Anbietern. Gerade hinsichtlich der beschäftigungspolitischen Bedeutung nehmen die Wohlfahrtsverbände dabei eine herausragende Stellung ein; ihnen kommt insgesamt gesehen ein ‚öffentlicher Status‘ zu, was sich auch im Selbstverständnis widerspiegelt: Sie sehen sich neben den Verbänden von Kapital und Arbeit als ‚dritte Sozialpartner‘, die umfangreich an der Gestaltung des Soziallebens beteiligt sind, und zwar nicht primär als Interessenvertretungen, sondern als Anbieter und ‚freie‘ Träger sozialer Dienste sowie als Anwälte sozial Schwacher. Diese Merkmale sind nicht nur für Wohlfahrtsverbände als besonderen Typus einer Verbandsorganisation charakteristisch; vielmehr prägt ihre Existenz auch die institutionelle Struktur des deutschen Sozialstaatsmodells, das sich gerade durch die Arbeitsteilung mit Wohlfahrtsverbänden von anderen westeuropäischen ‚Wohlfahrtsstaatstypen‘ abhebt und auf einen besonderen historischen Entwicklungspfad bzw. auf eine spezifische Koevolution von Verbänden und (christdemokratischem) Wohlfahrtsstaat schließen lässt (vgl. ausführlich Schmid 1996; Heinze/Olk 1981 sowie die Beiträge in Gabriel 2001).

Seit Mitte der 1990er-Jahre geraten die klassischen Maximen des Subsidiaritätsprinzips zunehmend ins Hintertreffen, da nicht mehr gesellschaftliche Vielfalt und weltanschauliche Pluralität als maßgebliche Vergabekriterien für die Erbringung sozialer Dienste herangezogen werden, sondern die ökonomischen Prinzipien des Kontraktmanagements und der Qualitätskontrolle. Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in einem Wandel sozialpolitischer Leitbilder in der Regierungspolitik gerade auf Bundesebene. So prägen Stichworte wie ‚aktivierende‘ oder ‚investive‘ Sozialpolitik oder auch ‚Vermarktlichung‘ und ‚Ökonomisierung‘ zunehmend den sozialpolitischen Diskurs (vgl. Heinze 2009 sowie die Beiträge in Evers/Heinze 2008).

Diese ‚Vermarktlichungsprozesse‘ schlagen sich auch in der Arbeitsmarkt- bzw. Beschäftigungsstatistik nieder. So machen im Bereich der Altenpflege bereits heute die privaten ambulanten Pflegedienste fast 60 Prozent der Anbieter aus. Ähnliche Tendenzen zeichnen sich auch in einem Bereich ab, der in der Vergangenheit stark von kommunalen und freigemeinnützigen Trägern geprägt war, dem Krankenhaussektor. Waren 1991 von den insgesamt 2.164 Krankenhäusern noch fast 85 Prozent in öffentlicher oder freigemeinnützi-

ger Hand, ist im Jahr 2006 zum einen die Zahl der Krankenhäuser um drei Prozent gesunken und zum anderen der Anteil der privaten Anbieter auf fast 30 Prozent gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, weiterführend Specke 2005). Auch für die Zukunft gehen Arbeitsmarktexperten in ihren Prognosen von einer weiteren Verschiebung der Arbeitsteilung zwischen öffentlichen, halböffentlichen und privaten Trägern zu Gunsten der Privaten sowie hybriden Organisationsformen, die zwischen Markt, Staat und dem ‚Sozialkapital‘ der Zivilgesellschaft angesiedelt sind, aus (vgl. Schnur/Zika 2002 und Evers et al. 2002 sowie die Beiträge in Merz 2008). Um auf die veränderten Rahmenbedingungen zu reagieren, nehmen die freien Träger der Wohlfahrtspflege weitreichende organisatorische Umstrukturierungen vor. So gehen die häufig als ‚eingetragene Vereine‘ organisierten Verbände und Einrichtungen immer häufiger dazu über, soziale Betriebe in Form von GmbH oder gGmbH auszugliedern.

Soziale Dienste in Zahlen und ihre arbeitsmarktpolitische Bedeutung

Die sozialen Dienste sind in Deutschland ein wichtiges Beschäftigungsfeld: Mehr als zehn Prozent der Beschäftigten arbeiten im Gesundheits- und Sozialwesen, mit steigender Tendenz (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Beschäftigte im Bereich sozialer Dienste 1999 und 2007

	1999		2007	
	absolut	in Prozent der Beschäftigten	absolut	in Prozent der Beschäftigten
<i>nach Wirtschaftsgruppen</i>				
Gesundheitswesen	1.600.876	6,2	1.795.898	7,1
Sozialwesen	1.261.402	4,9	1.432.412	5,7
<i>nach Berufsgruppen und -ordnungen</i>				
Ärzte, Apotheker	159.321	0,6	194.729	0,8
Übrige Gesundheitsberufe	1.441.555	5,6	1.601.169	6,4
darunter:				
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	592.062	2,3	638.797	2,5
Helfer in der Krankenpflege	199.874	0,8	220.418	0,9
Sozialpflegerische Berufe	853.870	3,3	1.048.847	4,2
darunter:				
Sozialarbeiter, Sozialpfleger, Jugend- und Altenpfleger	307.938	1,5	399.905	1,6
Heimleiter, Sozialpädagogen	198.106	0,8	245.718	1,0
Kindergärtnerinnen u. -pflegerinnen	338.863	1,3	383.773	1,5

Quelle: IAB, Berufe im Spiegel der Statistik, <http://www.pallas.iab.de/bisds/berufe.htm>

Studien zur weiteren Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs in Deutschland gehen von einem weiter wachsenden Anteil des Dienstleistungssektors an der Gesamtbeschäftigung aus

(von 68,2 Prozent im Jahr 2000 auf rund 75 Prozent im Jahr 2015). Der Anteil der sonstigen Dienstleistungen (zu denen das Gesundheits- und Sozialwesen gerechnet wird) soll um ein-einhalb Prozent auf 22,6 Prozent ansteigen (vgl. Schnur/Zika 2002: 5).

Betrachtet man die sozialen Dienste der freien Wohlfahrtspflege als wirtschaftliche Branche, so ist sie (gemessen an den Personalkosten) deutlich größer als etwa der Hoch- und Tiefbau, die chemische Industrie, die Deutsche Post oder die Bahn. Der hohe arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Stellenwert der freien Wohlfahrtspflege wird deutlich, wenn man bedenkt, dass in diesem Bereich schon Ende der 1990er-Jahre über 1,25 Millionen Erwerbstätige beschäftigt waren (Anstieg auf 1,4 Millionen in 2004; davon etwa 30 Prozent in Teilzeit), wobei die Caritas mit über 570.000 und die Diakonie mit rund 470.000 Mitarbeitern die – mit Abstand – größten Wohlfahrtsverbände sind. Diese große beschäftigungspolitische Bedeutung ist auf das massive Wachstum der Wohlfahrtsmärkte, nicht nur in der Bundesrepublik zurückzuführen und vom Potential her wächst dieser Markt stärker als die Gesamtwirtschaft (weitere Zahlen zur Entwicklung des Sektors vgl. Merchel in diesem Band). Dieser Strukturwandel hin zu ‚Wohlfahrtsmärkten‘ spiegelt sich besonders gut in verschiedenen Segmenten der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft wider, die in den letzten Jahren ein beeindruckendes Wachstum zu verzeichnen hatten und von vielen Experten als Zukunftsbranchen gesehen werden. Auf diesen Wohlfahrts- oder Sozialmärkten wird allerdings aus dem traditionellen Klienten in wachsendem Maße ein Verbraucher bzw. Kunde, was auch für die staatliche Politik eine stärkere Orientierung in Richtung Verbraucherschutz etc. impliziert (vgl. Nullmeier 2002 und Bode 2004).

Trotz ihrer herausragenden Stellung auf dem Arbeitsmarkt werden die Wohlfahrtsverbände in der Öffentlichkeit als Arbeitgeber kaum wahrgenommen. Dies ist deshalb überraschend, da sie in fast allen Feldern der sozialen Dienste zu finden sind: von der Drogen- und Familienberatung bis hin zu Pflegeheimen und Krankenhäusern. Wohlfahrtsverbände sind jahrelang im Alltag primär durch ‚Essen auf Rädern‘ oder Aufrufen zur Blutspende präsent gewesen; eine solche Zurückhaltung und Fehlwahrnehmung des Phänomens ist ebenfalls in der Öffentlichkeit verbreitet. Dabei erlebt die freie Wohlfahrtspflege seit dem Ausbau des deutschen Sozialstaates – relativ unabhängig von Regierungswechseln – ein kontinuierliches und zugleich dynamisches Wachstum. Sie ist seitdem unangefochten der wichtigste Träger sozialer Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Ungeachtet der Expansion sozialer Dienste ist eine wachsende Dienstleistungslücke zu konstatieren, die sich auch aus dem Verlust informeller Sozialbeziehungen ergibt. Im Zuge des Trends zur Individualisierung und Pluralisierung der Lebenswelt verlieren gemeinschaftliche Instanzen der Wohlfahrtsproduktion an Stabilität und Leistungsfähigkeit. Der Bedarf an immateriellen Hilfe- und Betreuungsleistungen wird zudem in den nächsten Jahren erheblich zunehmen, da die Zahl bspw. der pflegebedürftigen alten Menschen schon aus demographischen Gründen wächst. Die häufigeren Nachbarschaftskontakte älterer Menschen können z.B. die Hilfeleistungen durch direkte Verwandte nicht völlig ersetzen. Daher erklärt sich auch, dass viele der älteren Menschen aufgrund eines familiären Versorgungsdefizits eher auf andere wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen oder Marktangebote eingehen müssen. Hinzu kommt, dass ältere Menschen zunehmend bewusst für einen Teil der Unterstützungs- und Hilfeleistungen lieber auf professionelle Anbieter als auf das private Umfeld zurückgreifen.

Gerade im Hinblick auf die Bedeutung der Dienstleistungen für den Arbeitsmarkt kommt der Unterscheidung zwischen dem formellen und informellen Sektor eine erhebliche Bedeutung zu, da die Bandbreite der Überschneidungen beider Sektoren traditionell sehr hoch ist. Die gängigen Statistiken erfassen allerdings nur solche Tätigkeiten und Personen, die formell als Erwerbsarbeit organisiert bzw. als sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer registriert werden. Wenn nun eine bestimmte Tätigkeit, beispielsweise die Kinderbetreuung, die bislang von den Erziehungsberechtigten in Eigenarbeit geleistet wurde, in einem Kindergarten (also durch erwerbstätige KindergärtnerInnen) erbracht wird, dann kann der Dienstleistungssektor statistisch einen Zuwachs verbuchen. Diese Wanderungsbewegungen zwischen dem (statistisch erfassten) formellen Sektor und dem (statistisch nicht erfassten) informellen Sektor sind vor allem bei den Dienstleistungen häufig zu beobachten, weil dort eher als bei der Warenproduktion Substitutionsprozesse möglich sind. Vor allem gilt dies für die häusliche Pflege. Im Jahre 2007 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, d.h. sie erhielten Leistungen von der Pflegeversicherung. Der größte Teil davon wird zu Hause betreut. Im Einzelnen verteilen sich die Pflegebedürftigen auf die einzelnen Versorgungsarten wie folgt:

- 46 Prozent (etwas mehr als eine Millionen Menschen) werden zu Hause ausschließlich durch Angehörige – meistens Ehefrauen und Töchter – oder andere nahe stehenden Personen versorgt;
- 22 Prozent werden zu Hause durch 11.500 Pflegedienste betreut, die dafür insgesamt fast 240.000 Beschäftigten eingestellt haben, aber auch hier werden häufig noch Haushaltsmitglieder ergänzend aktiv;
- 32 Prozent leben in 11.100 Pflegeheimen und werden dort durch rund 575.000 Beschäftigte betreut.

Von einigen Autoren wird die These vertreten, dass der besondere Charakter der Arbeit in privaten Haushalten die informellen Erwerbsformen aufgrund der starken Abweichung vom Normalarbeitsverhältnis und der fehlenden betrieblichen Einbindung begünstigt (vgl. Geissler 2006). Alle bisherigen Bemühungen, diesen Tendenzen entgegenzuwirken und die privaten Haushalte als Arbeitgeber zu stärken (z.B. durch Steuererleichterungen und eine Vereinfachung der Verfahren) sind, gemessen an den hohen Erwartungen, nicht erfüllt worden. Zwar stieg die Zahl der Minijobs seit der Neuregelung auf 4,5 Millionen im Jahr 2003, doch aktuell sind die Zuwachsraten sehr gering. „Dies lässt vermuten, dass sich hinter dem zuvor steilen Anstieg in der Statistik der Minijobzentrale meist Umwandlungen von ehemals nicht gemeldeten Tätigkeiten in legale Arbeitsplätze verbergen. Gestützt wird diese Vermutung durch die Ergebnisse der Längsschnittstudie Sozio-ökonomisches Panel (SOEP). Danach liegt die Zahl der Privathaushalte, in denen Putz- und andere Haushaltshilfen beschäftigt werden, bei rund 4 Millionen“ (Schupp et al. 2006: 48f.).

Von Schwarzarbeit oder Schattenwirtschaft ist seit einiger Zeit insbesondere der Bereich der Altenpflege betroffen. Aufgrund der hohen Kosten für Intensiv-Betreuungen greifen immer mehr Familien – z.T. illegal oder ‚halblegal‘ bzw. geduldet – auf (qualifizierte und unqualifizierte) Pflegekräfte aus Osteuropa zurück, für die nur ein Bruchteil der Kosten

für legal Beschäftigte aufgebracht werden muss. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste in Deutschland schätzt für das Jahr 2008, dass über 100.000 Personen (vorwiegend aus mittel- und osteuropäischen Staaten) illegal als Pflegekräfte und Haushaltshilfen aktiv sind, wobei noch eine größere Grauzone an ‚halblegalen‘ Beschäftigung hinzukommt.

Das Ausmaß der Rückverlagerung von Dienstleistungen in den Haushalt oder andere soziale Formen der Eigenarbeit hängen zudem davon ab, ob und inwieweit die Haushalte, Gruppen oder Individuen über die zeitlichen und materiellen Ressourcen verfügen, um ihren Dienstleistungsbedarf ‚am Markt vorbei‘ zu decken. Von daher dürfte zum einen die weitere Entwicklung der in der Erwerbsarbeit geltenden Arbeitszeitregelungen sowie die Belastungsdauer für das Beschäftigungsvolumen im Dienstleistungssektor ebenfalls eine wichtige Rolle spielen.

Wenn auch die freie Wohlfahrtspflege unangefochten der wichtigste Träger sozialer Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland ist, gerät dennoch ein wesentlicher Pfeiler wohlfahrtsverbandlicher Strukturen, der in Selbstdarstellungen sehr oft als großer Vorteil gegenüber staatlichen Institutionen gepriesen wird, ins Wanken: das freiwillige verbandlich organisierte Engagement. Das Potential an Ehrenamtlichen verändert sich massiv, weil das klassische Ehrenamt mit seiner relativ festen Bindung an die Organisationen schwindet; das regelmäßige Engagement in der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Dennoch gibt rund ein Drittel der Bevölkerung in empirischen Befragungen an, in sozialen Netzwerken aktiv zu sein, d.h. Unterstützung bei Nachbarn, Verwandten und Bekannten sowie in ehrenamtlichen Tätigkeiten zu leisten. Zwischen dem ehrenamtlichen Engagement und anderen Formen informellen Helfens (etwa in Selbsthilfegruppen) gibt es eine große Grauzone der Beschäftigung, die in den Statistiken kaum abgebildet wird. Gerade im Hinblick auf die Bedeutung der Dienstleistungen für den Arbeitsmarkt kommt der Unterscheidung zwischen dem formellen und dem informellen Sektor deshalb eine erhebliche Bedeutung zu.

Auch von der weiteren Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit gehen Impulse für den Dienstleistungssektor aus. Unterstellt, dass sich der Zeitrahmen für die bislang im Haushalt geleistete Arbeit bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit reduziert, könnte eine Erhöhung der Erwerbsquote von Frauen gleichzeitig eine Zunahme der Nachfrage nach Dienstleistungen bedeuten. Was bislang an Kindererziehung, Altenbetreuung, Verpflegung etc. im Haushalt geleistet wurde und aufgrund der Aufnahme einer Beschäftigung nicht mehr geleistet werden kann, könnte als Wachstum der entsprechenden Dienstleistungssektoren in Erscheinung treten. Dies zeigt sich auch im internationalen Vergleich: In den Ländern mit einer hohen Erwerbsquote bei den Frauen (wie in Schweden, aber auch in Frankreich) ist der Bereich des formellen sozialen Dienstleistungssektors besonders ausgedehnt.

Der Hinweis auf Schweden verdeutlicht, wie stark die Expansion des Dienstleistungssektors von politischen Steuerungsoptionen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen abhängt. Die Trends und Gegentrends zur Dienstleistungsgesellschaft lassen sich also nicht verabsolutieren, sondern finden innerhalb gewisser Entwicklungspfade statt. Wir sind weder auf dem Weg in eine Dienstleistungsgesellschaft noch in eine ‚Selbstbedienungswirtschaft‘; die sozialen Entwicklungsmuster sind vielfältiger (vgl. bereits Alber 1995). Zudem muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Wachstum des tertiären Sektors eine Folge der sozialen Probleme und der wachsenden Risiken (und ihrer Individualisierung) ist.

Trotz einer Expansion der Dienstleistungsberufe gehört die Güterproduktion aber keineswegs der Vergangenheit an, wie es manchmal in den Theorien zur Dienstleistungsgesellschaft anklingt. Und auch die These, die Dienstleistungsgesellschaft sei vor allem durch qualifizierte Berufe gekennzeichnet (vgl. Bell 1985), erweist sich bei genauerem Hinsehen als eine Übertreibung. Wenngleich auch in der Bundesrepublik schon mehr als zwei Drittel der Erwerbstätigen einen Dienstleistungsberuf ausüben, trifft die Prognose einer allgemein erhöhten Qualität der Arbeit nicht ohne weiteres zu. Die weitaus meisten Erwerbstätigen sind zwar formell höher qualifiziert, bei der konkreten Tätigkeit zeigt sich diese allgemeine Entwicklungstendenz aber nur in einzelnen Berufen. Auch im internationalen Bereich ist eine *Polarisierung* der Beschäftigungschancen im Dienstleistungssektor zu beobachten: In den letzten Jahren ist sowohl die Zahl der qualifizierten Tätigkeiten (etwa im Erziehungs- und Gesundheitswesen) als auch die Zahl von relativ unqualifizierten und oft auch ungesicherten Jobs angestiegen.

Die Beschäftigungsdaten zeigen explizit, wie weit die Bundesrepublik bei der Entwicklung vom System der Einkommenssicherung zum ‚Soziale-Dienste-Staat‘ fortgeschritten ist. Die Expansion der Beschäftigung im Bereich sozialer Dienstleistungen verlief im internationalen Vergleich hierzulande dennoch eher zurückhaltend. Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern belegt die Bundesrepublik maximal einen mittleren Rang. Wenngleich gerade bei der Versorgung mit ambulanten und teilstationären Dienstleistungen noch ungenutzte Potentiale sozialer Dienste liegen, haben sich die sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen weithin unbemerkt zu einem der wichtigsten Expansionsbereiche im Beschäftigungssystem der letzten Jahrzehnte entwickelt.

Neben der quantitativen Ausweitung der Beschäftigung kann im Sektor der sozialen Dienste außerdem eine weitere Ausdifferenzierung der Berufsgruppen beobachtet werden. Dabei wird zwischen Gesundheitsberufen und sozialpflegerischen Berufen (z.B. Sozialarbeitern, Sozialpflegern, Jugend- und Altenpflegern) unterschieden, die in den letzten Jahren trotz eines allgemeinen Rückgangs der Beschäftigung im Vergleich zum Jahr 1999 um fast 14 Prozent gestiegen sind. Es fällt außerdem die große Heterogenität des Personals in arbeitsrechtlicher Hinsicht auf: So wird zwischen Erwerbstätigen (sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Voll- und Teilzeit, ABM-Kräften, Jahrespraktikanten, geringfügig Beschäftigten und Honorarkräften) und einer Vielzahl von Nicht-Arbeitnehmern wie etwa Zivildienstleistenden, Ordensangehörigen, Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres, unbezahlten Praktikanten oder ehrenamtlichen Mitarbeitern unterschieden. Dabei „[...] lässt sich im Sozialwesen – wie zuvor schon im Gesundheitswesen – ein Trend zur Professionalisierung der Tätigkeit erkennen, denn immer mehr Beschäftigte weisen eine fachspezifische Berufsausbildung und (Fach)Hochschulausbildung auf“ (Bäcker/Naeyege et al. 2008: 519). Im Gegensatz dazu stehen sozial- und arbeitsmarktpolitische Debatten, in denen soziale Dienste häufig als ‚Jedermannstätigkeiten‘ gesehen werden, die sich als relativ voraussetzungslose Arbeit besonders gut für unqualifizierte Langzeitarbeitslose eignen. Exemplarisch wird dies an den Plänen der Bundesregierung deutlich, ehemalige Arbeitslose zur Betreuung Demenzkranker in Pflegeheimen aus- und weiterzubilden. Zwar wird betont, dass sich die Angebote nur an Personen richten, die bereits pflegerisch tätig waren, dennoch befürchten Fachverbände und Pflegeexperten neben Qualitätseinbußen bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker außerdem einen Abbau der regulären zugunsten der öffentlich geför-

dernten Arbeitsplätze. Ähnliche Tendenzen können bei vornehmlich öffentlichen und gemeinnützigen Anbietern bereits seit langem beobachtet werden: Dort werden in hohem Maße Beschäftigte eingesetzt, die deutlich ‚preisgünstiger‘ als sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte sind. Dies betrifft zum Beispiel geringfügig Beschäftigte, selbstständige Honorarkräfte, Praktikanten, Schüler in Ausbildungsberufen oder Studierende im Praktikum oder Anerkennungsjahr. „Ein besonderes Gewicht kommt den rund 100.000 Zivildienstleistenden sowie den etwa 10.000 Helfern im freiwilligen sozialen und ökologischen Jahr zu [...]. Von den Zivildienstleistenden waren dabei über die Hälfte im Bereich der Pflegehilfen und Betreuungsdienste tätig. Ohne ihre Arbeit könnte die Versorgung nicht garantiert werden“ (Bäcker/Naegelé et al. 2008: 520).

Schon traditionell arbeitet fast ein Drittel aller Beschäftigten im Sektor soziale Dienste auf Teilzeitbasis (in den 1990er-Jahren waren es rund ein Drittel), Tendenz steigend. Im internationalen Vergleich scheint die Bundesrepublik damit hinsichtlich des Wachstums und der internen Strukturveränderung der sozialen Dienstleistungen einen nicht unproblematischen Weg zu gehen: Eine Kombination aus Vollzeitbeschäftigung und einem zunehmenden Anteil an teilweise prekären Nebenerwerbstätigen wird zum prägenden Muster.

Eine zweite, wichtige Entwicklung in der Personalstruktur der freien Wohlfahrtspflege betrifft vor allem die beiden – mit Abstand größten – konfessionellen Wohlfahrtsverbände, d.h. die Caritas und die Diakonie (vgl. zu den Herausforderungen kirchlicher Wohlfahrtsverbände die Beiträge in Gabriel 2001). In beiden Verbänden gilt das konfessionell gebundene Fach- und Führungspersonal, insbesondere die Ordenskräfte, als Garant qualitativ hochwertiger sozialer Dienstleistungen. Betrachtet man die Entwicklung dieser für Caritas und Diakonie wichtigen Personalgruppe, so ist ihr Anteil an den Beschäftigten dramatisch zurückgegangen. Im Jahre 1950 waren rund 57 Prozent der Mitarbeiter in Einrichtungen der Caritas Ordensangehörige; dieser Anteil hat sich bis 1993 stetig auf nur noch 4,5 Prozent reduziert. Beide Verbände sind angesichts dieser Entwicklung besonders bestrebt, die konfessionelle Bindung ihres Fach- und Führungspersonals durch eine strikte Anwendung der so genannten ACK-Regelung zu sichern: Bei der Besetzung von Führungs- und Leitungspositionen wird besonderer Wert auf die Mitgliedschaften in einer der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen (ACK) angehörenden Kirche gelegt. In den westdeutschen Bundesländern ließ sich diese Regelung in der Vergangenheit bei Einstellungen weitgehend realisieren. In den neuen Bundesländern erwies sich diese Verfahrensweise bei einem Anteil von 20 Prozent Protestanten und drei Prozent Katholiken an der Gesamtbevölkerung als nicht praktikabel.

Diese Abnahme konfessionell gebundenen Personals ist nicht nur verbands-, sondern auch tarifpolitisch bedeutsam. Caritas und Diakonie konnten als ‚Marktführer‘ bisher darauf vertrauen, dass ihr konfessionell gebundenes Führungs- und Leitungspersonal hochmotiviert, leistungsbereit und der Organisation gegenüber besonders loyal ist. Die geteilte religiöse Grundüberzeugung integrierte so unterschiedliche Gruppen, wie Vorstandsmitglieder, Geschäftsführer, Fachpersonal und ehrenamtliche Mitarbeiter, in die so genannte Dienstgemeinschaft. Unter den Bedingungen einer Dienstgemeinschaft gelten bei den konfessionellen Trägern besondere tarifvertragliche Vereinbarungen, deren Leistungen sich weitgehend an denen des öffentlichen Dienstes orientieren, gleichzeitig aber nur eine eingeschränkte Form der Mitbestimmung zulassen, da das Konzept der Dienstgemeinschaft von einem

weitgehenden Konsens zwischen Führungs- und Fachpersonal ausgeht. Mit dem Rückgang des Ordenspersonals und der verstärkten Rekrutierung konfessionell nicht gebundener Fachkräfte steht auch die Dienstgemeinschaft zur Disposition. Damit wird die Vertretung von Mitarbeiterinteressen, sei es in Form von Berufsverbänden und gewerkschaftlichen Interessenvertretungen, zu einer vorrangigen Aufgabe.

Damit wird deutlich, dass sich nicht nur die Struktur der Beschäftigungsverhältnisse merklich verändert hat, sondern auch die Rekrutierungsmuster Wandlungsprozessen ausgesetzt sind. Insbesondere zwei Faktoren beeinflussen diese Neustrukturierung maßgeblich: Da sind zum einen sozialrechtliche Änderungen, die am stärksten in der Pflegeversicherung ihren Niederschlag finden. Die Pflegeversicherung – vor allem ihre Umsetzung auf Länderebene mit neu vereinbarten Vergütungssystemen – erhöht zwar den Rationalisierungsdruck auf die Pflege, eröffnet jedoch den Leistungserbringern zugleich neue Spielräume, Personal flexibler einzusetzen und durch Zeiteinsparungen den Umsatz zu steigern. Die positiven Beschäftigungseffekte der Pflegeversicherung sind unbestritten; sie werden auch daran deutlich, dass es in Deutschland – trotz der hohen Arbeitslosigkeit – zunehmend schwieriger wird, Pflegepersonal zu rekrutieren. Zum anderen verknüpfen sich fiskalischer Einsparungsdruck und Generationswandel in den Verbänden zu einem Wandlungsimpuls, dessen Stoßrichtung darin liegt, dass Management und die betriebswirtschaftlichen Komponenten der Verbände stärker zu professionalisieren. Der Übergang von Vereins- zu Betriebs- und Unternehmensstrukturen in den Einrichtungen und Diensten sowie Verbandsorganisationen setzte in den westdeutschen Bundesländern erst im Laufe der 1980er-Jahre ein. Unter dem Stichwort ‚Sozialmanagement‘ wurde vor allem versucht, Managementphilosophien und -methoden aus der Privatwirtschaft auf die besonderen Bedingungen in der freien Wohlfahrtspflege anzuwenden. Im Mittelpunkt dieser Sozialmanagementdebatte stehen Bemühungen um die weitere Professionalisierung der Führungs- und Leistungsebene, Veränderungen in den Organisations- und Entscheidungsstrukturen sowie die Entwicklung zeitgemäßer Leitbilder für die verbandliche Arbeit.

Privatwirtschaftliche Anbieter und die Wohlfahrtsverbände erbringen heute einen deutlich höheren Anteil an den sozialen Dienstleistungen als 1970. Gerade die Wohlfahrtsverbände sind ein guter Indikator für die Beschäftigungsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor, da bei ihnen rund 60 Prozent aller Beschäftigten dieses Bereiches arbeiten. Durch den Neuaufbau von Wohlfahrtsverbänden in den neuen Bundesländern arbeiten mittlerweile über eine Million hauptamtlich Beschäftigte in der freien Wohlfahrtspflege. Doch auch soziale Dienstleistungen stoßen an – insbesondere finanziell bedingte – Wachstumsgrenzen. Dies zeigt zum Beispiel die weiter fortschreitende Privatisierung in wesentlichen Teilbereichen, am markantesten wohl in der ambulanten Altenpflege. Dafür sind neben gesetzlichen Anreizen (wie etwa der Pflegeversicherung) die private Kaufkraftentwicklung sowie quantitative und qualitative Defizite in der vorhandenen pflegerischen Infrastruktur maßgeblich. Für die Zukunft lässt sich die potentielle Wachstumsdynamik sozialer Dienstleistungen insbesondere aus Annahmen über die Entwicklung des Bedarfs abschätzen. Berührt sind vor allem die Bereiche Gesundheit und Pflege. Allerdings ist die Beschäftigung in den sozialen Diensten stark von politischen Entscheidungen und institutionellen Arrangements abhängig und deshalb nur schwer im Einzelnen prognostizierbar, zumal die Stabilität der traditionellen sozialpolitischen Verlaufsmuster auch nicht mehr unterstellt

werden kann. Generell wird aber ein weiterer Anstieg der Beschäftigtenzahlen im Bereich der sozialen Dienste prognostiziert; insbesondere die Gesundheits- und Seniorenwirtschaft (die eine Vielzahl personen- und haushaltsbezogener Dienste umfasst) gilt als Wachstumsbranche.

Die Gesundheitswirtschaft als arbeitsmarktpolitisches Wachstumsfeld

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Querschnittsbranche, die nicht nur viele zum Teil sehr unterschiedliche Berufe in sich vereint, sondern außerdem auch die sektoralen Grenzen zwischen industriellem und Dienstleistungssektor überschreitet. Bei Gesundheitsdienstleistungen handelt es sich klassischerweise um so genannte hochwertige Dienstleistungen, die durch eine geringe Häufigkeit von Anbieterwechseln, hohe Essentialität für den Kunden, ausgeprägte Intangibilität, große Komplexität und Individualität der Leistungserstellung sowie intensive Interaktion zwischen Anbietern und Kunden gekennzeichnet sind (vgl. Schultz 2006: 14f.).

In den letzten Jahren treten zudem ‚Mischungen‘ aus freizeitbezogenen und personenbezogenen Gesundheitsdienstleistungen auf (etwa im wachsenden Wellnessbereich), für die bislang allerdings kein Analyseraster zur Verfügung steht. Unter das breite Dach des Begriffes der konsumorientierten Dienstleistungen werden von Häußermann/Siebel (1995) haushaltsbezogene, personenbezogene und freizeitbezogene Dienstleistungen zusammengefasst. Als freizeitbezogene Dienstleistungen werden nach dieser Definition Dienstleistungen bezeichnet, die nicht eine traditionelle Verpflichtung (z.B. Hausarbeit) ersetzen, sondern neuartige Betätigungen ermöglichen. Dies sind Dienstleistungen aus dem Bereich der Bade- und Körperkultur, Unterhaltung und Urlaub sowie Dienste aus dem Bereich Fitness und Sport. Eine klare Abgrenzung der einzelnen Dienstleistungskategorien ist problematisch, da sich Verbunddienstleistungen aus einzelnen Diensten der Unterkategorien zusammensetzen und neue Dienstleistungscluster bilden. Insbesondere die Verquickung von Sportdiensten mit therapeutischen Diensten stellt eine Mischung von personenbezogenen und freizeitbezogenen Diensten dar und ist auch im Sektor sozialer Dienste ein interessantes Wachstumsfeld. Eng verknüpft mit dem definitorischen Problem ist die Datenlage: Konsumnahe Dienstleistungen können sowohl auf der Ebene der Unternehmen als auch der Beschäftigtenstatistik einer Vielzahl von Wirtschaftszweigen bzw. Berufsgruppen zugeordnet werden. Einer systematischen Erfassung aller freizeit- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen bzw. Beschäftigungsverhältnisse sind daher enge Grenzen gesetzt. Es existiert, ähnlich wie beim Begriff der sozialen Dienste, keine abschließende Definition und Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft.

So orientiert sich das vom Institut Arbeit und Technik (IAT) entwickelte so genannte ‚Zwiebel‘-Modell bei der Definition der Gesundheitswirtschaft an Wirtschaftsbranchen und zählt neben dem Kernbereich – der stationären und ambulanten Akutversorgung sowie der Gesundheitsverwaltung – noch zwei weitere Bereiche hinzu: 1. der Vorleistungs- und Zulieferbereich der Pharmaindustrie, der Medizintechnik, des Gesundheitshandels sowie des Großhandels mit medizinischen Produkten und 2. die gesundheitsrelevanten Randbereiche

wie etwa die Fitness- und Wellnessbranche und der Gesundheitstourismus (vgl. Goldschmidt/ Hilbert 2009).

Aktuelle Studien prognostizieren eine Entwicklung hin zu einem integrierten Gesundheitsmarkt, bei dem ehemals trennscharfe Abgrenzungen verschwimmen (vgl. Karte/Neumann 2008: 7). So kann es zum Beispiel in verschiedenen Bereichen der Gesundheits- und Freizeitwirtschaft Ziel sein, die Gesunderhaltung bzw. die Formung des menschlichen Körpers zu unterstützen. Zum anderen wächst auch die private Nachfrage außerhalb des staatlichen Gesundheitssystems. Die Gesundheitsfelder erstrecken sich dabei von der Anwendung neuer Heilungs- und Präventionsmethoden bei Volkskrankheiten über neue Operations- und Therapieverfahren bis hin zur Telemedizin. In allen Segmenten der Gesundheitswirtschaft lassen sich Bereiche identifizieren, deren private Nachfragepotentiale geradezu erblühen. Selbst der Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung, der bislang überwiegend durch private und gesetzliche Krankenversicherungen abgedeckt wurde, erfährt z.B. durch privat bezahlte Schönheitsoperationen eine marktliche Öffnung. Für die Nachbarbranchen des Gesundheitsmarktes ergibt sich ebenfalls ein positives Bild an privaten Nachfragepotentialen. Die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit Tourismus hat sich beispielsweise zum boomenden Markt entwickelt. Insbesondere in den Altersgruppen zwischen 40 und 69 Jahren, die mit höheren Einkommen ausgestattet sind, avanciert der privat bezahlte Gesundheitsurlaub zu einer Ergänzung der jährlichen Urlaubsreise (vgl. Institut für Freizeitwirtschaft 2003 sowie Eisele/Helmer-Denzel 2005). Interessierten sich im Jahr 2002 etwa vier Millionen Bürger für Gesundheitsurlaube, ist ihre Zahl bis zum Jahr 2007 um mehr als 75 Prozent auf über sieben Millionen gestiegen. Auch im Bereich Prävention und Gesundheitsschutz werden zurzeit überdurchschnittliche Wachstumsraten erzielt. Aus den positiven ökonomischen Trends zur Gesundheitswirtschaft ziehen einige Regionen schon seit einiger Zeit Profit und haben sich als ‚Gesundheitsregionen‘ profiliert (etwa Mecklenburg-Vorpommern).

Aktuelle Berechnungen des Instituts Arbeit und Technik gehen (nach Auswertung unterschiedlichster Statistiken) davon aus, dass im Jahr 2007 insgesamt mehr als vier Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft tätig waren, die größten Bereiche machten dabei mit über 50 Prozent die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung aus. „Zwischen 2003 und 2007 stieg die Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in der Gesundheitsbranche von 3,79 Millionen auf 3,87 Millionen, ein Plus von insgesamt 2,1 Prozent, während die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft leicht um 0,4 Prozent zurückfiel“ (Dahlbeck/Hilbert 2008: 3). Die scheinbar positiven Wachstumszahlen dürfen aber nicht über einen Trend hinwegtäuschen, der bereits weiter oben beschrieben wurde: Die Substitution von sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstellen in Teilzeitstellen oder die so genannten ‚Mini-Jobs‘. So zeigt ein differenzierter Blick in die Beschäftigungsstatistiken, dass zwar die Gesamtbeschäftigungsbilanz von 2003 bis 2007 insgesamt positiv war, dabei aber die Zahl der Vollzeitstellen um mehr als sieben Prozent sank, während die Teilzeitbeschäftigung um fast 19 Prozent, und die Zahl der ‚Mini-Jobber‘ um mehr als sieben Prozent zunahm.

Durch den Ausbau der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheitswirtschaft zu einem beschäftigungsintensiven und innovationsträchtigen Wirtschaftsbereich gewandelt, der auch eine ausgeprägte Zu-

kunftsorientierung bietet. Die ‚Jobmaschine‘ Gesundheitswirtschaft und die neuen technologischen Optionen sind jedoch an bestimmte Bedingungen gebunden. Hierzu zählt neben der Vernetzung und der Koordinierung der Tätigkeiten auch ein kontinuierlicher Wissensaustausch der zentralen Akteure aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft sowie eine gemeinsame Definition und Koordination der angestrebten Ziele und Vorgehensweisen. Zualterererst muss dafür die Debatte im Gesundheitswesen in eine offensive Richtung gewandelt werden: Wer nur eine Kostendebatte führt, verkennt die innovativen Potentiale und die Wachstumsperspektiven, die sich aus den folgenden Trends und Entwicklungen ergeben können:

- Der *demographische Wandel*: Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung wird zu einer weiter wachsenden Nachfrage nach sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten führen. Ältere besaßen historisch betrachtet noch nie eine größere Marktmacht als heute. Auch neue empirisch abgesicherte Studien über die Einkommenslagen, die -dynamik sowie Vermögen beschreiben diese Zielgruppe als eine auch wirtschaftlich relevante Gruppe, deren materielles Gewicht sich zudem in den nächsten Jahren schon aufgrund des demographischen Wandels erheblich erhöhen wird (hierzu weiter unten mehr). Zusammenfassend kann man feststellen, dass die materielle Lage im Alter allgemein stabil ist und durchaus eine Vielzahl von Haushalten mit relativ hohem Einkommen und Vermögen vorhanden ist (vor allem in Westdeutschland). Das Geldvermögen der Älteren liegt im Durchschnitt deutlich über dem Niveau aller Haushalte. Durch das Wachstum der Zahl älterer Menschen ergeben sich deshalb erhebliche Marktpotentiale.
- Der *soziale und kulturelle Wandel*: Mit zunehmender Frauenerwerbstätigkeit geht eine steigende Beschäftigung im Bereich der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen (und damit auch in den Berufen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft) einher. Die derzeit zu beobachtenden Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen, gestiegene Mobilitätsanforderungen und der Strukturwandel der Familie unterstützen diesen Trend zusätzlich.
- Der *medizinisch-technische Fortschritt*: Als eine weitere Wachstumsquelle erwiesen sich in den vergangenen Jahren medizinisch-technische Innovationen. Durch Produktinnovationen wurde eine Leistungsausweitung in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation ausgelöst (etwa neue endoskopische Operationsweisen, die Mikrotherapie oder bildgesteuerte Therapieverfahren).
- *Wachsendes Konsumenteninteresse an Lebensqualität*: In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Menschen mehr Zeit und private Mittel aufwenden, um es sich körperlich und geistig gut gehen zu lassen (schon heute investieren mit wachsender Tendenz rund zwei Drittel der Bevölkerung regelmäßig in Gesundheitsvorsorge).
- Der *Trend zur Eigenverantwortung*: Der Perspektivwechsel wird unterstützt durch die Debatten um mehr individuelle Vorsorge im Bereich der Gesundheit. Trotz der Passivierungstendenzen des traditionellen deutschen Wohlfahrtsstaates scheint sich die Haltung der Bevölkerung zu grundlegenden Reformen der sozialen Sicherungssysteme – glaubt man empirischen Umfragen – zunehmend in Richtung von mehr Eigenverantwortung zu entfalten.

Beschäftigungspolitische Potentiale der Seniorenwirtschaft

Immer mehr Menschen sind bereit, privat Geld für Gesundheit auszugeben – zusätzlich zu ihren Ansprüchen an die öffentlich garantierte Gesundheitsversorgung. Und dies gilt insbesondere für ältere Menschen; so wird folgerichtig als ein Teil der Gesundheitswirtschaft im weiteren Sinn oft die Seniorenwirtschaft thematisiert und dafür gibt es auch gute Gründe – nicht zuletzt den Ausbau der wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme. Der Anteil der älteren Menschen, die in Armut leben, hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verringert. In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren ein breites Netzwerk von Akteuren entstanden, welche die Seniorenwirtschaft als sozial-, wirtschafts- und beschäftigungspolitisch vielversprechendes Feld bewertet: So engagieren sich Akteure der Wirtschafts- und Sozialpolitik, der freien Wohlfahrtspflege, der Landesseniorenvertretung über Handwerks-, Industrie- und Handelsorganisationen bis hin zu Verkehrs- und Touristikanbietern.

Heute können wir gleichsam evidenzbasiert davon ausgehen, dass die Seniorenwirtschaft eine Zukunftsbranche ist, die es zu entdecken und zu bearbeiten lohnt; und zwar in beiderseitigem Interesse – dem der Älteren wie dem unterschiedlicher Wirtschaftsakteure. Dafür sprechen u.a. folgende Gründe:

- Ältere Menschen sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit differenzierten Konsumwünschen und -bedürfnissen. Die Gruppe der älteren Menschen umfasst die so genannten ‚jungen Alten‘, hochaltrige Personen, einkommensschwache und einkommensstarke Gruppen.
- Speziell ältere ‚Kunden‘ wurden lange Zeit auf privaten Konsumgüter- und Dienstleistungsmärkten vernachlässigt, wofür u.a. der weitgehend negativ besetzte Begriff Alter sowie die daran anknüpfenden, gängigen Altersklischees verantwortlich waren. Allenfalls als Zielgruppe für soziale Dienstleistungen wurden sie ernst genommen.
- Ältere Menschen sind in wachsendem Maße konsuminteressiert. Die Zeit der ‚dankbaren‘ Nehmer primär öffentlich bereit gestellter Güter und sozialer Dienste ist endgültig vorbei. Vor allem die nachrückenden Kohorten älterer Menschen sind hinsichtlich ihrer Konsuminteressen und -bedürfnisse zugleich anspruchsvoller und kritischer.
- Auf der individuellen Präferenzskala älterer Menschen rangieren neben dem Gesundheitszustand und der sozialen Einbindung insbesondere Wünsche nach Erhöhung von Lebensqualität und Erhaltung der Selbständigkeit an der Spitze. Damit gibt es zugleich eine wachsende Interessenidentität zwischen älteren Verbrauchern und privaten Anbietern mit Win-Win-Effekten für beide Seiten.

Die wachsende Zahl zu Hause lebender Älterer macht die haushaltsnahen und vorwiegend sozialen Dienstleistungen sicherlich zu einem Gestaltungsbereich mit guten Aussichten, skeptisch stimmt allerdings, dass es bislang nur in sehr wenigen Ausnahmefällen gelungen ist, sich selbst tragende Dienstleistungsangebote dauerhaft zu etablieren. Experten skizzieren das durch die Alterung der Gesellschaft bedingte Beschäftigungswachstum auf eine Größenordnung von rund 400.000 Arbeitsplätzen (vgl. Cirkel et al. 2008 sowie Gerling et al. 2004 und die Beiträge in Goldschmidt 2009). Allerdings wird es darauf ankommen, diese potentiellen Wachstumsfelder zu aktivieren. Scheinbar ist es in anderen vergleichbaren

Ländern leichter, Mittel und Ressourcen für die Weiterentwicklung innovativer Ansätze zu mobilisieren, was gerade für die ‚Megatrends‘ Gesundheit und Wellness, die sich schon als Wachstums- und Investitionsmotoren erwiesen und weiterhin gute Zukunftsaussichten haben, besonders problematisch wäre. Beispiele dafür, dass dadurch große Chancen für den Wirtschafts- und Sozialstandort verspielt werden, sind sowohl in der Medizintechnik als auch in der Telekommunikation zu finden (vgl. Heinze 2009: 89ff.).

Die Ausgabenstruktur der Rentnerhaushalte verdeutlicht, dass Ältere einerseits über eine hohe Kaufkraft verfügen und andererseits einen Schwerpunkt bei Gesundheits- und Körperpflegedienstleistungen sowie Reisen aufweisen. In den nächsten Jahren werden die Marktanteile dieser – allerdings sehr heterogen zusammengesetzten Altersgruppe – weiter wachsen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und dem prognostiziertem Anstieg an pflegebedürftigen Hochbetagten bestehen dadurch auch große Beschäftigungspotentiale. Gerade die Verknüpfung von Kommunikations- und Informationstechnologien mit dem Gesundheits- und Wohnbereich kann neue Beschäftigungsmöglichkeiten eröffnen. Von solchen Innovationen in der Gesundheitswirtschaft würden auch arbeitsmarktpolitische Effekte ausgehen, denn medizintechnische Erneuerungen sind immer gekoppelt mit medizinischen und sozialen Dienstleistungen.

Fazit/Ausblick

In den letzten Jahren wird sowohl in den verschiedenen Zweigen des deutschen ‚Sozialversicherungsstaates‘ (von der Renten- über die Gesundheits- bis hin zur Arbeitsmarktpolitik) als auch bei den sozialen Diensten ein Paradigmenwechsel deutlich. Insgesamt sprechen die verschiedenen Reformen der Organisationsstrukturen dafür, von einer beginnenden Transformation des traditionellen deutschen Wohlfahrtsstaatsmodells zu sprechen. Und der betrifft im Feld der sozialen Dienste das Kernstück des deutschen Wohlfahrtskorporatismus, die Wohlfahrtsverbände. Wie auch in anderen Policyfeldern zeigen sich neue Governancestrukturen, verbunden mit neuen Wettbewerbselementen (‚Wohlfahrtsmärkte‘), einem tendenziellen Ausstieg aus korporatistischen Strukturen und einem Bedeutungsverlust der traditionellen Verbände. In Zukunft wird die Frage nach Kooperation, Vernetzung und mehr Wettbewerb und Management sozialer Dienstleistungen auf kommunaler Ebene die Schlüsselfrage sein.

Wie bereits Badura/Gross (1976: 306) im letzten Satz ihres Buches formulierten („Der Sozialstaat muss Teil einer soziablen Gesellschaft werden“) geht es auch heute und zukünftig um eine ‚Resozialisierung‘ der sozialpolitischen Großorganisationen, die gerade in Deutschland lange Tradition haben. Sollen mögliche Entwicklungsperspektiven für die Zukunft der sozialen Dienste prognostiziert werden, dann ist in Deutschland ein rein marktwirtschaftliches Szenario der sozialen Dienstleistungsproduktion unwahrscheinlich. Eher wird es einen Weg zu einem neuen ‚Wohlfahrtsmix‘ geben, der aber durchaus mehr Wettbewerbselemente und Transparenz erlauben wird. Tendenziell würde dies für die Wohlfahrtsverbände einer Auflösung ihrer Monopolstellung gleichkommen, jedoch nicht zu einem Sozialmarkt führen. Wohlfahrtsverbände haben auch in einem stärker ‚gemischten‘ (oder pluralisierten) System der Produktion sozialer Dienste als multifunktionale Organisa-

tionen weiterhin eine Zukunft. Das Augenmerk wird sich zukünftig stärker auf vernetzte Versorgungsarrangements richten, deren Attraktivität sich gerade durch das hybride Verhältnis zwischen staatlichen, verbandlichen und marktlichen Elementen sowie dem bürgerschaftlichen Sozialkapital auszeichnet.

Hinsichtlich ihrer Beschäftigungsfunktion werden die sozialen Dienste zukünftig insbesondere im Feld der Altenpflege und begleitender Dienste ihre Rolle durch den demographischen Wandel wohl noch verstärken können, während sie in anderen Bereichen schrumpfen werden. Pauschale Hinweise auf Expansionspotentiale tragen deshalb nicht allzu weit, die Beschäftigungsentwicklung verläuft differenzierter und wird zudem durch finanzielle und politische Rahmenbedingungen stark beeinflusst. Die oft konstatierte ‚Dienstleistungslücke‘ wird sich also nicht kurzfristig schließen lassen. Hinzu kommt es zu einer Erosion der traditionellen Beschäftigungsverhältnisse. Vor dem Hintergrund stagnierender oder sogar zurückgehender öffentlicher Zuweisungen ändert sich „der Wachstumsmodus von Mitarbeit und Beschäftigung“ (Evers 2002: 542) und gerade die neu in den Arbeitsmarkt kommenden Gruppen erleben einen „schleichenden relativen Gewichtsverlust“. Nachfragepotentiale werden gerade in einem sensiblen Feld, wie es die sozialen Dienste darstellen, nicht mehr automatisch in formale Beschäftigungsverhältnisse übersetzt, sondern werden teilweise durch Notlösungen überbrückt (bspw. wird neben einem Kern fest angestellter Mitarbeiter befristete und ehrenamtliche Mitarbeit forciert).

Literatur

- Alber, J. (1995): Soziale Dienstleistungen. Die vernachlässigte Dimension vergleichender Wohlfahrtsstaat-Forschung, in: Bentele, K. et al. (Hg.): Die Reformfähigkeit von Industriegesellschaften, Frankfurt/New York: Campus, S. 277-296.
- Badura, B./Gross, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven, München: Piper.
- Bäcker, G./Naegele, G. et al. (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (4. Auflage).
- Bode, I. (2004): Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus: Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cirkel, M./Hilbert, J./Schalk, C. (2008): Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Produkte, Dienstleistungen und Verbraucherschutz für ältere Menschen, Berlin, S. 7-154.
- Czada, R. (2008): Irrwege und Umwege in die neue Wohlfahrtswelt, in: A. Evers/R. G. Heinze (Hg.): Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 186-207.
- Dahlbeck, E./Hilbert, J. (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich, Gelsenkirchen (IAT-Forschung Aktuell, H. 6).
- Eisele, B./Helmer-Denzel, A. (2005): Freizeit, Gesundheit, Wellness, in: Eichener, V./Heinze, R. G. (Hg.): Beschäftigungspotenziale im Dienstleistungssektor, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, S. 55-110.

- Evers, A. (2002): Arbeit und Engagement bei sozialen Dienstleistungen – welches Leitbild?, in: WSI-Mitteilungen H. 9/2002, S. 539-545.
- Evers, A./Olk, T. (Hg.) (1996): Wohlfahrtspluralismus, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Evers, A./Heinze, R.G. (Hg.) (2008): Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Evers, A./Rauch, U./Stitz, U. (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen, Berlin: Sigma Verlag.
- Gabriel, K. (Hg.) (2001): Herausforderungen kirchlicher Wohlfahrtsverbände, Berlin.
- Geissler, B. (2006): Haushalts-Dienstleistungen als informelle Erwerbsarbeit: neue Ungleichheit oder Ausdifferenzierung des Arbeitsmarktes? In: Arbeit, Heft 1, Jg 15 (2006), S. 194-205.
- Gerling, V. et al. (2004): Der private Konsum älterer Menschen – „Wirtschaftskraft Alter“ als ein neues Feld für Konzeptualisierung und Weiterentwicklung der These von der „Altersproduktivität“, in: Sozialer Fortschritt H. 11-12/2004, S. 293-301.
- Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche, Wegscheid.
- Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (2009): Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft, in: dies. (Hg.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland, a.a.O., S. 20-41.
- Grunow, D. (2006): Soziale Infrastruktur und soziale Dienste, in: Schulz, G. (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 3: Bundesrepublik 1949–1957. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, Baden-Baden: Nomos, S. 805-836.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1995): Dienstleistungsgesellschaften, Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinze, R.G. (2006): Wandel wider Willen. Deutschland auf der Suche nach neuer Prosperität, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinze, R.G. (2009): Rückkehr des Staates? Politische Handlungsmöglichkeiten in unsicheren Zeiten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinze, R.G./Olk, T. (1981): Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie H. 1/1981, S. 94-114.
- Heinze, R.G./Schmid, J./Strünck, C. (1997): Zur politischen Ökonomie der sozialen Dienstleistungsproduktion. Der Wandel der Wohlfahrtsverbände und die Konjunkturen der Theoriebildung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, H. 2/1997, S. 242-271.
- Hilbert, J./Naegele, G. (2002): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, in: Bosch, G. et al (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen, Frankfurt/New York: Campus, S. 347-369.
- Institut für Freizeitwirtschaft (2003): Marktchancen im Gesundheitstourismus. Health-Care-, Anti-Aging-, Wellness-, und Beauty-Urlaub bis 2010, München.
- Karte, J./Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter, Studie der Roland Berger Strategy Consultants.
- Kaufmann, F.X. (2005): Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, (2. Auflage).

- Liebig, R. (2005): Wohlfahrtsverbände im Ökonomisierungsdilemma, Freiburg: Lambertus Verlag.
- Merz, F. (Hg.) (2008): Wachstumsmotor Gesundheit – Die Zukunft unseres Gesundheitswesens, München.
- Nullmeier, F. (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten?, in: W. Süß (Hg.): Deutschland in den neunziger Jahren, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 269-284.
- Sachße, C. (2002): Die Zukunft der Sozialen Dienste, einführendes Papier zur Expertenrunde der Schader-Stiftung Juni 2002, Manuskript (download am 01.09.08 unter http://www.schader-stiftung.de/docs/diskussionsbericht_sozialdienste.pdf).
- Scharfenorth, K. (2004): Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft? München: Herbert Utz Verlag.
- Schmid, J. (1996): Wohlfahrtsverbände in modernen Wohlfahrtsstaaten, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schneiders, K. (2010): Vom Altenheim zum Seniorenservice. Institutioneller Wandel und Akteurkonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor, Baden-Baden: Nomos.
- Schnur, P./Zika, G. (2002): Gute Chancen für moderaten Aufbau der Beschäftigung. Projektionen bis 2015, IAB-Kurzbericht Nr. 10/2002, Nürnberg.
- Schultz, C. (2006): Management hochwertiger Dienstleistungen, Wiesbaden: Gabler.
- Schupp, J./Spieß, K./Wagner, G.G. (2006): Beschäftigungspotenziale in privaten Haushalten nicht überschätzen, in: Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 4/2006, S. 45-52.
- Specke, H.K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheitswesen. Kostennachweis der Krankenhäuser, Wiesbaden.
- Wohlfahrt, N. (2004): Der sozialwirtschaftliche Transformationsprozess sozialer Dienste in der BRD – der Anfang vom Ende freigemeinnütziger Wohlfahrtspflege? In: Hildemann, K.D. (Hg.): Die Freie Wohlfahrtspflege, Leipzig, S. 69-86.