



16. November 2010

Wirtschaftsfaktor Wohlfahrtsverbände

- Die Freie Wohlfahrtspflege stellt die größten Arbeitgeber in Deutschland und ist in zukunftsrelevanten Märkten aktiv. Insgesamt beschäftigte sie 2008 1,54 Mio. Menschen. Seit 1970 hat sich die Beschäftigung in etwa vervierfacht. Dennoch wird diese Institution im aktuellen Wirtschaftsleben kaum wahrgenommen.
- Die Freie Wohlfahrtspflege weist freilich eine äußerst heterogene Struktur auf. Die sechs Mitgliedsverbände selbst stellen Zusammenschlüsse vieler einzelner selbstständiger Träger und Einrichtungen dar. Die Statistik der Freien Wohlfahrtspflege weist für 2008 insgesamt 102.000 Einrichtungen aus.
- Die Wohlfahrtspflege lässt sich in zwei Bereiche unterteilen: Erstens marktferne Bereiche, die größtenteils durch Zuwendungen und Spenden finanziert werden; zweitens die wirtschaftlich insgesamt bedeutenderen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens, sowie Kindertagesstätten. In diesem zweiten, marktnahen Bereich steht die Freie Wohlfahrtspflege in der Regel in Konkurrenz sowohl mit öffentlichen als zunehmend auch mit privaten Trägern.
- Unseren Schätzungen zufolge setzte die Freie Wohlfahrtspflege 2008 in marktnahen Bereichen rund EUR 38 Mrd. um. Sie liegt damit vor manchen Branchen des verarbeitenden Gewerbes.
- Die Freien Wohlfahrtsverbände verfügen in den marktnahen Bereichen über eine solide Wettbewerbsposition. Auf der Ebene einzelner Betriebe könnte sich die Gemeinnützigkeit jedoch als Hemmschuh hinsichtlich der Finanzierung von Investitionen und Innovationen erweisen.

www.
dbresearch.de

Autor

Alexander Falter
+49 69 910-31830
alexander.falter@db.com

Editor

Dieter Bräuninger
+49 69 910-31708
dieter.braeuninger@db.com

Publikationsassistentz

Angelika Greiner

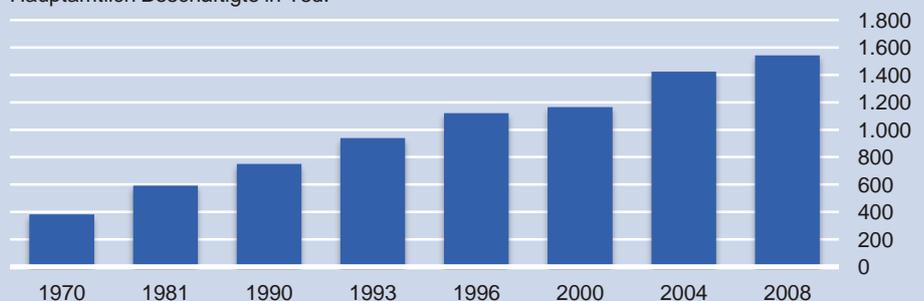
Deutsche Bank Research
Frankfurt am Main
Deutschland

Internet: www.dbresearch.de
E-Mail: marketing.dbr@db.com
Fax: +49 69 910-31877

DB Research Management
Thomas Mayer

Beschäftigte der FW

Hauptamtlich Beschäftigte in Tsd.



Quelle: BAGFW

Die Spitzenverbände der FW:

- Arbeiterwohlfahrt (gegründet 1919)
- Deutscher Caritasverband (1897)
- Deutsches Rotes Kreuz (1866)*
- Diakonie (1848)*
- Der Paritätische Wohlfahrtsverband (1924)
- Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden (1917)

*Vorläuferorganisation

Quelle: BAGFW

Organisationsstruktur

Bei den FW handelt es sich um eine komplexe, pyramidenförmige Verbandsstruktur. Die Einrichtungen und Dienste selbst bilden die kleinsten Einheiten und sind auf freiwilliger Basis nach oben hin zu einem Spitzenverband auf Bundesebene zusammengeschlossen. Eine zentrale Lenkungsfunktion, wie sie in privatwirtschaftlichen Konzernen vorherrscht, ist nicht existent. Die einzelnen Träger und Verbände sind rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Einrichtungen, oft in Vereinen oder gemeinnützigen GmbHs organisiert. Es kann aber sehr wohl wirtschaftliche Liefer- und Leistungsbeziehungen zwischen Einrichtungen innerhalb der Verbände geben. Dies ist ökonomisch am ehesten mit einem Franchise-Unternehmen vergleichbar (vgl. Darstellung S. 3).

Zusätzlich existieren noch Arbeitskreise und Fachausschüsse zur gesellschaftlichen und politischen Meinungsbildung sowie Fachverbände und überregionale Mitgliedsorganisationen. Als Interessenvertretung haben sich die sechs Spitzenverbände in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossen. Analog existieren für die Landesverbände die Landesarbeitsgemeinschaften (LAGFW). Auf unteren Ebenen finden sich so genannte Ligen der FW.

Die Wohlfahrtspflege im Wandel

Die Freien Wohlfahrtsverbände (FW) gehören traditionell zu den wesentlichen Akteuren der Sozialwirtschaft in Deutschland. Seit geraumer Zeit sind sie als Anbieter von Sozial- und Wohlfahrtsdiensten mit veränderten, weniger förderlichen Rahmenbedingungen konfrontiert. Wesentliche Bedeutung kommt dabei folgenden Faktoren zu:

- Die Ausgabenpolitik des Staates ist in den relevanten Bereichen restriktiver geworden. Indiz dafür ist der Rückgang der Sozialleistungsquote von 31,2% in 2000 auf 29% in 2008.
- Gleichzeitig erhöht der demografische Wandel den Bedarf an Einrichtungen der Altenpflege und des Gesundheitswesens.¹ Diese traditionellen Bereiche der FW gehören im alternden Deutschland zu den wichtigen Zukunftsmärkten mit erheblichem Beschäftigungs- und Wertschöpfungspotenzial.
- Allerdings leiden die derzeitigen Hauptfinanziers, die gesetzliche Kranken- und die Pflegeversicherung, an zunehmender Finanznot. Deshalb könnte die unmittelbare private Nachfrage der Bürger nach den entsprechenden Diensten an Gewicht gewinnen.
- Zudem haben sich in der ambulanten und (teil)stationären Pflege sowie bei den Krankenhäusern private, marktwirtschaftlich orientierte Teilnehmer etabliert.
- Mit der angebotsseitigen Ausdifferenzierung der Märkte mehren sich Forderungen nach einheitlichen Wettbewerbsbedingungen. Deshalb dürften staatliche Unterstützungen der FW wie Steuervergünstigungen auf den Prüfstand kommen.

So stellt sich die Frage nach der künftigen Rolle der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtsverbände. Werden sie sich unter veränderten Bedingungen behaupten können? Und grundsätzlicher: Ist das Konzept der FW in Zeiten des Effizienzdogmas noch zeitgemäß?

Bevor diese Fragen aufgegriffen werden, soll im Folgenden zunächst die wirtschaftliche Bedeutung der Verbände der Freien Wohlfahrt näher betrachtet werden.

Besonderheiten der FW

Die Wohlfahrtsverbände lassen sich dem Dritten bzw. Non-Profit-Sektor zuordnen. Der Begriff Dritter Sektor umfasst prinzipiell einen Bereich der Wirtschaft, in welchem staatliche Lenkung und marktwirtschaftliche Prinzipien ohne Dominanz nebeneinander existieren, während Non-Profit auf den Verzicht der Gewinnerzielung abstellt.² Die Literatur hierzu ist – wie der Sektor selbst – äußerst heterogen.³ Merkmale sind die Nicht-Gewinn-Orientierung und eine spezifische Wertorientierung der einzelnen Institutionen.⁴

Die FW befinden sich im Dritten Sektor in Gesellschaft von Vereinen (u.a. Sport und Kultur), Stiftungen und Gewerkschaften. Allein dies

¹ Vgl. Blinkert und Gräf (2009), Enste (2009) für die Pflege sowie Bräuninger und Rakau (2010), Henke und Martin (2008) im Gesundheitsbereich.

² Ähnlich ist der Begriff des Tertiären, also Dienstleistungssektors, manche Quellen gebrauchen die Begriffe als Synonyme, was Verwirrungen stiften kann.

³ Da es auch Definitionsunterschiede zwischen Non-Profit und Dritter Sektor gibt, ist „der“ Sektor prinzipiell gar nicht existent. Die Definition des Dritten Sektors beinhaltet so ebenfalls Genossenschaften, während im Non-Profit-Bereich bspw. auch Stiftungen zu finden sind.

⁴ Vgl. Seiters (2005).

Steuerbefreiung für gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke

Als gemeinnützige Zwecke werden Zwecke verstanden, die die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet fördern (§52AO). Dies sind u.a. die Förderung von Jugend- oder Altenhilfe, des öffentlichen Gesundheits- oder des Wohlfahrtswesens. Als mildtätige Zwecke werden die Unterstützungen von auf Hilfe angewiesener Personen (wegen Armut, körperlicher, geistiger oder seelischer Zustände) definiert. Die Gemeinnützigkeit erfordert ferner die Verankerung folgender Attribute in der jeweiligen Satzung:

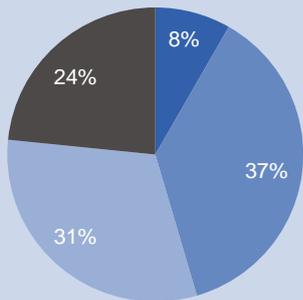
- **Selbstlosigkeit:** Die freiwillige Abgabe materieller Mittel ohne angemessene Gegenleistung. Dies hat das Verbot einer Gewinnausschüttung oder unangemessener Bezahlung von Mitarbeitern sowie die Verpflichtung zur zeitnahen Verwendung der Mittel zur Folge. Wirtschaftliche Tätigkeiten an sich werden hingegen nicht ausgeschlossen.
- **Ausschließlichkeit:** Lediglich die steuerbegünstigten Zwecke dürfen verfolgt werden.
- **Unmittelbarkeit:** Die Zwecke werden selbst oder durch Hilfspersonen verfolgt.

Die Einrichtungen sind dann meist Zweckbetriebe, also wirtschaftliche Geschäftsbetriebe mit dem Ziel, die Satzungszwecke der gemeinnützigen Organisation zu verfolgen.

Vgl. Kraus / Stegarescu (2005), Henke et al. (2004)

Einrichtungen der FW

Anteile an Gesamtzahl, 2008

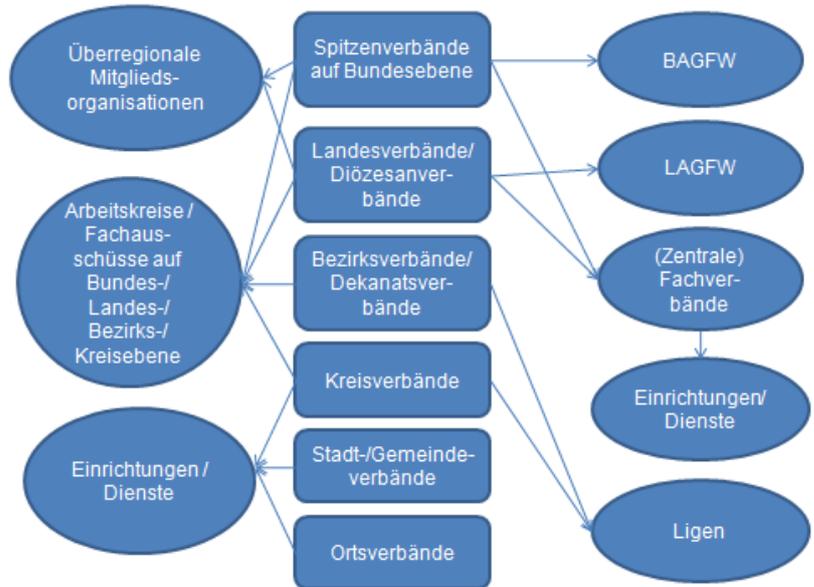


- Gesundheitshilfe
- Jugendhilfe
- Pflege (Alten- und Behindertenhilfe)
- Marktferne Bereiche (weitere Hilfen und Ausbildungszentren)

Quelle: BAGFW **1**

zeigt die Vielfalt der Interessen in diesem Sektor. Die FW nehmen hier nochmals eine Sonderstellung ein, zumal sich ihre Angebote an breite Bevölkerungsschichten richten. Die FW engagieren sich auf verschiedenen Gebieten von der Jugend- über die Altenhilfe bis zur Ausbildung sozialer Berufe.

Die FW werden oft als einheitlicher Konzern betrachtet. Diese Darstellung ist nicht zutreffend. Vielmehr handelt es sich um äußerst heterogene Strukturen, ohne stringente hierarchische Steuerung. Am besten lassen sich die Verbände als (freiwillige) Zusammenschlüsse vieler einzelner Träger charakterisieren (vgl. Box S. 2 und nachfolgende Übersicht).



Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Otttnad et al. (2000)

Einrichtungen der FW verfügen im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Unternehmen über Besonderheiten, die vor allem aus der Gemeinnützigkeit resultieren. So sind die Einrichtungen der FW von Körperschafts- und Gewerbesteuer befreit und unterliegen bei Zweckbetrieben lediglich dem reduzierten Umsatzsteuersatz.⁵ Spezielle Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, bei denen mehr als 40% der Betreuungs- oder Pflegekosten von gesetzlichen Trägern übernommen wurden, sind indes auch ohne Gemeinnützigkeit von der Umsatzsteuer befreit.⁶ Weiterhin verfügen manche der Verbände aus der Nähe zur Kirche über Zusatzeinnahmen durch kirchliche Zuwendungen.

Wirtschaftsfaktor Freie Wohlfahrtspflege

Große Marktanteile in vielen Bereichen

Die Geschäftsfelder der FW sind vorwiegend im Kontext Sozialwirtschaft angesiedelt, jedoch hinsichtlich Wettbewerbsintensität und Regulierung sehr heterogen. Generell lassen sich ein marktnaher und ein marktferner Sektor ausmachen.⁷ Zu den marktnahen Bereichen gehören die Gesundheits- und Altenhilfe, in Ansätzen auch die Jugendhilfe. Hier werden Leistungen vorwiegend durch

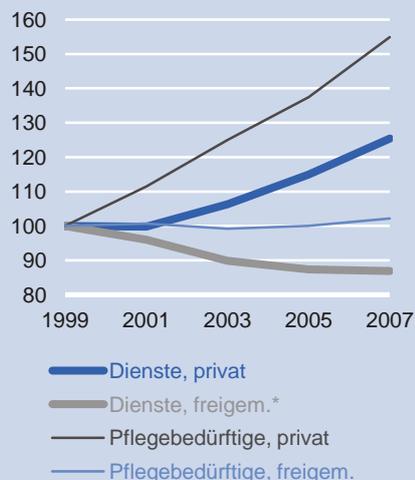
⁵ Vgl. Kraus und Stegarescu (2005).

⁶ Vgl. Henke et al (2004).

⁷ Ähnliche Einteilungen finden sich auch bei Anheier, Seibel (1993) und Otttnad et al. (2000).

Ambulante Pflegedienste

Anzahl der Dienste und der betreuten Personen, 1999=100



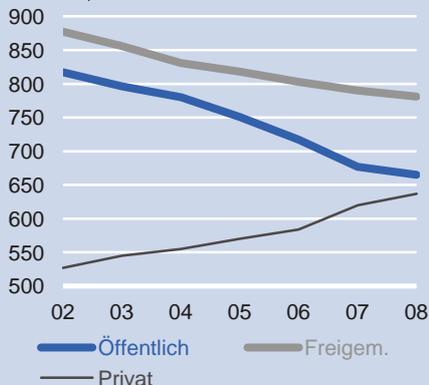
*Die freigemeinnützigen Träger umfassen laut amtlicher Statistik – und damit in dieser und allen folgenden Darstellungen – neben den FW u.a. Stiftungen und Religionsgemeinschaften. Es kann jedoch von einer dominanten Stellung der FW ausgegangen werden.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

2

Trends am Krankenhausmarkt

Anzahl, absolut

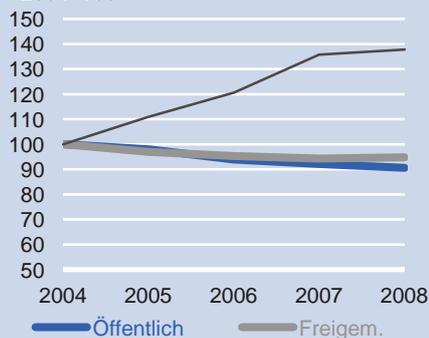


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

3

Belegungstage

In allgemeinen Krankenhäusern, 2004=100



Quelle: DKG-Krankenhausstatistik

4

(administrierte) Preise und/oder Gebühren entgolten. Zudem weist der Markt trotz weitgehend staatlicher Regulierung eine gewisse Pluralität von Anbietern auf. Auf Basis der Einrichtungsstatistik fallen rund 70% der Einrichtungen der FW in diese Bereiche. Mit Leistungszuwächsen der Ausgaben für Gesundheitsleistungen von 49% für die ambulante Pflege, 33% für die stationäre Pflege und 23% für Krankenhäuser zwischen 2000 und 2008 handelt es sich zudem um stark wachsende Betätigungsfelder.

Zu den marktfernen Bereichen gehören etwa Beratungsstellen, (therapeutische) Selbsthilfegruppen und Gruppen des bürgerlichen Engagements. Für diese Angebote erhalten die Einrichtungen keine mit Marktpreisen vergleichbaren Entgelte.⁸ Vielmehr sind die FW hier auf Zuwendungen und Spenden angewiesen. Gerade in diesen Bereichen leisten die FW jedoch wertvolle Arbeit für das Sozialkapital in Deutschland.

Stand	Sektor	Gesamtanzahl	Öffentlich	Privat	Freigemeinnützig
2007	Ambulante Pflegedienste	11.529	1,7%	59,9%	38,5%
2007	Pflegeheime	11.029	5,8%	39,2%	55,1%
2008	Reha und Vorsorge	1.239	17,8%	56,2%	26,0%
2008	Krankenhäuser	2.083	31,9%	30,6%	37,5%
	davon allgemeine Krankenhäuser	1.781	32,1%	30,2%	37,8%
2009	Kindergärten	50.299	34,3%	14,6%	51,1%

Quellen: Destatis (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Kinder- und Jugendstatistik), Krankenhausstatistik, Gesamtstatistik 2006 der BAGFW

Zunehmender Wettbewerb durch private Anbieter

Im Vergleich der Träger haben die FW (in den Abbildungen aus Datengründen mit den freigemeinnützigen Trägern gleichgesetzt) besonders bei Pflegeheimen und Kindergärten große Marktanteile von mehr als 50%.⁹ Dies reflektiert die gerade auch in früheren Jahrzehnten starke Position der FW in diesen Bereichen. Bei der Pflege brachte aber vor allem die Einführung der Pflegeversicherung zum 01.01.1995 eine Trendwende. Seither hat sich ein dynamischer Markt entwickelt. Ein weiter Kreis pflegebedürftiger Menschen kann nun relativ unabhängig von der eigenen finanziellen Lage professionelle Leistungen in Anspruch nehmen. Davon haben vor allem auch private Anbieter profitiert. Deren Anteil an allen zu versorgenden Pflegebedürftigen ist von 1999 bis 2007 von rund 25% auf 32% gestiegen. Im Bereich der ambulanten Pflege betrug der Anteil der privaten Einrichtungen 2007 sogar knapp 60%. Allerdings spielen hier auch Größeneffekte eine Rolle: Die Einrichtungen der privaten Anbieter sind im Durchschnitt (noch) deutlich kleiner. So sind die FW bezüglich der betreuten Pflegebedürftigen – sowohl ambulant als auch in Heimen – noch dominierend.¹⁰

⁸ Vgl. Puch (2003).

⁹ In der Kinder- und Jugendstatistik liegt der Anteil der FW an den freigemeinnützigen Einrichtungen bei 99%.

¹⁰ Im Bereich der ambulanten Pflegedienste mit der Betreuung von bis zu 25 Pflegebedürftigen betrug der Anteil der privaten Pflegeeinrichtungen beinahe 80%. Mit zunehmender Größe dominieren aber wieder die freigemeinnützigen Träger. Bei ambulanten Pflegediensten zwischen 50 und 100 Pflegebedürftigen beträgt ihr Anteil ca. 60%, ab 100 Versorgten sogar 74%. Deutlich abgeschlagen sind hier die öffentlichen Träger, welche knapp 2% der ambulanten Dienste und 6% der Pflegeheime ausmachten (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes).



Arbeitgeber FW

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

	2000	2008
FW in Mio.	1.16	1.54
Anteil an allen Beschäftigten	4,4%	5,6%
Anteil an allen Teilzeitschäftigten	n/v	16,7%

Quellen: Bundesagentur für Arbeit, BAGFW

5

Verband	Hauptamtl. Beschäftigte	Stand
Caritas	507.500	31.12.2008
Diakonie	443.600	01.01.2008
Rotes Kreuz	132.000	31.12.2008
AWO	114.600	31.12.2008
Der Paritätische	7.400	01.01.2008
Vgl. BAGFW	1.540.000	01.01.2008

Quellen: Caritas, Diakonie, DRK, AWO, BAGFW

6

Entwicklung Voll-/Teilzeit

Hauptamtlich Beschäftigte



Quelle: BAGFW

7

Bei den Krankenhäusern ist die Marktführerschaft der FW weniger stark ausgeprägt. 2008 waren in Deutschland von den 2.083 Krankenhäusern 37% als freigemeinnützig eingestuft, bei den 1.781 allgemeinen Krankenhäusern waren es 38%. Auf dem – durch den Abbau von Überkapazitäten geprägten – Krankenhausmarkt verlieren die FW (und mehr noch die öffentlichen Träger) Marktanteile, während die privaten Kliniken gewinnen. Deren Zahl nimmt sogar absolut zu (von 2002 bis 2008 um 20%), vor allem auch infolge der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser. Die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist in der genannten Zeit hingegen um mehr als 10% gesunken. Auch hinsichtlich der Belegungstage allgemeiner Krankenhäuser lässt sich ein Anstieg um 40% in privaten Kliniken feststellen, während die freigemeinnützigen allgemeinen Krankenhäuser leicht rückläufige Werte aufweisen (siehe Grafik 4)

Die Freie Wohlfahrtspflege als Arbeitgeber

Die klassische Wohlfahrtspflege, vorwiegend von ehrenamtlich tätigen Helfern getragen, ist in den marktnahen Bereichen weitgehend passé. Professionalisierung und Ökonomisierung haben in der Beschäftigungsstruktur ihre Spuren hinterlassen. Seit 1970 ist das hauptamtlich beschäftigte Personal von knapp unter 400.000 auf rund 1,5 Mio. Arbeitnehmer (Stand 01.01.2008) gestiegen.¹¹ Dies entspricht einem Anteil von 5,6% an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (2000: 3,4%). Der mit knapp 400.000 Personen größte Teil der Beschäftigten arbeitet in der Altenhilfe, gefolgt von der Gesundheits- und der Jugendhilfe.

Unter den einzelnen Verbänden stellen die kirchlichen Verbände mit etwa 60% der Beschäftigten das Gros der Arbeitsplätze. Die kirchlichen Verbände gehören damit zu den Top-Arbeitgebern in Deutschland – noch vor den großen Industrieunternehmen.¹²

Die Beschäftigtenstruktur der FW in den marktnahen Bereichen hat sich insgesamt stark verändert. Im Jahr 2000 waren in der Gesundheitshilfe und in der Pflege insgesamt 734.000 Menschen beschäftigt. 2008 weist die Statistik hier rd. 1,1 Mio. Beschäftigte aus. Der Beschäftigungszuwachs entfällt aber zu 85% auf Teilzeitbeschäftigte.¹³ Die Zahl der Teilzeitkräfte bei der Pflege hat sich sogar von 276.000 auf 565.000 verdoppelt. Insgesamt sind 54% der Beschäftigten bzw. 830.000 Mitarbeiter der FW teilzeitbeschäftigt. Der Anteil der FW an allen (sozialversicherungspflichtigen) Teilzeitbeschäftigten in Deutschland betrug 2008 damit 16,7%.

Finanzierung

Die Finanzierungsquellen der FW lassen sich nach Beiträgen der Sozialkassen, öffentlichen Mitteln, Spenden des privaten Sektors und Eigenmitteln, das sind u.a. Zinserträge aus Vermögen, differenzieren (aktuelle Daten über Eigenmittel liegen hier aber nicht ausreichend vor).

Der größte Teil der Finanzierung stammt aus Entgelten für Leistungen, die die FW für die Sozialversicherungen, nämlich die gesetzliche Kranken- und die Pflegeversicherung, erbringen.¹⁴ Die Preise ergeben sich hier jedoch nicht über Angebot und Nachfrage, sondern werden zwischen den Kostenträgern (GKV, GPV, PKV) und

¹¹ Bis 31.12.2008 ist diese Zahl nach Einzelangaben der Verbände auf mindestens 1,7 Mio. Beschäftigte angewachsen (vgl. Tabelle 5).

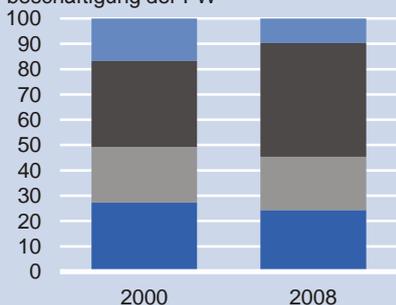
¹² Das größte deutsche Industrieunternehmen beschäftigt 400.000 Mitarbeiter (2009), der größte Automobilhersteller 370.000 Mitarbeiter, und dies weltweit.

¹³ Dabei sind atypische Beschäftigungsverhältnisse auch im Bereich Sozialwirtschaft auf dem Vormarsch. Vgl. Dathe et al. (2009), Kühnlein und Wohlfahrt (2006).

¹⁴ Vgl. auch Otttnad et al. (2000), IW (2004).

Beschäftigung im Wandel

Anteile der Bereiche an Gesamtbeschäftigung der FW

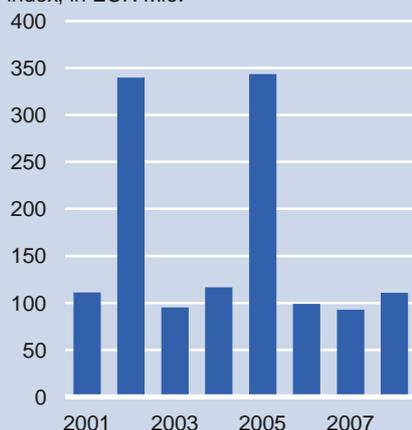


- Gesundheitshilfe
- Jugendhilfe
- Pflege (Alten- und Behindertenhilfe)
- Weitere Hilfen und Ausbildung

Quelle: BAGFW Gesamtstatistik **8**

Volatile Spendeneinnahmen

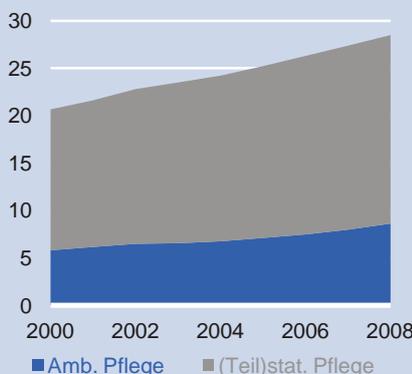
FW-Organisationen im DZI-Spendenindex, in EUR Mio.



Quelle: DZI-Spendenalmannach **9**

Ausgaben für Pflege

In EUR Mrd.



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes **10**

den Leistungserbringern verhandelt.¹⁵ Die Entgelte der Sozialversicherungsträger werden von privaten Zuzahlungen der Haushalte ergänzt. Beispiele hierfür sind die Zuzahlungen zur Pflege oder die Zahlungen der so genannten Hotelleistungen für Unterkunft und Verpflegung in Heimen. 2008 haben sich Letztere auf insgesamt EUR 5,3 Mrd. summiert.

Die öffentlichen Mittel lassen sich in direkte Zuwendungen und indirekte Hilfen unterteilen, wobei letztere in hohem Maße Subventionscharakter haben. Die direkten öffentlichen Zuwendungen fallen allerdings quantitativ mit (mindestens) EUR 61 Mio. gering aus.¹⁶ Hier handelt es sich zumeist um zweckgebundene Projektzuweisungen. Zu den indirekten Subventionen gehören:

1. Zuzahlungen für Zivildienstleistende, welche für die FW rund EUR 330 Mio. ausmachen dürften.¹⁷ Privaten Trägern stehen keine Zivildienstleistenden zur Verfügung. Das relativiert sich aber dadurch, dass gerade im Bereich der Pflege und der Krankenhausversorgung die Zahl der Zivildienstleistenden stark rückläufig ist.¹⁸
2. Die Abzugsfähigkeit von Zuwendungen an gemeinnützige Organisationen sowie politische Parteien. Diese betragen im letzten Subventionsbericht der Bundesregierung insgesamt EUR 1,4 Mrd. Freilich dürfte ein erheblicher Teil davon an die Parteien fließen.
3. Befreiungen von Gewerbe-, Körperschafts- und Umsatzsteuern. Experten schätzen die Subventionshöhe von Körperschafts- und Gewerbesteuer für kirchliche, mildtätige und gemeinnützige Zwecke auf rund EUR 220 Mio., die der Umsatzsteuer auf EUR 250 Mio.¹⁹

Die FW erhalten weiterhin Spenden. Allerdings ist diese Quelle volatil und größtenteils von besonderen Ereignissen wie der Flut in Ostdeutschland 2002 oder etwa Hurricane Katrina bestimmt. Im Jahre 2008 betrug das Spendenvolumen der Organisationen der FW innerhalb des DZI-Spendenindizes etwas mehr als EUR 100 Mio. Die Beträge sind größtenteils zweckgebunden.

Wirtschaftsleistung

Das klassische Maß für den Beitrag eines Sektors zum BIP ist die Bruttowertschöpfung (BWS), wie sie durch die Input-Output-Rechnung ermittelt wird. Diese Rechnung erfasst in Deutschland die Wertschöpfung der Dienstleistungen Gesundheit, Sozialwesen, Unterricht und Entsorgung nur aggregiert. Deren Anteil an der gesamten Wertschöpfung hat sich seit 2000 von 11,8% auf 12,9%

¹⁵ Da es sich bei GKV und sozialer Pflegeversicherung um öffentliche Haushalte handelt, wird oft von einer Finanzierung von über 90% aus öffentlichen Haushalten gesprochen und kritisiert. Diese Darstellung ist jedoch unzureichend, da auch private Anbieter von Beiträgen der Sozialkassen profitieren.

¹⁶ Die Zuwendungen laut GuV der Verbände summieren sich zu EUR 153 Mio., davon sind eindeutig EUR 61 Mio. öffentlichen Haushalten zuzuordnen, EUR 15 Mio. der Kirche und EUR 6,2 Mio. der EU. Bei EUR 70,2 Mio. kann aufgrund fehlender Tiefe der Statistik keine Zuweisung vorgenommen werden.

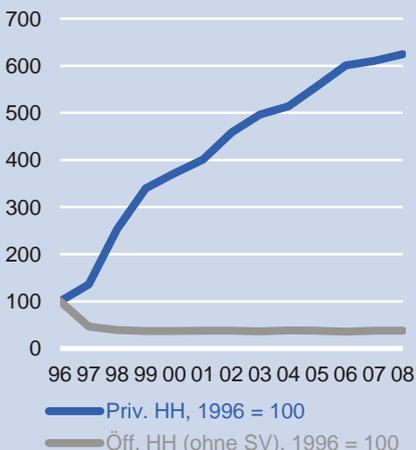
¹⁷ Legt man von EUR 470 Millionen des Bundeshaushaltes für Sold, Versicherungsleistungen und Entlassungsgeld auf den Anteil der Zivildienstleistenden von 71% um, ergeben sich insgesamt Leistungen in Höhe von rund EUR 330 Mio.

¹⁸ Siehe hierzu Falter und Bräuninger (2010).

¹⁹ Vgl. Boss und Rosenschon (2010). Die Umsatzsteuerbefreiung der Sozialversicherungsträger, Krankenhäuser, Diagnosekliniken, Altenheime, Pflegeheime, der ambulanten Pflegedienste, der Wohlfahrtsverbände und der Blinden summiert sich insgesamt auf EUR 6 Mrd. Dies umfasst allerdings auch private Träger.



Unterkunft und Verpflegung



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

11

Annahmen und Methodik

Schätzungen über Leistungsvolumina sind äußerst schwierig. In den Statistiken findet sich meist nur eine Unterteilung der Träger nach öffentlich, privat und freigemeinnützig. Der Schluss liegt nahe, dass die FW in der Gesamtheit einen hohen Anteil, an den freigemeinnützigen Trägern hat, dennoch führt dies zu Verzerrungen. Genauere Berechnungen werden durch unterschiedliche Erhebungszeiträume von relevanten Daten erschwert, was Extra- und Interpolationen nötig macht.

Für die Berechnung gilt die Annahme, die Träger arbeiten im Sinne einer identischen Produktionsfunktion. Zudem wird im Falle der Annäherung über Beschäftigtenzahlen eine identische Beschäftigungsstruktur (Voll-/Teilzeit) vorausgesetzt. Darüber hinaus werden Kosten- und Leistungsunterschiede der einzelnen Anbieter vernachlässigt. Hierdurch ergeben sich Verzerrungen. Da im Bereich der Pflegeheime zudem von einem fixen Grundpersonalbestand ausgegangen werden muss (weswegen kleinere Heime zu stark ins Gewicht fallen würden), wird hier auf die Pflegebedürftigen zurückgegriffen. Für Kliniken und Reha/Vorsorgezentren existieren Angaben über die konkreten Pflorgetage. Lediglich für die Rettungsdienste musste auf Beschäftigte zurückgegriffen werden, da hier keine Einsatzstatistik nach Trägern existiert.

(EUR 263 Mrd.) im Jahr 2007 erhöht. Aufgrund mangelnder Daten ist eine Berechnung der BWS der FW hier aber nicht möglich. Stattdessen wird das jeweilige Leistungsvolumen angenähert. Als Quelle dient hier die Ausgabenrechnung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, somit beschränkt sich die Schätzung auf Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sowie Rettungsdienste. Die Orientierung an der Ausgabenrechnung erscheint plausibel, da sie den Endverbrauch und somit aus makroökonomischer Sicht die letzte Verwendung der Güter und Dienstleistungen abbildet. Diese Größe könnte somit in etwa dem verwendungsseitigen BIP-Anteil entsprechen (vgl. auch Box links).²⁰

Die Ausgaben für Krankenhäuser betragen 2008 insgesamt EUR 66,7 Mrd. Davon entfallen ein Großteil auf ärztliche Leistungen und Waren. Zieht man die Ausgaben für Waren ab, ergibt sich ein Leistungsvolumen in Höhe von EUR 53,5 Mrd., wovon geschätzt rund 34% oder EUR 18,4 Mrd. auf die FW entfallen. Die Finanzierung ist mit einem Anteil von 82% stark von der GKV abhängig.

Die Ausgaben für Pflege in Heimen und ambulante Pflegedienste haben sich im Untersuchungszeitraum um 38% von EUR 20,6 Mrd. auf EUR 28,5 Mrd. im Jahre 2008 erhöht. Davon entfällt der Großteil auf die (teil)stationäre Pflege. Für die FW lassen sich Anteile in Höhe von EUR 16,3 Mrd. abschätzen, was mehr als 50% des Gesamtvolumens ausmacht. In der Pflege ergibt sich ein höherer Anteil privater Zuzahlungen. Die Finanzierung ist hier somit weit weniger abhängig von einem einzelnen Träger. Dies resultiert vor allem aus dem starken Anstieg bei den Kosten für Hotelleistungen in Pflegeheimen, also für Unterkunft und Verpflegung, die vorwiegend von privaten Haushalten bezahlt werden (vgl. Grafik 11).²¹

Leistungsvolumina ausgewählter Sektoren 2008

Sektor	Gesamt (in EUR Mrd.)	Anteil FW (in%)	Anteil FW (in EUR Mrd.)
Ambulante Pflege	8,6	51,7%*	4,4
Pflegeheime	19,9	59,9%*	11,9
Krankenhäuser	53,5	34,3%	18,4
Rettungsdienste	2,8	64,6%	1,8
Reha/Vorsorge	8,0	16,4%	1,3
Gesamt	92,8	40,8%	37,9

*Extrapolierte Werte

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Pflegestatistik, Gesamtstatistik des BAGFW, Eigene Berechnungen

12

Auch wenn Rettungsdienste und Vorsorgeeinrichtungen quantitativ weniger ins Gewicht fallen als etwa Krankenhäuser, ergab sich 2008 ein Leistungsvolumen von immerhin mehr als EUR 10 Mrd. Die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen verfügen hiervon über ein Leistungsvolumen von EUR 8 Mrd. (2008). Da diese vorwiegend

²⁰ Die Ausgaben wurden den Erbringungsorten zugeordnet. Kosten von Waren wie Arznei- und Hilfsmitteln wurden nicht berücksichtigt, da diese zumeist über externe Apotheken in den jeweiligen Krankenhäusern und Heimen abgerechnet werden und somit als Leistungen der FW ausgeschlossen werden können.

²¹ Hier hat eine Verlagerung von öffentlichen zu privaten Haushalten stattgefunden. Während sich seit Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben der öffentlichen Haushalte an den Zahlungen zu Hotelleistungen um rund 60% auf gerade einmal EUR 735 Mio. verringert haben, zahlen die privaten Haushalte mit EUR 5,3 Mrd. rund das Sechsfache der Summe von 1996.

Die FW als Produzenten von Sozialem Kapital

Der Begriff Soziales Kapital, geprägt von Robert Putnam und Jean Bourdieu, beschreibt unter anderem soziales Vertrauen und auch positive Reziprozität (Hilfst du mir, so helfe ich Dir) als wichtigen Faktor für das Funktionieren einer Gesellschaft. * Beide Autoren sehen in sozialem Kapital einen Faktor, der ökonomisches Kapital einer Gesellschaft komplementär bzw. substitutiv beeinflussen kann, ökonomisch intuitiv könnte dies als sinkende Transaktionskosten über den Aufbau von Vertrauen innerhalb eines Marktsystems interpretiert werden. **

Das Wirken der FW sollte das soziale Klima über Freiwilligenarbeit und eine zusätzliche Redistribution von Geld- und Sachleistungen verbessern. So repräsentieren die FW altruistische Wertorientierungen in der Gesellschaft. Vor allem tragen sie dazu bei, den Bedarf an staatlicher Umverteilung zu verringern. Dies mindert die Steuer- und Abgabenlast, da die Redistribution der FW auf freiwilliger Basis über Spenden und Ehrenamt erfolgt. Auch verweisen die FW auf ihre größere Nähe zu vielen Leistungsempfängern und ein oft besonderes Engagement der Mitarbeiter. Mit ihrem Fachwissen zu sozialpolitischen Themen wie Armut, Pflege und Selbsthilfe sind die FW nicht zuletzt auch als Berater von Politik und sozialen Institutionen präsent.

*Vgl. für eine Übersicht Braun (2002).

** Vgl. hierzu Rollwagen (2008) oder Knack / Keefer (1997).

Durchschnittsvergütung 2007

Dauerstationäre Vollpflege in Heimen nach Stufe

	Privat	Frei-gem.	Öffentl.
Stufe I	41	43	46
Stufe II	54	58	60
Stufe III	67	73	74
Unterkunft und Verpflegung	19	20	20

In Euro pro Tag und Person, nach Trägern und Leistungsarten

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes **13**

privatwirtschaftlich organisiert sind, ist der Anteil der FW allerdings mit geschätzten EUR 1,3 Mrd. eher gering.

Insgesamt betrug 2008 das Leistungsvolumen der FW in den betrachteten Bereichen unseren Schätzungen zufolge EUR 37,9 Mrd. von EUR 92,8 Mrd. insgesamt. Dabei sind mangels geeigneter Daten relevante Bereiche, vor allem Kindertagesstätten, bei denen die FW über große Marktanteile verfügen, nicht berücksichtigt. Es liegt nahe, dass der genannte Wert die FW als Wirtschaftsfaktor unterschätzt.²²

Das Leistungsvolumen der FW ist somit insgesamt höher als das so mancher Branche des verarbeitenden Gewerbes. Zum Vergleich betragen 2008 die Jahresumsätze der Getränke- und Tabakhersteller je etwa EUR 12 Mrd., der Papierbranche rund EUR 36 Mrd.

Position der FW im Wettbewerb

Angesichts der nennenswerten wirtschaftlichen Bedeutung der FW stellt sich die Frage nach deren Perspektiven in einem zunehmend durch Wettbewerb geprägten Umfeld. Diese Frage kann indes hier – auch mangels der erforderlichen betriebswirtschaftlichen Daten – nicht im Detail geklärt werden. Vielmehr sollen einige relevante Indizien zu einem kleinen Mosaik der Wettbewerbsfähigkeit der FW bei Pflegediensten und im Krankenhausbereich zusammengefügt werden.

Im Bereich der Pflege deutet die amtliche Statistik darauf hin, dass die FW oft höhere Pflegeentgelte verlangen als private Träger. Insbesondere die Hotelleistungen, die ja gerade in hohem Maße von den privaten Haushalten bezahlt werden müssen, lagen preislich von 1999-2007 über denen privater Träger. Auch bei den Pflegebedürftigen der Stufen I bis III lagen die durchschnittlichen Vergütungen in stationären Einrichtungen der FW über denen privater Träger (vgl. Tabelle 13). Analysen zufolge sind rund 70% der Kosten eines Pflegeheimes auf Personalaufwendungen zurückzuführen. Das lenkt den Blick u.a. auf die Löhne. In der Vergangenheit haben sich die FW – auf freiwilliger Basis – stark an öffentlichen Tarifverträgen orientiert. Seit der Einführung des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVÖD) 2005 gewinnen aber auch eigene Tarifverträge an Bedeutung. Untersuchungen zeigen, dass die Anwendung von Tarifverträgen in Heimen höhere Heimentgelte erklären kann, wobei die freigemeinnützigen Träger ein höheres Maß an Tarifbindung aufweisen.²³ Allerdings dürfte sich bei Pflegefachkräften angesichts des hier bereits bestehenden Fachkräftemangels zunehmend ein einheitliches Lohnniveau herausgebildet haben. Es dürften also vorwiegend un- oder angelernte Kräfte höhere Tariflöhne erhalten. Wie erwähnt zeigt sich aber auch in der Sozialwirtschaft der Trend zu atypischen Beschäftigungsverhältnissen.²⁴

Hinsichtlich der Krankenhäuser stellen Studien in freigemeinnützigen Kliniken ebenfalls höhere Personalkosten aufgrund der Orientierung am TVÖD fest.²⁵ Differenziert man jedoch die absoluten durchschnittlichen Personalkosten je Krankenhaus hinsichtlich der Klinikgröße, wird der Kostenvorteil vernachlässigbar (vgl. Grafik 14). Andere Studien gehen von einem geringen Gesamtkostenvorteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser aus und legen nahe, dass dieser Wettbewerbsvorteil vorwiegend auf Steuervorteile der Gemeinnüt-

²² Ottnad et al. (2000) errechnen unter der Berücksichtigung aller Bereiche für das Jahr 1996 ein Leistungsvolumen in Höhe von EUR 44 Mrd.

²³ Augurky et al. (2008).

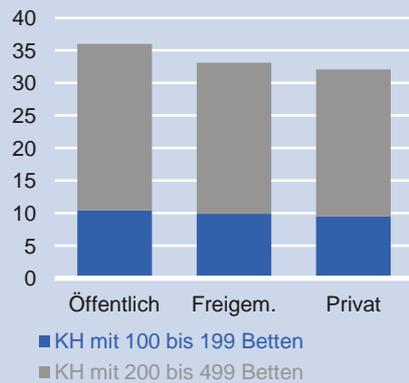
²⁴ Vgl. Fußnote 13.

²⁵ Im Folgenden Augurky et al. (2009).



Personalkosten in Kliniken

Je Krankenhaus in EUR Mio.



Quellen: Destatis, eigene Berechnungen

14

FW und Ehrenamt

Das Ehrenamt, also die freiwillige Betätigung ohne Lohnanspruch zur Förderung des Allgemeinwohls, zählt zu den Vorzeigebereichen der FW. Generell zeigt sich beim Ehrenamt aber ein zwiespältiges Bild. So ist der Anteil der freiwillig Engagierten insgesamt von 1999 bis 2004 um 2% auf 36% der Bevölkerung ab 14 Jahren angestiegen, allerdings vorwiegend in Sport- und Kulturvereinen.* Eine Studie begründet für die Sozialwirtschaft den dortigen Rückgang des Ehrenamtes über die zunehmende Professionalisierung. Ehrenamt werde mittlerweile vorrangig als Laienarbeit betrachtet und innerhalb der FW eher der Tradition als fachlicher Kompetenz zugeordnet. Eine Minderung der Wertschätzung und somit auch der Attraktivität des Ehrenamtes sei die Folge.** Ungeachtet dessen belegen die (geschätzten) eigenen Angaben der großen Verbände der FW ein Engagement von rund 2,4 Mio. Freiwilligen. Untersuchungen über die geleisteten Arbeitsstunden divergieren zwischen den – meist regionalen Umfragen – stark. Frühere Schätzungen basierend auf den Studien des John Hopkins-Projekts zur Erforschung des Non-Profit-Sektors von 1996, ermittelten einen Anteil von ehrenamtlicher Tätigkeit in Höhe von einem halben Prozent des BIP**.

* Vgl. BMFSJF (2005).

** Otnad et al. (2000).

zigkeit zurückzuführen ist.²⁶ Hinsichtlich der Arbeitsproduktivität, hier gemessen anhand der Belastungszahlen nach Betten liegen private und freigemeinnützige Träger mit rund 200 Pflegetagen pro Vollkraft gleichauf.²⁷ Soweit es, wie Studien belegen, hinsichtlich der Qualität keine auffallenden Unterschiede zwischen privaten und freien Trägern gibt, sprechen diese Daten gegen die verbreitete These einer geringeren Kosteneffizienz freigemeinnütziger gegenüber privater Träger.

Allerdings sprechen Experten den privaten Krankenhäusern höhere Effizienz hinsichtlich Management und auch Vorteile in Bezug auf die Innenfinanzierung von Investitionen zu. Da die Finanzierung größerer Investitionsprojekte im Krankenhausbereich gemäß dem dualen Prinzip grundsätzlich den Bundesländern obliegt, die aber weitgehend auf fiskalischen Sparkurs eingeschwenkt sind, ist die Fähigkeit, Investitionen in moderne (Groß-)Technologien selbst zu stemmen, von erheblicher Bedeutung. Auch die Casemix-Daten zeigen, dass private Kliniken effizienter wirtschaften. So erwirtschaften Beschäftigte privater Krankenhäuser bei im Schnitt weniger Patienten mehr Umsatz in Form von Casemix-Punkten, was sich als erhöhte Wirtschaftlichkeit bei besserer Betreuungsrelation interpretieren lässt.²⁸

Gemeinnützigkeit als Wettbewerbsvorteil?

Den FW werden aufgrund der Gemeinnützigkeit wettbewerbliche Vorteile (durch Steuerbefreiungen bzw. -vergünstigungen, öffentliche Zuwendungen oder der steuerlichen Abzugsfähigkeit von Spenden) unterstellt. Indes bedarf es hier für die marktnahen Bereiche einer differenzierteren Darstellung. Viele, oft fälschlicherweise der Gemeinnützigkeit zugeschriebene Vergünstigungen sind nämlich an Tätigkeitsmerkmalen in den relevanten Bereichen festgemacht. So gilt etwa die Umsatzsteuerbefreiung für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auch für private Anbieter.²⁹ Die spezifischen Steuervorteile der Gemeinnützigkeit hinsichtlich Körperschafts- und Gewerbesteuer summieren sich lediglich auf EUR 220 Mio. im Vergleich zu geschätzten EUR 38 Mrd. Leistungsvolumen.³⁰

Die öffentlichen Zuwendungen und Spenden³¹ sind meist zweckgebunden und können zudem aufgrund der vorherrschenden Organisationsstrukturen nicht zwischen den einzelnen Einrichtungen transferiert werden. Insbesondere bei Zuwendungen für Investitionen tritt häufig eine Diskrepanz zwischen der zeitnahen Verwendung der Mittel, die die Gemeinnützigkeit vorschreibt, und langfristig angelegter und starrer öffentlicher Haushaltsplanung zutage.

Weiterhin verbietet es die Gemeinnützigkeit, Gewinne auszuschütten bzw. Investoren Residualeinkommen zu gewähren. Damit ist eine Aufnahme von Eigenkapital, wie sie zum Beispiel privatwirtschaftlichen Unternehmen zur Verfügung steht, nicht möglich. Die

²⁶ Vgl. Henke et al. (2004).

²⁷ Im Detail ergeben sich 203,1 für freigemeinnützige Träger und 201,6 für private Träger (Quelle: Destatis).

²⁸ Absatz vgl. Augurzky et al. (2009).

²⁹ So sind Krankenhäuser ohnehin umsatzsteuerbefreit. Pflegeeinrichtungen, die mehr als 40% über die soziale Pflegeversicherung abrechnen, ebenso. Es liegt nahe, dass dies für nahezu alle Einrichtungen der FW zutrifft.

³⁰ Vgl. Boss und Rosenschon (2010).

³¹ Die Spendensumme der DZI-Spendenindexorganisationen übersteigt für 30 Organisationen kaum die Milliardengrenze. Der höchste Einzelbetrag einer Organisation innerhalb des Spendenalmanachs betrug 2007 rund EUR 128 Mio., der höchste Betrag eines Verbandes der Wohlfahrtspflege innerhalb des Almanachs EUR 38 Mio.

FW zwischen Non-Profit und Transparenz

Autoren sehen vor allem auf Märkten mit asymmetrischer Information Vorteile des Prinzips des Nicht-Erwerbsstrebens.* Beispiele für solche Märkte finden sich gerade im Gesundheitswesen und in der Pflege, wo die Leistungsanbieter (z.B. Ärzte) hinsichtlich des Leistungsbedarfs einen Informationsvorsprung haben. Daraus kann die Tendenz zu Überversorgung resultieren. Non-Profit-Organisationen, so die These, haben geringere Anreize, den Informationsvorsprung entsprechend zu nutzen. Über das Versprechen, nicht nach Gewinnen zu streben, findet bei ihnen eine Selbstbindung statt. Ähnlich einer Investition in den Ruf signalisiert das Non-Profit-Prinzip dem Nachfrager ein Versprechen, der Informationsvorsprung werde nicht ausgenutzt. Freier Wettbewerb kann indes auch eine entsprechende Wirkung entfachen. Den positiven Aspekten von Non-Profit stehen Anreize zu Ineffizienz entgegen, die sich vorrangig aufgrund unvollständiger Eigentumsrechte ergeben. Um Vorwürfen der Ineffizienz zu begegnen, öffnen sich die FW immer mehr Wettbewerb und Ökonomisierung.** Über Evaluierungsmaßnahmen wie die mittlerweile institutionell verankerten Pflegenoten soll die Qualität der Leistungen nach außen transportiert werden.

* Vgl. hierzu Nährlich (1998), Kraus / Stegarescu (2005).

**Aus Sicht der Property Rights-Theorie fehlt hier das *ius fruendi*, das Recht, erzielte Gewinne selbstständig zu verwenden. Ein Beispiel für Kritik findet sich in der Monopolkommission (1998).

Finanzierung beschränkt sich so auf Eigenmittel und teureres Fremdkapital. Zudem wird die Bildung von Rücklagen im Vergleich zu privaten Trägern erschwert.³² Gerade hinsichtlich der Innenfinanzierung wird hier den freigemeinnützigen Trägern eine zusätzliche Belastung auferlegt. Dies macht die FW als Marktakteur relativ inflexibel, was auch von Stimmen innerhalb der Verbände beklagt wird.³³

Bestehende Potenziale nutzen

Die FW reagieren aber schon länger auf das veränderte Umfeld. Evaluierungen, Controllingsysteme und Statistiken³⁴ sollen Vorwürfe von Ineffizienz, zu hohen Kosten und mangelnder Transparenz entkräften.³⁵ Gleichwohl können noch Potenziale gehoben werden. Dazu gehören Größenvorteile der FW, die durch die Zersplitterung über eigenständige Träger verstellt sind. So könnten durch vermehrte Kooperationen innerverbandlicher Träger auf regionaler Ebene Kosteneinsparungen erzielt werden. Möglichkeiten – die in Ansätzen schon realisiert sind – betreffen etwa das Beschaffungswesen über Einkaufsgemeinschaften oder auch die Einführung von Innovationen im Software- und IT-Bereich. Gerade die Einführung einer EDV-Infrastruktur oder von Softwaresystemen ist oft mit hohen Fixkosten verbunden, die so über reine Größenvorteile leichter zu tragen wären.

Auch liegt es nahe, dass die FW ihr Gemeinnützigkeitskonzept in marktnahen Bereichen stärker evaluieren. Über privatwirtschaftliche Unternehmensausgründungen, bei denen gemeinnützige Verbände als tragende Gesellschafter fungieren, könnte die Wettbewerbsposition der FW nachhaltig gestärkt werden. Einerseits würde sich die Kapitalbeschaffung über die Möglichkeit der Eigenkapitalfinanzierung deutlich verbilligen. Das Beispiel privater Kliniken zeigt, dass hier eine verbesserte Innenfinanzierung von Investitionen möglich ist. Gerade aber die Fähigkeit, Investitionen – auch ohne öffentliche Mittel – frei zu tätigen, dürfte in geraumer Zeit ein wesentlicher Wettbewerbsvorteil sein. Weiterhin würde eine Beteiligung von Eigenkapitalgebern ebenso eine zunehmende Professionalisierung der Aufsichtsgremien bedeuten. Diese sind aktuell meist mit ehrenamtlich tätigen Personen besetzt. Im freien Wettbewerb generierte Erträge würden auch zu einer Querfinanzierung der klassischen Sozialwirtschaftsbereiche dienen können.

Zu den schon bestehenden Pluspunkten der FW im Wettbewerb gehört die mithin gute Reputation. Wirtschaftlich gedacht könnte dabei die Wertorientierung für eine entsprechende Marktpositionierung (Markenbildung) genutzt werden.

³² Vgl. Henke et al. (2004), Otnad et al. (2000), Otnad (2007) und Brückers (2000).

³³ Vgl. Brauns (2000).

³⁴ So legt der BAGFW seit 2000 eine Gesamtstatistik vor. Auch die einzelnen Verbände geben Statistiken heraus oder veröffentlichen mittlerweile Geschäftsberichte. Konkrete Umsätze können jedoch aufgrund der Verbandsstruktur nicht herausgegeben werden. Bisher weist lediglich die AWO in ihrem Geschäftsbericht 2008 einen Gesamtumsatz von EUR 3,8 Mrd. aus.

³⁵ Ungeachtet der Anstrengungen der FW ist die fehlende Transparenz im Kostendickicht ein Problem. Bestehende Statistiken weisen oft Diskrepanzen hinsichtlich der Erhebungszeitpunkte auf. Aggregierte Übersichten über Umsatz und Kosten der Verbände liegen nicht vor, was Vergleiche zwischen den Trägergruppen immens erschwert und wohl auch wesentlich zum Ruf der FW als kostenineffiziente Leistungserbringer beigetragen haben dürfte. Hier herrscht – auch um den Wettbewerb zwischen den Trägern zu ermöglichen – Nachholbedarf.



Fazit

Die FW werden oft verkannt. Dabei gehören sie zu den größten Arbeitgebern in Deutschland. Vor allem sorgen sie für einen wesentlichen Teil des Angebotes an sozialen Diensten. Das gilt auch für die umsatzstärksten marktnahen Sozialdienste, die Pflege und die stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser). Hier halten die FW nach wie vor ebenfalls große Marktanteile und tragen entsprechend zur Wertschöpfung bei. Auf der Kostenseite profitieren sie dabei weit weniger als oft von spezifischen Eigenheiten der Gemeinnützigkeit unterstellt. Indes wäre es ebenso verfehlt, dieses Prinzip mit generell mangelnder Effizienz gleichzusetzen, wie es mitunter geschieht. Die verbesserte wettbewerbliche Aufstellung der FW dürfte zum einen auch Folge eines erhöhten Konkurrenzdrucks durch zahlreiche private Anbieter sein. Zum anderen erfordern neue rechtliche Rahmenbedingungen vor allem im Krankenhausbereich (Stichwort Fallpauschalen) seit geraumer Zeit effizientes Wirtschaften von allen Akteuren, die sich am Markt halten wollen.

Gleichwohl weist die Struktur der FW insbesondere hinsichtlich der Investitions- und Innovationsfähigkeit noch Verbesserungspotenzial auf. Dies ist angesichts anhaltender Sparpolitik der Länder als Hauptfinanziers größerer Investitionen im Krankenhausbereich relevant. Nicht nur deswegen stellen sich Fragen nach der künftigen Rolle der Gemeinnützigkeit für die FW und nach veränderten Organisationsstrukturen. So ist es durchaus vorstellbar, dass in Zukunft Zweckbetriebe zunehmend durch privatwirtschaftliche Unternehmen ersetzt werden, die im Auftrag der Verbände agieren. Gemeinnützigkeit bzw. Gemeinwohlorientierung, wie sie für die FW prägend ist, ergibt sich schließlich nicht nur aus der Unternehmensform, sondern vorwiegend aus der Unternehmenskultur. Dessen ungeachtet können die FW für die Zukunft auf Ihre Marktstellung, die vorhandene Infrastruktur hinsichtlich Einrichtungen und Personal und ihre weithin wohl gute Reputation bauen.

Alexander Falter (+49 69 910-31830, alexanderf.falter@googlemail.com)

Literatur:

- Anheier, Helmut K. und Wolfgang Seibel (1993). Defining the Nonprofit Sector: Germany. Working Paper 6. John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project No. 6.
- Augurzky et al. (2008). Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. RWI Materialien 44. RWI Essen.
- Augurzky et al. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI Materialien 52. RWI Essen.
- Blinkert Bodo und Bernhard Gräf (2009). Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Aktuelle Themen 442. DB Research.
- Boss, Alfred und Astrid Rosenschon (2010). Subventionen in Deutschland: Der Kieler Subventionsbericht. Kieler Diskussionsbeiträge 479/480. IfW Kiel.
- Braun, Sebastian (2002). Soziales Kapital, sozialer Zusammenhalt und soziale Ungleichheit. Aus Politik und Zeitgeschichte, 29-30. Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Brauns, Hans-Jochen (2000). Modernisierungsbedarf im Spannungsfeld von Staat und Freier Wohlfahrtspflege. In FES (2000).
- Brückers, Rainer (2000). Finanzielle Rahmenbedingungen Freier Wohlfahrtspflege. In FES (2000).
- Bräuninger, Dieter und Oliver Rakau (2010). Gesundheitswirtschaft im Aufwind. Aktuelle Themen 481. DB Research.
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (2010). 22. Subventionsbericht der Bundesregierung.

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004.
- Dathe et al. (2009). Wenig Licht, viel Schatten – der Dritte Sektor als arbeitsmarktpolitisches Experimentierfeld. WZ Brief Arbeit 03. Oktober 2009.
- Enste, Dominik (2009). Pflegedienstleistungen – vom Kostenfaktor zum Jobmotor. Studie für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Falter, Alexander und Dieter Bräuninger (2010). Aussetzen des Zivildienstes. Der Pflegenotstand fällt aus. Aktueller Kommentar 27.09.2010. DB Research.
- FES Friedrich Ebert-Stiftung (2000) (Hrsg.). Wohlfahrtsverbände in Deutschland: Auslauf- oder Zukunftsmodell, FES Library.
- Henke et al. (2004). Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung freigemeinnütziger Krankenhäuser. Blaue Reihe 2004-03. Berliner Zentrum Public Health.
- Henke, Klaus-Dirk und Karl Martin (2008). Health as a driving economic force. Diskussionspapier 2008/2. TU Berlin.
- IW - Institut der Deutschen Wirtschaft (2004). Auf den Schultern der Schwachen – Wohlfahrtsverbände in Deutschland. IW Köln.
- Knack, Stephen und Philip Keefer (1997). Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation. The Quarterly Journal of Economics, vol. 112 (4). S. 1251-1288.
- Kraus, Margit und Dan Stegarescu (2005). Non-Profit-Organisationen in Deutschland. Dokumentation Nr. 05-02. ZEW Mannheim.
- Kühnlein, Gertrud und Norbert Wohlfahrt (2006). Soziale Träger auf Niedriglohnkurs? WSI-Mitteilungen 07/2006. Hans Böckler Stiftung Düsseldorf.
- Monopolkommission (1998). 12. Hauptgutachten – Marktöffnung umfassend verwirklichen.
- Nährlich, Stefan (1998). Was sind die und was bleibt von den Besonderheiten der Nonprofit-Organisationen? Eine Betrachtung aus Sicht der Neuen Institutionenökonomie, in Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (Hrsg.). Nonprofitorganisationen im Wandel. Frankfurt/Main.
- Otnad, Adrian, Stefanie Wahl und Meinhard Miegel (2000). Zwischen Markt und Mildtätigkeit. Die Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege für Gesellschaft, Wirtschaft und Beschäftigung. IWG Bonn.
- Otnad Adrian (2007). Vortrag „Wandel der Wohlfahrtsverbände“, Liga der Freien Wohlfahrtsverbände Hessen e.V.
- Puch, Hans-Joachim (2003). Der Sozialmarkt – eine Wirtschaftsmacht im Schatten? Vortrag auf der Fachtagung des Bundesverbandes Evangelischer Behindertenhilfe.
- Rollwagen, Ingo (2008). Wachstumspotenzial durch Sozialkapital. Präsentation. DB Research.
- Seiters, Rudolf (2005). Bürgerschaftliches Engagement und die Zukunft der Wohlfahrtsverbände. Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat der Friedrich Ebert Stiftung Bonn.

© Copyright 2010. Deutsche Bank AG, DB Research, D-60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Deutsche Bank AG oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Deutsche Bank veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

In Deutschland wird dieser Bericht von Deutsche Bank AG Frankfurt genehmigt und/oder verbreitet, die über eine Erlaubnis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht verfügt. Im Vereinigten Königreich wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG London, Mitglied der London Stock Exchange, genehmigt und/oder verbreitet, die in Bezug auf Anlagegeschäfte im Vereinigten Königreich der Aufsicht der Financial Services Authority unterliegt. In Hongkong wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Hong Kong Branch, in Korea durch Deutsche Securities Korea Co. und in Singapur durch Deutsche Bank AG, Singapore Branch, verbreitet. In Japan wird dieser Bericht durch Deutsche Securities Limited, Tokyo Branch, genehmigt und/oder verbreitet. In Australien sollten Privatkunden eine Kopie der betreffenden Produktinformation (Product Disclosure Statement oder PDS) zu jeglichem in diesem Bericht erwähnten Finanzinstrument beziehen und dieses PDS berücksichtigen, bevor sie eine Anlageentscheidung treffen.