Februar 2011

Pflegedienste für ältere Menschen in Europa – eine Herausforderung für die Gewerkschaften

Kurzfassung

& Empfehlungen

Vollständiger Bericht siehe
www.epsu.org/a/7431

Von Jane Lethbridge, PSIRU
j.lethbridge@gre.ac.uk

EPSU
FSESP
EGÖD

Kurzfassung und Empfehlungen

In den kommenden 40 Jahren wird sich in der Bevölkerung der Anteil der Menschen, die älter als 65 Jahre sind, in der Europäischen Union verdoppeln. Lag dieser Anteil 2005 noch bei 17%, so dürfte er im Jahre 2050 ca. 30% erreichen (Europäische Stiftung, 2009). Der Anteil der Menschen über 80 wird sich verdreifachen. Da die Lebenserwartung ständig steigt, ist auch mit einer zunehmenden Hinfälligkeit und Morbidität älterer Menschen zu rechnen. Dies wiederum wird zu einer verstärkten Nachfrage nach Pflegeleistungen führen. Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen hat zu einer sinkenden Geburtenrate und einem wachsenden Bedarf an formellen Pflegeleistungen (Fachpflege) geführt, da Frauen heute weniger als früher in der Lage sind, informelle Pflege (Laienpflege) zu übernehmen. Höhere Scheidungsraten und die steigende Zahl von Single-Haushalten erschweren informelle Pflegeleistungen zusätzlich. Die Mehrheit der Laienpflegekräfte wird aber nach wie vor Frauen gestellt. Es gibt eine steigende Nachfrage nach häuslicher Pflege, aber mobile Pflegedienste sind schwieriger zu kontrollieren und zu regulieren. Mobile Pflegekräfte bewegen sich oft in einem stark fragmentierten Markt, der gewerkschaftlich nur schwierig zu organisieren ist.

Pflege

Der Begriff der „Langzeitpflege“ wird in der vorliegenden Studie verwendet, um die zahlreichen unterschiedlichen Pflege- und Hilfsmodelle für ältere Menschen zu beschreibe. Die OECD definiert die Langzeitpflege wie folgt:

> *„eine Reihe von Dienstleistungen für Menschen, die aufgrund chronischer körperlicher oder geistiger Erkrankungen über einen längeren Zeitpunkt Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen” (OECD,* 2005)

Der Begriff „Pflege“ kann unterschiedlich interpretiert werden. Eine Pflegekraft übernimmt mehrere Aufgaben, die eine Vielzahl von Kompetenzen erfordert. Diesen Fähigkeiten wird oftmals kein hoher ökonomischer Wert zuerkannt. Einer der wichtigtsten Unterschiede besteht darin, ob die Pflege bezahlt oder unbezahlt geleistet wird, d. h. ob sie formell oder informell ist. Die Komplexität der Art und Weise, wie Pflege geleistet wird, bedeutet, dass eine Kategorisierung dieser unterschiedlichen Pflegearten keine leichte Aufgabe ist. Es gibt Beispiele für eine informelle Pflege, die bezahlt wird (ausländische Pflegekräfte in Italien), und für eine formelle Pflege, die nicht bezahlt wird (ehrenamtliche Pflegekräfte in den Niederlanden) (Lyon & Glucksmann, 2008). Die entscheidende Frage lautet, ob Pflegeleistungen in einem regulierten Rahmen erbracht werden oder nicht. Die vorliegende Studie befasst sich in erster Linie mit der formellen (regulierten) Pflege, ohne dabei außer Acht zu lassen, dass es einen Zusammenhang zwischen informeller und formeller Pflege gibt. Durch die rückläufige Entwicklung der informellen Pflege entsteht eine steigende Nachfrage nach formeller Pflege, wobei dieser Prozess in mehreren europäischen Ländern zu beobachten ist. Pflege ist fast nie ein eigenständiges Politikfeld, sondern fällt in den Zuständigkeitsbereich unterschiedlicher Regierungsressorts.

EU-Ebene

Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2002), die inzwischen ein fester Bestandteil der Verträge von Lissabon ist, anerkennt das Recht auf soziale Sicherheit und soziale Unterstützung (Art. 34), jedoch nicht als unabdingbares Recht. Die Charta erkennt ebenfalls das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung an (Art. 35) sowie auf Zugang zu Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse an, geregelt durch die einzelstaatlichen

Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten (Art. 36). *Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse* können nach geltendem Gemeinschaftsrecht wirtschaftlicher und nicht-wirtschaftlicher Art sein. In einem Versuch der Festlegung der Arbeitsweise sozialer Pflegedienste beschreibt der freiwillige europäische Qualitätsrahmen Qualitätsprinzipien, die die Beziehungen zwischen Leistungserbringern, Behörden und sonstigen Anspruchsgruppen definieren. Hierbei handelt es sich aber um eine freiwillige Vereinbarung, die im Oktober 2010 vom Ausschuss für Sozialschutz angenommen wurde und als Maßstab für die Definition, Sicherstellung, Verbesserung und Evaluierung der Qualität von Sozialdienstleistungen in der EU dienen soll. Der Rahmen ist als Hilfsmittel für politische Entscheider und Behörden gedacht, die spezifische Handlungsinstrumente für die Erfassung und Evaluierung der Qualität sozialer Dienstleistungen brauchen. Er soll ebenfalls die grenzübergreifende Vergleichbarkeit bei einer grenzüberschreitenden Erbringung von Sozialdienstleistungen verbessern. Parallel dazu haben NGOs in Europa einen gemeinsamen Qualitätsrahmen für Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse erarbeitet (September 2010), der die unterschiedlichen Aspekte ihrer Qualität ansprechen will. Dieser Rahmen schlägt ein europäisches Qualitätskonzept vor, das flexibel und kompatibel mit den in diesem Sektor bestehenden einzelstaatlichen Qualitätssystemen ist, diese ergänzt und auf Dienstleistungen angewandt werden kann, die auf lokaler oder regionaler Ebene organisiert werden. An einem Entwurf eines IAO-Übereinkommens über Hausarbeit wird zurzeit gearbeitet, ein entsprechendes Übereinkommen dürfte aber während der nächsten Jahre kaum zu einem Teil der nationalen Gesetzgebung werden.

Lebenserwartung

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, und dies wird voraussichtlich bis zum Jahre 2050 auch so bleiben. Es gibt ebenfalls unterschiedliche Lebenserwartungen innerhalb eines Landes zwischen Gruppen mit hohem und niedrigem Einkommen, wobei die Gruppen mit geringem Einkommen eine kürzere Lebenserwartung haben als die einkommensstarken Gruppen. Diese unterschiedlichen Lebenserwartungen spiegeln Gesundheitsungleichheiten wider, die bei der Planung von Pflegedienstern für ältere Menschen berücksichtigt werden müssen.

Ausgaben

Schweden (3,4%) und die Niederlande (3,5%) geben den höchsten prozentualen Anteil am BIP für die Langzeitpflege aus. Zahlreiche Länder in Mittel- und Osteuropa geben weniger als 1,0% ihres BIP für die Langzeitpflege aus. Der prozentuale Anteil der über 65 Jahre alten Bevölkerung in allen europäischen Ländern erreicht über 10%, im Spitzenfeld liegen hier Deutschland und Italien mit 20%. Bis 2050 werden mindestens 25% der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein, wobei in den mittel- und osteuropäischen Ländern sogar mit einem Anstieg auf über 30% gerechnet wird. Ebenfalls wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Menschen über 80, die permanent auf Pflege angewiesen sind, ebenfalls auf mindestens 10% steigen wird. Der Anteil des BIP, der bis 2060 für die Pflege aufgebracht werden muss, wird sich in allen Ländern voraussichtlich mehr als verdoppeln.

Pflegearten

Es gibt im Prinzip drei unterschiedliche Arten der Langzeitpflege. Die institutionelle Pflege kann Pflegeheime unter öffentlicher, privater oder gemeinnütziger Trägerschaft beinhalten. Die häusliche Pflege, die in der Langzeitpflege zunehmend an Bedeutung gewinnt, beinhaltet sowohl die ambulante Pflege als auch hauswirtschaftliche Verrichtungen. Informelle Pflege oder unspezifische formelle Pflege bezieht sich auf Pflege, die durch Familienangehörige oder Freunde geleistet wird oder auf eine Situation, in der ein älterer Mensch keine Pflegeleistungen von Fachpflegeanbietern erhält.

In Dänemark leben 56% der pflegebedürftigen Leistungsempfänger in Pflegeheimen – das ist der höchste Anteil. In Ländern wie Österreich, Estland, Lettland, Polen und der Slowakei liegt der Anteil bei 5% oder weniger. Die Länder in Mittel- und Osteuropa haben keinen nennenswerter Anteil an der institutionalisierten Pflege, da es dort nur wenige Senioren- und Pflegeheime gibt. In den Niederlanden (80%) und in Schweden (79%) ist die häusliche Pflege ein beliebtes Modell, das nicht nur die Krankenpflege, sondern auch die soziale Betreuung zu Hause einschließt. In Estland (8%), Lettland (6%), Polen (0%) und Ungarn (7%) hat die ambulante häusliche Pflege nur einen geringen Anteil, entsprechend gering ist auch das Angebot an Langzeitpflege in einer institutionellen Einrichtung oder zu Hause.

In südeuropäischen oder mittel- und osteuropäischen Ländern erhalten mehr als 50% der Pflegebedürftigen informelle Pflegeleistungen bzw. keine Fachpflege. In Estland, Lettland, Ungarn und Polen werden 80% der Langzeitpflege in Form von informeller Pflege geleistet, das entspricht dem niedrigen Anteil der formellen Pflege in diesen Ländern in institutionellen Einrichtungen oder zu Hause. Diese Versorgungsmodelle sind im Kontext des zunehmenden Bevölkerungsanteils im Alter ab 65 zu sehen. Da es in den Ländern in Mittel- und Osteuropa bis 2060 einen Anteil der über 65-jährigen an der Bevölkerung von über 30% geben wird, dürfte die Nachfrage nach Pflegeleistungen am stärksten in den Ländern steigen, in denen der Anteil formeller Pflegeleistungen zurzeit am niedrigsten ist.

Es gibt immer mehr Langzeitpflegedienste zu Hause und immer weniger Pflegeheime. Dies trifft besonders auf die größeren Pflegeeinrichtungen zu. Im Rahmen des Trends zu mehr häuslicher Pflege und Betreuung haben mehrere Länder das Modell einer „personalisierten Pflege“ eingeführt. Hierbei bestimmt die einzelne Person selbst, in welcher Form Langzeitpflege geleistet wird. Die Finanzierung der Langzeitpflege ist in zahlreichen Ländern ein wichtiges politisches Thema. In Ländern, die neue Finanzierungsmodalitäten eingeführt haben, gibt es Bedenken hinsichtlich der langfristigen finanziellen Nachhaltigkeit diese Dienste.

Finanzierung von Pflegedienstleistungen

Die zu Kontinentaleuropa gehörenden Länder finanzieren die Sozialpflegeleistungen vorwiegend aus den Beiträgen zur Sozialversicherung und zum Teil aus Steuereinnahmen. Die Systeme der Langzeitpflege in den nordischen Ländern sind ausnahmslos steuerfinanziert, allerdings gibt es graduelle Unterschiede zwischen den Ländern. In allen gilt der Grundkonsens, dass der Staat die Verantwortung für die Pflege und Betreuung von Kindern, Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen hat.

Sowohl das Vereinigte Königreich als auch Irland haben sich für ein steuerfinanziertes System entschieden, mit überwiegend privaten Anbietern. Dies steht im Gegensatz zu der nordischen Region, in der die Pflege nach wie vor vorwiegend Aufgabe des öffentlichen Sektors ist. In Südeuropa vollzieht sich seit einiger Zeit der Wechsel von der innerhalb der Familie geleisteten Langzeitpflege zu einem steuerfinanzierten System. In Italien, Spanien und Portugal sind es die Zentralregierungen, auf deren Initiative die Änderung der Langzeitpflegepolitik zurückzuführen ist, wenn auch die Pflege selbst in der Verantwortung der regionalen Behörden liegt.

Zwar kann die Langzeitpflege in Mittel- und Osteuropa nach wie vor als „Familienpflege“ bezeichnet werden, denn oft wird weniger als 1% des BIP für die Langzeitpflege ausgegeben. Allerdings dürfte sich dieses Modell aufgrund der sich verändernden Beschäftigungsformen ändern. Es gibt ein hohes Maß an informeller Pflege, aber aufgrund der Arbeitsmigration, des steigenden Rentenalters und des engen Zusammenhangs zwischen regulärer Beschäftigung und sozialer Absicherung befinden sich Familien zusehends in einer

schwierigen Lage (Österle, 2010). Die steigende Nachfrage nach Langzeitpflegeleistungen und die sich wandelnden Beschäftigungsbedingungen erschweren die informelle Pflege und zwingen die Regierungen dazu, neue Modelle für die Langzeitpflege zu entwickeln und entsprechende Gelder zur Verfügung zu stellen. Es gibt ein gefühltes unzureichendes Angebot an Pflegeheimen (Österle, 2010).

Aufgrund der Genauigkeit des prognostizierten Pflegebedarfs ergeben sich ebenfalls Auswirkungen auf die Abschätzung der zukünftigen Pflegekosten. Seit fünf Jahren gibt es offensichtlich einen wachsenden Konsens darüber, dass die Regierungen eine zentrale Rolle bei der Finanzierung der Langzeitpflege übernehmen müssen.

Bereitstellung von Pflegediensten

Multinationale Unternehmen sind gleich mehrfach an der Erbringung von Pflegeleistungen beteiligt. Vielen multinationalen Konzernen im Bereich der Sozialpflege gehören Pflegeheime unterschiedlicher Art sowie auch klinische Einrichtungen, meistens Einrichtungen zur psychiatrischen Versorgung. MNCs im Bereich des Facility Managements engagieren sich zunehmend im Markt der häuslichen Pflege, dies trifft zum Beispiel auf ISS und Sodexho zu. Einige Unternehmen, die nicht direkt im Bereich der Pflege tätig sind, bieten Luxusseniorenheime mit einer Reihe von Dienstleistungen an. Dazu kann die Pflege gehören, aber ebenfalls Freizeitangebote für Personen mit höherem Einkommen.

Der gemeinnützige Sektor ist ebenfalls ein wichtiger Anbieter von Pflegeleistungen sowohl in stationären Einrichtungen als auch in der häuslichen Pflege. Gemeinnützige Organisationen wie das Rote Kreuz und die Caritas sind in zahlreichen europäischen Ländern ein fester Bestandteil der Pflegelandschaft, wobei ihre MitarbeiterInnen nicht unbedingt als traditionelle Gewerkschaftsmitglieder gelten.

Personal

Die Fachkräfte im Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialpflege und damit auch die Beschäftigten in der Langzeitpflege gehören einem Sektor an, der zu den am schnellsten wachsenden Wirtschaftszweigen in Europa gehört und der etwa 5% der gesamten Wirtschaftsleistung in der Europäischen Union generiert. Zwischen 2000 und 2009 entstanden dort netto 4,2 Millionen neue Arbeitsplätze, insgesamt sind in diesem Sektor 21,4 Millionen Menschen beschäftigt (Europäische Kommission, 2010). Dieses Arbeitsplatzangebot ist nicht gleichmäßig innerhalb der Europäischen Union verteilt, sondern konzentriert sich in Ländern im Westen, Norden und Süden Europas. Es gibt keine vergleichbaren Zuwachsraten in den ost- und mitteleuropäischen Ländern.

Das in der Langzeitpflege beschäftigte Personal rekrutiert sich in fast allen Ländern in erster Linie aus weiblichen, unterbezahlten Mitarbeitern. Auch hier steigt das Durchschnittsalter der Belegschaften beständig an, da junge Menschen wenig Neigung verspüren, diesen Beruf zu ergreifen. In einigen Ländern ist fast die Hälfte der Beschäftigten in diesem Sektor 50 Jahre oder älter. Daraus werden sich Probleme bei der Personalrekrutierung für die Langzeitpflege ergeben. Die Rekrutierung und Bindung von MitarbeiterInnen ist aufgrund der niedrigen Entgelte, des geringen Ansehens der Pflegeberufe und der schlechten Arbeitsbedingungen schon jetzt ein Problem. In vielen europäischen Ländern hat die lokale Arbeitskräfteknappheit dazu geführt, dass ArbeitsmigrantInnen in der Pflege eingesetzt werden.

Zwar ist der Anteil von ArbeitsmigrantInnen in der Pflege in Ländern wie Österreich, Italien und dem Vereinigten Königreich relativ hoch, dies ist aber keine stabile Situation. Änderungen der einzelstaatlichen Einwanderungspolitik können die Zahl der ausländischen ArbeitnehmerInnen schnell beschränken. Das Arbeitsrecht, das für ArbeitnehmerInnen aus Mittel- und

Osteuropa nach dem Eintritt in die EU gilt, hat dazu geführt, dass sich diese Arbeitskräfte eher für nordeuropäische Länder und nicht für ihre Nachbarländer in Europa entscheiden. Polnische Arbeitskräfte haben sich unmittelbar nach dem Eintritt des Landes in die EU in Richtung VK und nordeuropäische Länder orientiert. Im Zuge der Rezession sind aber auch viele wieder nach Polen zurückgekehrt. Neue ArbeitsmigrantInnen aus Lateinamerika oder Afrika ersetzen neuerdings einige Gruppen europäischer ArbeitsmigrantInnen.

Gewerkschaftliche Organisation

Vielleicht eines der wichtigsten Merkmale der Pflegetätigkeit ist, dass es sich hierbei nicht nur um eine körperlich anstrengende Arbeit handelt (Heben und Umlagern schwerer Personen), sondern dass es hier auch eine bedeutende emotionale Komponente gibt, die diese Arbeit von vielen anderen schlecht bezahlten Tätigkeiten unterscheidet. Es ist kaum möglich, als Pflegekraft gut zu arbeiten, ohne eine emotionale Beziehung zu den Pflegebedürftigen aufzubauen. Das bedeutet, dass diese Arbeit nicht einfach innerhalb bestimmter Arbeitszeiten zu erledigen ist, sondern eine Pflegekraft auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten beschäftigt.

In der Mehrzahl arbeiten die Pflegekräfte Vollzeit, obwohl es auch einige Länder wie Norwegen und Schweden gibt, in denen das Pflegepersonal zu 40% bis 50% Teilzeitverträge geschlossen hat. Für AltenpflegerInnen im öffentlichen Sektor gilt meistens eine Kollektivvereinbarung. Eine Ausnahme bildet hier Irland, wo es Lohnkürzungen von 15% gegeben hat und nationale Kollektivvereinbarungen keine Geltung mehr haben. Für ArbeitnehmerInnen im privaten Sektor gelten in den Niederlanden und in den nordischen Ländern Kollektivvereinbarungen. Leiharbeitskräfte, Selbständige und ArbeitnehmerInnen mit befristeten Arbeitsverträgen gibt es meistens bei privaten oder gemeinnützigen Unternehmen. Da es einen Wechsel von öffentlichen zu privaten Anbietern gibt, dürften diese sich verschlechternden vertraglichen Modalitäten immer mehr Pflegekräfte betreffen.

Der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist von Land zu Land unterschiedlich. Es gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Umfang von Tarifbindungen und dem gewerkschaftlichen Organisationsgrad, obwohl dieser in den nordischen Ländern hoch ist und im öffentlichen Sektor oftmals ein Umfang der Tarifbindung von 100% erreicht wird. Die Niederlanden mit 100% Tarifbindung im öffentlichen wie im privaten Sektor haben einen deutlich geringeren gewerkschaftlichen Organisationsgrad im öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Sektor. In den Ländern in Mittel- und Osteuropa ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad deutlich niedriger.

Die Erbringung von Pflegeleistungen für ältere Menschen ist eine arbeitsintensive Tätigkeit. Pflegekräfte werden von privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Arbeitgebern beschäftigt. Es gibt den zunehmenden Trend der Leistungserbringung durch private und gemeinnützige Anbieter. Eine Studie der Kollektivvereinbarungen in Europa zeigt, dass der Umfang der Tarifbindung für Pflegekräfte – mit Ausnahme einiger Länder – im privaten und im gemeinnützigen Sektor am niedrigsten ist. Dies ist die erste Herausforderung für die Gewerkschaften.

Das zweite Thema, das an Bedeutung gewinnt und bestimmend sein wird für die zukünftige gewerkschaftliche Organisation, ist die zunehmende Bedeutung der häuslichen Pflege. Diese Art der Betreuung älterer Menschen in ihren Wohnungen wird immer öfter nachgefragt. Die Pflegefinanzierung durch personalisierte Gesundheitsbudgets trägt dazu bei, dass sich immer mehr Arbeitskräfte im Bereich der ambulanten Pflege selbständig machen oder direkt von einer älteren Person beauftragt werden, die entsprechende Beihilfen bezieht. Da es immer mehr Arbeitskräfte gibt, die nicht direkt bei einem großen Arbeitgeber beschäftigt sind, wird die Verhandlung von

Kollektivvereinbarungen für die Gewerkschaften zunehmend schwierig.

Die Gewerkschaften werden unterschiedliche Strategien für die gewerkschaftliche Organisation einer fragmentierten Arbeitnehmerschaft auf lokaler und nationaler Ebene und besonders für die Organisation weiblicher Teilzeitkräfte erproben müssen.

Berufsausbildung

Bei der beruflichen Ausbildung von Arbeitskräften in der Langzeitpflege hat es einige signifikante Änderungen gegeben. Sie wurden durch Entwicklungen auf Ebene der Europäischen Union beeinflusst, aber auch durch die Erkenntnis, dass eine verbesserte Ausbildung für eine höhere Personalbindung und eine bessere Ausgangssituation bei der Rekrutierung von Personal sorgt. Auf EU-Ebene hatten die Gesetzgebung und die Richtlinien über die Förderung der Berufsbildung und über die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen Auswirkungen auf die Angebote der beruflichen Ausbildung für Langzeitpflegekräfte. Richtlinie 2005/36 regelt die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Mehrere Länder haben neue Ausbildungssysteme für Pflegekräfte eingeführt, die zu einer stufenweisen Professionalisierung dieser Tätigkeit beitragen (Moss et al, 2004). Gewerkschaften in fast allen Ländern sind an Konsultationsprozessen über Ausbildung und Qualifizierungen beteiligt. Mehrere Gewerkschaften sind in Beratungsgremien vertreten, andere sind aktiv an der Entwicklung neue Formen der Ausbildung und beruflichen Weiterbildung beteiligt. Die zunehmende Bedeutung der häuslichen Pflege zeigt, dass eine unsichere Ausbildungssituation bei der zukünftigen Rekrutierung und Bindung von Personal zu einem ernsten Problem werden kann.

Neue Arbeitsformen und neue Dienstleistungen

Der soziale Dialog, die Verbesserung der Qualitätsnormen und die Ausbildung sind drei der wichtigsten Bereiche, in denen Gewerkschaften aktiv an der Entwicklung neuer Arbeitsweisen beteiligt sind. Neue Dienstleistungen, die auf die sich ändernde Bedarfslage einer immer älter werdenden Bevölkerung abgestimmt sind, müssen gemeinsam mit älteren Menschen gestaltet werden. Diese Dienstleistungen dürfen sich nicht mehr nur einseitig auf den Pflegeaspekt konzentrieren, sondern eine ganze Reihe zusätzlicher Aufgaben beinhalten: Bereitstellung von Informationen, Unterrichtung, Training, körperliche Betätigung usw. Der Schwerpunkt muss dabei auf der Zusammenarbeit mit älteren Menschen liegen. Dies bringt uns wieder zurück zu den zahlreichen Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegedienste einschließlich der Sozialpädagogik. Die wichtige Aufgabe, die die Ausbildung im Bereich der Kinderbetreuung hat, muss in gleicher Weise für die Altenpflege gelten. Dies wird Auswirkungen auf die Art der Ausbildung haben, die für den Altenpflegeberuf erforderlich wird.

Schlussfolgerung

Pflegedienste für ältere Menschen gewinnen in vielen Ländern an Bedeutung. Die Altenpflege ist aber nach wie vor ein Beruf, der in erster Linie von schlecht bezahlten weiblichen Arbeitskräften ausgeübt wird. Reformen des Lohnsystems in der Altenpflege sind in mehreren Ländern umgesetzt worden. In anderen Ländern finden Diskussionen statt vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass ein adäquates System der Altenpflege Priorität haben muss. Einige Länder vollziehen den Wechsel von einem Modell der familiären Pflege hin zu einer vielfältigeren Form der formellen und informellen Pflege.

Der zunehmende Anteil der häuslichen Pflege, d. h. der Versorgung älterer Menschen in ihrer Wohnung durch öffentliche, private oder gemeinnützige Anbieter oder selbständige Pflegedienste, ist eine Entwicklung, die in fast allen Ländern stattfindet. Gesellschaftliche Veränderungen, die zu einer verstärkten Nachfrage nach personalisierten Pflegeleistungen zu Hause führen, stellen das herkömmliche Modell der institutionalisierten Pflege zunehmend in

Frage, wenngleich diese Einrichtungen nach wie vor einen signifikanten Teil des Pflegebedarfs decken. Diese Personalisierung führt aber auch zur Entstehung neuer Arbeitsformen, die oft nicht reguliert sind und den ArbeitnehmerInnen keinen Schutz bieten. Eine der größten Herausforderungen für die Gewerkschaften wird darin bestehen, die Arbeitsbedingungen für diese neue Gruppe der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten oder der persönlichen HelferInnen zu organisieren.

Empfehlungen
an die ständigen EGÖD-Ausschüsse für Gesundheits- und Sozialdienste und für Kommunalverwaltungen

1. Personalisierung/häusliche Pflege
   - Beobachtung der Politik im Bereich der personalisierten und der häuslichen Pflege und ihrer Auswirkungen auf die Pflegekräfte in den einzelnen Ländern
   - Evaluierung der Erfahrungen der Gewerkschaften mit der gewerkschaftlichen Organisation einer fragmentierten Arbeitnehmerschaft
   - Festlegung von Prioritäten für den Wissensaustausch, um ArbeitnehmerInnen auf lokaler, nationaler und europäischer Ebene gewerkschaftlich zu organisieren
   - Thematisierung von Problemen im Bereich ArbeitsmigrantInnen im Gesundheitssektor, familiäre Hilfen und Pflegekräfte ohne Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis

2. Löhne
   - Weiterführung bisheriger Arbeiten zur Verringerung des geschlechtsspezifischen Lohngefälles
   - Maßnahmen gegen Niedriglöhne, Festsetzung bzw. Erhöhung von Mindestlöhnen, die eindeutig unterhalb existenzsichernder Bezüge liegen
   - Verbesserung der Arbeitsplatzqualität, Verringerung des Anteils prekärer und atypischer Arbeitsverhältnisse

3. Qualifizierung und Ausbildung
   - Übersicht über Defizite bei der Anerkennung beruflicher Qualifikationen; Kontext latenter Rassismus im Pflegebereich
   - Maßnahmen auf europäischer Ebene im Bereich der beruflichen Bildung und der Anerkennung beruflicher Qualifikationen mit Schwerpunkt Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG
   - Aufbau von Bündnissen mit anderen Fachkräften aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen zur Stärkung unserer Kampagnenposition

4. Qualitätsrahmen
   - Mit Regierungen, Arbeitgebern und der Zivilgesellschaft weitere Entwicklung der positiven Elemente des europäischen freiwilligen Qualitätsrahmens, der vom Ausschuss für Sozialschutz erarbeitet wurde, sowie des gemeinsamen Qualitätsrahmens, der im Rahmen des Prometheus-Projekts erarbeitet wurde; dies besonders im Hinblick auf die Sektionen, die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, die Qualität der Dienstleistungen sowie ihre Regulierung und Finanzierung betreffen

5. Förderung der Pflegearbeit
   - Förderung des Wertes, des Ansehens und der Anerkennung der Pflegearbeit durch Kampagnen und gemeinsame Initiativen mit gemeinnützigen Einrichtungen und anderen Institutionen
   - Verstärkte Zusammenarbeit der Gewerkschaften zur Lösung von Problemen, die sich aus dem EU-Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Zusammenhang mit der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Abstimmung voraussichtlich in den kommenden Monaten) und der Aufhebung aller Einschränkungen der Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen ergeben, mit Ausnahme Rumäniens und Bulgariens bis Mai 2011
   - Verstärkte Zusammenarbeit der Gewerkschaften zur Bewältigung der Herausforderungen infolge der zunehmenden Bedeutung von (legalen und illegalen)

Beschäftigten im Gesundheitswesen und Familienhilfen, nicht zuletzt im Hinblick auf deren äußerst geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrad

- Beobachtung der Entwicklung des sozialen Dialogs im Pflegesektor auf europäischer Ebene auf Basis nationaler und lokaler Modalitäten

Der Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD)

Der EGÖD ist der Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst und das größte Mitglied des EGB. Er vertritt 8 Millionen Beschäftigte im öffentlichen Dienst in mehr als 250 Gewerkschaften. Wir organisieren ArbeitnehmerInnen in der Energie- und Wasserversorgung, in der Abfallwirtschaft, im Gesundheits- und Sozialwesen, in den Kommunalverwaltungen und in der staatlichen Verwaltung in allen europäischen Ländern einschließlich der östlichen Nachbarländer der EU. Der EGÖD ist die anerkannte Regionalorganisation der Internationale der Öffentlichen Dienste (IÖD).

Weitere Informationen über den EGÖD und seine Arbeit unter: www.epsu.org

Präsidentin: Anne-Marie Perret, FGF-FO, Frankreich
VizepräsidentInnen: Dave Prentis, UNISON, VK und TuireSantamäki-Vuori, JHL, Finnland, Rosa Pavanelli, FP-CGIL, Italien und Mikhail Kuzmenko, HWURF, Russland
EGÖD-Generalsekretärin: Carola Fischbach-Pyttel

Die EGÖD-Sektoren sind:

- **Nationale und europäische Verwaltung**
- **Kommunalverwaltungen**
- **Sozial- und Gesundheitsdienste**
- **Öffentliche Versorgungsbetriebe**