

Neue Perspektiven für die europäische Sozialpflegepolitik

von

Jane Lethbridge

24. Februar 2005

Hintergrundpapier für einen gemeinsamen EGÖD-EGA-Workshop über soziale Dienstleistungen und über den sozialen Dialog
Budapest, 17. – 20. März 2005

**Internationales Forschungsinstitut für öffentliche Dienste (PSIRU),
Business School, University of Greenwich, Park Row, London SE10 9LS, U.K.**

Email: psiru@psiru.org *Website:* www.psiru.org *Tel:* +44-(0)208-331-9933 *Fax:* +44 (0)208-331-8665

Direktor: David Hall, *wissenschaftliche Mitarbeiter:* Robin de la Motte, Jane Lethbridge, Emanuele Lobina, Steve Thomas

PSIRUs wichtigster Forschungsschwerpunkt ist die Pflege einer umfassenden Datenbank mit Know-how und Erfahrungsberichten aus den Bereichen Wirtschaft, Politik, Finanzen, Soziales und Technik im Zusammenhang mit der Privatisierung und Umstrukturierung öffentlicher Dienste weltweit und mit den daran beteiligten multinationalen Unternehmen. Diese Datenbank wird von der Internationale der Öffentlichen Dienste (IÖD) (www.world-psi.org) finanziert, die weltweit die Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes organisiert. Die Forschungsergebnisse von PSIRU werden auf der Website des Instituts veröffentlicht (www.psiru.org).

NEUE PERSPEKTIVEN FÜR DIE EUROPÄISCHE SOZIALPFLEGEPOLITIK	1
1. KURZFASSUNG	3
2. EINLEITUNG	4
2.1. DEFINITION DER IM VORLIEGENDEN PAPIER VERWENDETEN BEGRIFFE	5
2.2. METHODIK	5
3. TRENDS BEI DER ALTENPFLEGE, DER HÄUSLICHEN PFLEGE UND DER KINDERBETREUUNG.....	6
4. ORGANISATION UND FINANZIERUNG DER SOZIALPFLEGE IN EUROPÄISCHEN LÄNDERN 7	7
4.1. DIE NEUE ROLLE DER REGIERUNGEN IN DER SOZIALPFLEGE	7
4.2. RÜCKGANG DER DIREKTEN LEISTUNGSERBRINGUNG DURCH DIE KOMMUNEN	9
4.3. BARZAHLUNGEN AN DIE NUTZERINNEN VON DIENSTLEISTUNGEN ZUM INDIVIDUELLEN KAUF VON LEISTUNGEN	9
4.4. PFLEGEPERSONEN.....	11
4.5. FINANZIERUNG	11
4.6. MITTEL- UND OSTEUROPA	12
4.7. KINDERBETREUUNG	13
5. AUSWIRKUNGEN DER NEUEN POLITIK AUF BESCHÄFTIGTE DER DIENSTE UND BENUTZERINNEN DER DIENSTE.....	14
5.1. PFLEGEPERSONAL	14
EINKOMMEN/LÖHNE	15
ARBEITSBEDINGUNGEN	16
ARBEITSZEITEN	17
AUSBILDUNG	18
5.2. DIENSTLEISTUNGSNUTZER	20
6. EINE ÜBERSICHT ÜBER DIE POLITIK IN EUROPA	23
6.1. SOZIALPFLEGEPOLITIK IN EUROPA – DIE EUROPÄISCHE UNION.....	23
7. UNTERNEHMEN MIT VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSETZUNG EUROPÄISCHER BETRIEBSRÄTE.....	27
7.1. EUROPÄISCHE BETRIEBSRÄTE UND EU-RECHTSVORSCHRIFTEN	27
7.2. EBR-VORAUSSETZUNGEN	27
7.3. KEINE EBR-VORAUSSETZUNG	28
7.4. WICHTIGE ÜBERNAHMEN UND VERKAUF VON TOCHTERGESELLSCHAFTEN	28
7.5. UNTERNEHMEN MIT EBR ODER EBR-VORAUSSETZUNGEN	29
7.5.1. <i>Name des Unternehmens: ATTENDO</i>	<i>29</i>
<i>Unternehmensaktivitäten und Strategie.....</i>	<i>29</i>
7.5.2. <i>Name des Unternehmens: Bridgepoint Capital.....</i>	<i>30</i>
7.5.3. <i>Name des Unternehmens: BUPA.....</i>	<i>31</i>
<i>Regionale Verteilung (Europa).....</i>	<i>31</i>
<i>Unternehmensbeschreibung, Strategie.....</i>	<i>31</i>
7.5.4. <i>Unternehmensname: CAREMA</i>	<i>32</i>
<i>Beschreibung des Unternehmens und Strategie</i>	<i>32</i>
7.5.5. <i>Name des Unternehmens: ISS CARE PARTNER SVERIGE AB</i>	<i>33</i>
7.5.6. <i>Name des Unternehmens: MEDIDEP.....</i>	<i>33</i>
7.5.7. <i>Name des Unternehmens: ORPEA</i>	<i>34</i>
8. ANHANG A: EMPFEHLUNGEN.....	34

1. Kurzfassung

Die Pflegedienste in Europa ändern sich in vielfacher Hinsicht. In zahlreichen Ländern hat es eine Neuorientierung in der Politik der Finanzierung und Bereitstellung sozialer Pflegedienste gegeben, da es aufgrund des demographischen Wandels und des stetig steigenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung zu einer entsprechend wachsenden Nachfrage nach sozialen Pflegediensten für diese Gruppe kommen wird. Diese Dienste werden zwar in vielen Ländern nach wie vor aus Steuermitteln finanziert, andere Länder haben aber inzwischen auf neue Systeme mit langfristigen Pflegeversicherungen und Zuzahlungen umgestellt.

Es ist zu einer Übertragung von Dienstleistungen aus dem öffentlichen in den privaten und ehrenamtlichen Sektor gekommen, obwohl die Städte und Gemeinden nach wie vor für die Beauftragung und den Einkauf sozialer Pflegedienste zuständig sind. In vielen Ländern ist außerdem die Anzahl der Pflegeheime zurückgegangen, während auf der anderen Seite mobile Pflegedienste zu Hause verstärkt in Anspruch genommen werden. Der Trend ist eindeutig – die Menschen wollen so lange wie möglich zu Hause wohnen und dort betreut werden. Dieser Trend steht auch hinter der Entwicklung des Konzepts des „betreuten Wohnens“, wobei Wohnungsbaugesellschaften oder öffentlich-private Partnerschaften Wohnanlagen errichten, in denen die BewohnerInnen auch eine Reihe von sozialen Pflegeangeboten nutzen können.

Eine neue Art der Finanzierung sieht vor, dass die Regierung den Personen, die diese Sozialdienste in Anspruch nehmen, Gelder direkt auszahlt und diese Personen dann die Dienstleistungen entsprechend ihrem individuellen Pflegebedarf einkaufen. Die Auswirkungen dieser Regelungen auf die Beschäftigten in den Pflegediensten beginnt man gerade erst in den Anfängen zu verstehen. Es gibt Anzeichen dafür, dass es aufgrund dieser individuell gekauften Pflegeleistungen in einigen Ländern zu einer verstärkten Beschäftigungsunsicherheit des Pflegepersonals und auch zu einer Präkarisierung der Einkommenssituation kommt. In einigen anderen Ländern führt diese Entwicklung zu einer verstärkten Professionalisierung der Pflegedienste. Die Auswirkungen des individuellen Einkaufs von Pflegeleistungen wird man auf jeden Fall in der Zukunft zu beobachten haben.

Die Pflegemärkte in den einzelnen Ländern werden durch eine kleine Gruppe von Großunternehmen sowie eine größere Anzahl kleinerer Unternehmen dominiert, die kleinere Pflegeheime und mobile Pflegedienste betreiben. Die Märkte sind fragmentiert, obwohl eine gewisse Konsolidierung zu beobachten ist. In welchem Maße dieser Prozess der nationalen Konsolidierung zu einer regionalen Konsolidierung führen wird, ist noch nicht absehbar. Die Präsenz multinationaler Unternehmen im sozialen Pflegedienstsektor ist immer noch relativ begrenzt.

Bei der Entwicklung der Kinderbetreuung gibt es einige Unterschiede im Vergleich zu den sozialen Pflegediensten. Das Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten ist eng mit einer Beschäftigungspolitik verknüpft, deren Ziel eine verstärkte Partizipation von Frauen und Alleinerziehenden am Erwerbsleben ist. Die Unterstützung der Kinderbetreuungseinrichtungen erfolgt in einigen Ländern vom Staat durch direkte Leistungserbringung, in anderen Ländern auf privater und ehrenamtlicher Basis. Der in mehreren Ländern zu beobachtende Trend, die Kinderbetreuung in die Schulausbildung zu integrieren, trägt zu einer Verbesserung des Ansehens und des Status der Beschäftigten in der Kinderbetreuung bei.

Die private Kinderbetreuung wird von kleinen und mittelgroßen Unternehmen angeboten, die meistens auf regionaler oder nationaler Ebene tätig sind. Multinationale Unternehmen sind im Bereich der Kinderbetreuung kaum zu finden.

In den Ländern Mittel- und Osteuropas ist die Entwicklung eines Modells der Bereitstellung von Sozialpflegeleistungen relativ neu. Die Pflege älterer oder chronisch kranker Menschen findet nach wie vor in stationären Einrichtungen statt, und für die vorhandenen Heime gibt es oft lange Wartelisten. In mehreren Ländern werden Betten, die eigentlich für akute Fälle vorgesehen sind, für langfristig pflegebedürftige ältere Menschen genutzt. Diese Institutionen befinden sich im Staatsbesitz und werden auch staatlich geleitet. Die Betten werden meistens mit staatlichen oder kommunalen Geldern finanziert.

Es gibt Anzeichen dafür, dass in mehreren Ländern ein neues soziales Versorgungssystem eingeführt wird, das nicht mehr so umfassend wie früher vom Staat kontrolliert wird. Die Ursachen hierfür liegen teilweise in einer geänderten Politik im Zuge der Reformen im Gesundheitswesen, aber auch in der Verknappung unterschiedlicher Sozialversorgungsangebote für ältere Menschen.

Multinationale Unternehmen findet man im Sozialversorgungssektor eher selten. Das bedeutet, dass es nur relativ wenige Unternehmen gibt, die in Europa in mehr als einem Land aktiv sind. Die Unternehmen, die technisch für einen Europäischen Betriebsrat in Frage kämen, sind Attendo, Bridgepoint Capital, BUPA, Carema, Medidep und Orpea.

2. Einleitung

Im Jahre 1997 hat der EGÖD beim Internationalen Forschungsinstitut für öffentliche Dienste (PSIRU) einen Bericht über den Pflegesektor in Auftrag gegeben, der eine wichtige Analyse der Entwicklungen im europäischen Sozialversorgungssektor lieferte, Aufschluss über die multinationalen Expansionstrends gab und ebenfalls Daten über die Beschäftigtenzahlen in diesem Sektor enthielt. Seit 1997 hat es bei den Besitzverhältnissen an den Unternehmen, die Pflegedienstleistungen für ältere Menschen in Seniorenheimen anbieten, einige Veränderungen gegeben. In zahlreichen europäischen Ländern hat sich auch die Sozialpolitik geändert, dies wiederum beeinflusst die Entwicklung des Versorgungsangebots durch den privaten Sektor und besonders des Angebots für die häusliche Pflege und Betreuung. Eine Beschäftigungspolitik, die auch Lösungen für das Problem der Kinderbetreuung sucht, führte in mehreren Ländern zu einem größeren Angebot an Einrichtungen für die private Kinderbetreuung. Das vorliegende Papier beschreibt Änderungen der nationalen und europäischen Politik und zeigt, wie diese die Entwicklung nationaler und europäischer Betreuungs- und Pflegemärkte beeinflussen.

Ziele

- Analyse der Partizipation des privaten Sektors am Sozialpflegesektor einschließlich der Pflege älterer Menschen, der häuslichen Pflege und der Betreuung von Kindern

Zielsetzung

- Darstellung der Trends im Pflegesektor insgesamt einschließlich der Pflege älterer Menschen, der häuslichen Pflege und der Betreuung von Kindern
- Beschreibung organisatorischer Modelle und Finanzierungslösungen für die Sozialversorgung in Europa
- Übersicht über die europäische Politik in diesen drei Untersektoren
- Benennung und Beschreibung großer nationaler Unternehmen im Sozialversorgungssektor

- Beschreibung der wichtigsten multinationalen Unternehmen, die in der Altenpflege und –betreuung, in der häuslichen Pflege und in der Kinderbetreuung aktiv sind, einschließlich Angaben über Beschäftigtenzahlen, Tochtergesellschaften und Gewinne.

2.1. Definition der im vorliegenden Papier verwendeten Begriffe

In den entwickelten Ländern gibt es unterschiedliche Modelle für die Versorgung und Pflege älterer Menschen: häusliche Pflege, Seniorenheime und betreutes Wohnen. Die häusliche Pflege wird gekennzeichnet durch unterschiedlich intensive Stufen der Unterstützung, z. B. Reinigung, Baden, Anlegen von Verbänden und Einkaufen – Hilfestellungen mithin, die es älteren Menschen ermöglichen, weiterhin zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung zu leben. Die Sozialversorgung in Seniorenheimen kommt für ältere Menschen in Frage, die nicht mehr alleine zurechtkommen und eine Kombination aus Pflege und sozialer Betreuung brauchen. Hier werden immer mehr neue Heime von privaten und in manchen Fällen auch öffentlich-privaten Partnern für ältere Menschen gebaut, die bei Bedarf zentrale Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen können. Das Pflege- und Betreuungspersonal kann in diesen Seniorenheimen arbeiten oder ältere Menschen im Rahmen der häuslichen Pflege oder des betreuten Wohnens zu Hause versorgen. Sie können direkt vom öffentlichen Sektor beschäftigt werden (meistens eine Gemeinde oder Kommune), aber immer öfter werden sie auch direkt oder als Selbständige von privaten oder gemeinnützigen Trägern beauftragt.

Die Kinderbetreuung erfolgt in Kindergärten, Vorschulen, Kindertagesstätten und zu Hause in den Familien. In Ländern mit einem gut ausgebauten öffentlichen Sektor werden die Beschäftigten direkt von Kindergärten, Vorschulen und Kindertagesstätten angestellt. In Ländern wie dem Vereinigten Königreich, in denen die Kinderbetreuung hauptsächlich vom privaten Sektor übernommen wird, ist das dort tätige Personal oft bei einem Privatanbieter angestellt. Tagesmütter, Babysitter und Kindermädchen sind die drei wichtigsten Kategorien beim Kinderbetreuungspersonal, das direkt von einem Haushalt oder einer Familie angestellt wird oder seine Dienste als Selbständige anbietet. Sie kümmern sich in ihrer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus um die Kinder, auf Wunsch auf zu Hause bei den Kindern selbst. Babysitter werden nach Stunden bezahlt und bieten eine Reihe unterschiedlicher Tätigkeiten an. Kindermädchen haben oft eine Vollzeitstelle, leben manchmal mit der Familie zusammen und übernehmen Pflichten von der Kinderbetreuung bis zur Hausarbeit.

2.2. Methodik

Das Material für das vorliegende Papier wurde Forschungsberichten über Pflegeleistungen und Pflegepersonal entnommen. Um veröffentlichte Forschungsarbeiten zu finden, haben wir wissenschaftliche Datenbanken konsultiert. In Europa sind mehrere von der Europäischen Union finanzierte große Forschungsprogramme durchgeführt worden, die sich mit der Sozialversorgung älterer Menschen und mit der Kinderbetreuung befassen haben. Die Ergebnisse dieser Forschungsprogramme liefern wichtiges neues Material und helfen uns zu verstehen, wie sich die Pflege- und Betreuungsarbeit verändert und wie die Beschäftigten in diesem Sektor davon betroffen werden.

Branchenweite Analysen, die Jahresberichte von Unternehmen und sonstiges Firmenmaterial wurde ausgewertet, um Einblick in die Strategien multinationaler Unternehmen zu erhalten. Berichte internationaler und nationaler Behörden, Grundsatzprogramme und Gewerkschaftsumfragen zu Arbeitsbedingungen wurden ebenfalls verwendet, um einen globalen Überblick über die Wohlfahrtspolitik zu bekommen. Andere konsultierte Quellen waren nationale Zeitungen, Gewerkschaftsberichte und von den Regierungen unabhängige Forschungen. Die Länderprofile des *European Observatory on Health Systems and Policies* haben nationale Analysen der Sozialpflegesysteme geliefert. Eine von der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen durchgeführte Studie über die Zukunft der

öffentlichen Sozialdienste in Europa lieferte ebenfalls Erkenntnisse über die in diesen Diensten beschäftigten ArbeitnehmerInnen und die NutzerInnen dieser Dienste (Anhang 1).

3. Trends bei der Altenpflege, der häuslichen Pflege und der Kinderbetreuung

In Europa gibt es bei den Pflegediensten eine Reihe unterschiedlicher Trends. In den westeuropäischen Ländern haben soziale Pflegemodelle eine lange Tradition, diese Modelle werden von den mittel- und osteuropäischen Ländern nach der Reform ihres Gesundheitswesens nach und nach übernommen.

Die weit verbreitete Auffassung, dass der ständig wachsende Anteil der älteren Bevölkerung zu einer steigenden Nachfrage nach sozialen pflegerischen Leistungen für ältere Menschen führen wird, hat vielfach zu einer Änderung der Grundlagen der Finanzierung und Bereitstellung derartiger sozialer Dienste in den einzelnen Ländern geführt. Zwar werden diese Dienstleistungen in mehreren Ländern nach wie vor durch Steuermittel finanziert, andere Länder haben jedoch neue eigenständige Pflegeversicherungen und Zuzahlungssysteme entwickelt.

Es ist zu einer Übertragung von Dienstleistungen aus dem öffentlichen in den privaten und ehrenamtlichen Sektor gekommen, obwohl die Städte und Gemeinden nach wie vor für die Beauftragung und den Einkauf sozialer Pflegedienste zuständig sind. In vielen Ländern ist außerdem die Anzahl der Pflegeheime zurückgegangen, während auf der anderen Seite mobile Pflegedienste zu Hause verstärkt in Anspruch genommen werden. Der Trend ist eindeutig – die Menschen wollen so lange wie möglich zu Hause wohnen und dort betreut werden. Dieser Trend steht auch hinter der Entwicklung des Konzepts des „betreuten Wohnens“, wobei Wohnungsbaugesellschaften oder öffentlich-private Partnerschaften Wohnanlagen errichten, in denen die BewohnerInnen auch eine Reihe von sozialen Pflegeangeboten nutzen können.

Eine neue Art der Finanzierung sieht vor, dass die Regierung den Personen, die diese Sozialdienste in Anspruch nehmen, Gelder direkt auszahlt und diese Personen dann die Dienstleistungen entsprechend ihrem individuellen Pflegebedarf einkaufen. Die Auswirkungen dieser Regelungen auf die Beschäftigten in den Pflegediensten beginnt man gerade erst in den Anfängen zu verstehen. Es gibt Anzeichen dafür, dass es aufgrund dieser individuell gekauften Pflegeleistungen in einigen Ländern zu einer verstärkten Beschäftigungsunsicherheit des Pflegepersonals und auch zu einer Präkarisierung der Einkommenssituation kommt. In einigen anderen Ländern führt diese Entwicklung zu einer verstärkten Professionalisierung der Pflegedienste. Die Auswirkungen des individuellen Einkaufs von Pflegeleistungen wird man auf jeden Fall in der Zukunft zu beobachten haben.

Die Pflegemärkte in den einzelnen Ländern werden durch eine kleine Gruppe von Großunternehmen sowie eine größere Anzahl kleinerer Unternehmen dominiert, die kleinere Pflegeheime und mobile Hilfsdienste betreiben. Die Märkte sind fragmentiert, obwohl eine gewisse Konsolidierung zu beobachten ist. In welchem Maße dieser Prozess der nationalen Konsolidierung zu einer regionalen Konsolidierung führen wird, ist noch nicht absehbar. Die Präsenz multinationaler Unternehmen im sozialen Pflegedienstsektor ist immer noch relativ begrenzt.

Bei der Entwicklung der Kinderbetreuung gibt es einige Unterschiede im Vergleich zu den sozialen Pflegediensten. Das Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten ist eng mit einer Beschäftigungspolitik verknüpft, deren Ziel eine verstärkte Partizipation von Frauen und Alleinerziehenden am Erwerbsleben ist. Die staatliche Unterstützung der Kinderbetreuungseinrichtungen erfolgt in einigen Ländern durch die direkte Leistungserbringung, in anderen Ländern auf privater und ehrenamtlicher Basis. Der in mehreren Ländern zu

beobachtende Trend, die Kinderbetreuung in die Schulausbildung zu integrieren, trägt zu einer Verbesserung des Ansehens und des Status der Beschäftigten in der Kinderbetreuung bei.

Die private Kinderbetreuung wird von kleinen und mittelgroßen Unternehmen angeboten, die meistens auf regionaler oder nationaler Ebene tätig sind. Multinationale Unternehmen sind im Bereich der Kinderbetreuung kaum zu finden.

Diese Trends werden in den folgenden Kapiteln detailliert erörtert.

4. Organisation und Finanzierung der Sozialpflege in europäischen Ländern

In den westeuropäischen Ländern hat sich die Art der Bereitstellung von Sozialpflegeleistungen im Laufe der letzten 20 Jahre umfassend geändert. Fast alle Länder haben neue Gesetze verabschiedet, um die soziale Versorgung älterer Menschen und die Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen oder körperlichen Behinderungen und Lernschwächen zu reformieren.

Die Auswirkungen dieser neuen Finanzierungssysteme für die Sozialpflege unterscheiden sich von Land zu Land, abhängig von den bereits vorhandenen Sozialstaatsystemen. Es zeigen sich aber einige Gemeinsamkeiten, wenn man die Sozialpflegedienste in Westeuropa vergleicht. Zu nennen sind:

- Neue Rolle der Regierungen in der Sozialpflege;
- Zunehmende Bereitstellung von Diensten durch den privaten Sektor auch bei Finanzierung durch den öffentlichen Sektor;
- Rückläufige direkte Bereitstellung durch die Kommunen;
- Zahlungen/Leistungen an Personen, die sich bedarfsgerecht ihre eigenen Sozialpflegedienstleistungen kaufen;
- Beihilfen für Pflegepersonen;
- Benutzergebühren;
- Regulierungsfragen.

4.1. Die neue Rolle der Regierungen in der Sozialpflege

Die Regierung ist in mehrfacher Weise in der Sozialpflege involviert: Finanzierung von Pflegediensten, die direkt an einer Person in ihrer Wohnung oder in einem Seniorenheim geleistet werden, Zahlungen an pflegende Familienangehörige (Beihilfen für Pflegepersonen) und direkte Zahlungen an pflegebedürftige Personen, die sich die benötigten Leistungen bei örtlichen Pflegediensten kaufen. Die Aufgaben der Regierung bei der direkten Bereitstellung von Sozialpflegediensten werden in vielen Ländern eingeschränkt, und auch wenn der öffentliche Sektor diese Leistungen sehr oft noch bezahlt, werden sie doch zunehmend von privaten Anbietern und gemeinnützigen Trägern erbracht.

Im Vereinigten Königreich hat das Community Care-Gesetz von 1992 die Möglichkeit für die Kommunen vereinfacht, diese Dienste von privaten Anbietern als Subunternehmer ausführen zu lassen und so die früher bei den Kommunen liegenden Aufgaben Einkauf und Bereitstellung voneinander zu trennen. Am Anfang hat dies zu einer Expansion der privaten Seniorenheime und einer Verlagerung der Sozialpflegeleistungen von kommunalen Pflegeheimen zu privaten Seniorenheimen geführt. Zwischen 1997 und 2002 ist der Anteil der Betten in kommunalen Heimen von 24% auf 14% zurückgegangen. Die Zahl der Personen in kommunalen, privaten und gemeinnützigen Heimen insgesamt stieg von 236.335 im Jahre 1997 auf 259.490 im Jahre 2002. Daneben gab es ebenfalls eine Verschiebung der häuslichen Pflege von den Kommunen auf den privaten und gemeinnützigen Sektor. Die Anzahl der Kontaktstunden bei der direkt von den

Kommunen geleisteten häuslichen Pflege ist zwischen 1997 und 2002 um 30% zurückgegangen. Ein weiterer Trend in der häuslichen Pflege zeigt sich für die Jahre 1997 bis 2002 in einem Rückgang der Haushalte, in denen häusliche Pflege geleistet wird, obwohl die Zahl der Kontaktstunden für die betroffenen Haushalte gestiegen ist. Das kann als zielgerichtete Erbringung von häuslichen Pflegeleistungen für die bedürftigsten Personen interpretiert werden. In Kapitel 5.2 werden diese Veränderungen im Hinblick auf die NutzerInnen dieser Dienstleistungen erörtert.

In Schweden wurde die Zuständigkeit für die Betreuung von pflegebedürftigen Personen 1992 von den Landkreisen (landstinget) auf die Kommunen übertragen. Diese auch als ADEL-Reformen bezeichneten Maßnahmen haben in ähnlicher Weise zu einer Expansion der vom privaten Sektor erbrachten Pflegeleistungen geführt, insbesondere wurden der Betrieb von Pflegeeinrichtungen, die häuslichen Pflegedienste, der rollende Mittagstisch und Fahrdienste ausgelagert. Die Gesamtzahl der Betten in den Pflegeheimen ist seit 1992 zurückgegangen. 1992 gab es ca. 32.000 Betten, aber im Zuge der ADEL-Reform wurden sie dem Sozialpflegesektor und den Gemeinden¹ übertragen, wobei einige Betten vom öffentlichen Sektor an den privaten und den gemeinnützigen Sektor gingen. Bei der Umfrage einer finnischen Gewerkschaft (KTV) in Schweden stellte sich heraus, dass die Privatisierung durch eine wettbewerbsorientierte Vergabepaxis, durch die Umwandlung von öffentlichen Betrieben in Aktiengesellschaften im Besitz kommunaler Behörden und durch die Einführung des „Leistungsgutschein-Systems“ vollzogen worden ist. Auch dies hat dazu geführt, dass häusliche Pflegeleistungen in den privaten Sektor ausgelagert wurden.²

Die Einführung von Marktprinzipien im öffentlichen Sozialpflegesektor hat dazu geführt, dass viele häusliche Pflegedienste jetzt „*business units*“ sind, die sich gegenüber dem privaten Sektor behaupten müssen.³ Pflegedienstleistungen der Gemeinden wurden ebenfalls neu definiert und werden jetzt als „*Pflegeprodukte*“ bezeichnet. Methoden für das „*Erfassen und die Sicherstellung der Pflegequalität*“ wurden eingeführt, sie stammen aus dem privaten Sektor und dem be- und verarbeitenden Gewerbe.⁴ Ein anschauliches Beispiel bietet hier Dänemark, dort wird die Erbringung von Leistungen durch eine Änderung der nationalen Altenpolitik beeinflusst. Die BewohnerInnen von Pflegeheimen haben jetzt das Recht, die von ihnen gewünschten Leistungen zu wählen. Die Pflegeheime waren daraufhin gezwungen, die von ihnen angebotenen Dienstleistungen und ihre Kosten genau zu definieren.⁵

Veränderungen im Gesundheitssektor haben ebenfalls zu einer Veränderung der nationalen Sozialpflegepolitik geführt, da diese Sektoren voneinander abhängen. Der Versuch einer Begrenzung der Zahl älterer Menschen, die in manchen Ländern als Pflegefälle die für Patienten mit akuten Erkrankungen vorgesehenen Betten belegen (z. B. im Vereinigten Königreich und in Schweden), hat zu einer neuen „Intermediate Care“-Strategie (Brückenpflege) geführt, oftmals ein Mix aus Sozialpflege und medizinischer Betreuung älterer Menschen, die gerade aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Sowohl das VK als auch Schweden haben die Verantwortung für die Bereitstellung dieser Betten den Kommunalbehörden übertragen. Seit 2003 müssen Kommunalbehörden in England eine Strafe zahlen, wenn sie nicht in der Lage sind, die im Rahmen des Community Care (Delayed Discharge) Act⁶ vorgeschriebene Fürsorge bereitzustellen. Das hat die Kommunalbehörden dazu veranlasst, sowohl die Organisation als auch die Preisfestlegung in der Sozialpflege zu ändern und sich heute mehr auf die Dienstleistungserbringung von privaten und gemeinnützigen Anbietern zu verlassen. Daraus haben sich ebenfalls neue Möglichkeiten ergeben, Pflege- und Hilfsleistungen zu berechnen. 1992/3 haben sich 72% der Kommunalbehörden ihre häuslichen Pflegeleistungen bezahlen lassen. Bis zum Jahr 2000⁷ ist dieser Anteil auf 94% gestiegen. Die Höhe der für diese Leistungen berechneten Gebühren ist von Behörde zu Behörde unterschiedlich, es gibt keine genormten nationalen Sätze für die häusliche Pflege.

In Dänemark wurden Ende der 70er Jahre die ersten Reformen der häuslichen Hilfsdienste eingeführt. Ein wichtiger Schritt war die Einführung der 24-Stunden-Betreuung rund um die Uhr, an der sowohl die häuslichen Pflegedienste als auch Hauspflegepersonal⁸ beteiligt sind. Als sich

diese Regelung immer mehr durchsetzte, wurden die in der häuslichen Pflege tätigen Personen Teil einer „*halbautonomen Gruppe*“ – das bedeutet, dass die Gruppenmitglieder als Team in der häuslichen Pflege arbeiten, sich die Arbeit untereinander aufteilen und alle entstehenden Probleme selbst lösen. Die für diese Teams zuständigen Kommunen präsentierten diese Lösung als eine Art *Empowerment* für das häusliche Pflegepersonal. Neue Gesetze in Dänemark, die dem Schwarzmarkt der häuslichen Pflegedienste den Kampf ansagten, gewährten Zuschüsse für häusliche Dienste oder zur Haushaltsführung.⁹ Private Firmen mit nur 2 MitarbeiterInnen können sich registrieren lassen und diese Zuschüsse beantragen. Jeder kann einen häuslichen Hilfsdienst engagieren, der den Hausputz oder die täglichen Einkäufe übernimmt. Die Person, die die Dienstleistung in Anspruch nimmt, zahlt einen Stundensatz, wobei der Dienstleistungserbringer ebenfalls vom Staat bezahlt wird. So subventioniert der Staat in effizienter Weise eine stärkere Beteiligung des privaten Sektors am Markt der häuslichen Pflege. Die Expansion der häuslichen Pflegedienste ist auch im Zusammenhang mit dem neuen System, zu sehen, nach dem Geld direkt an die Nutzer der Hilfsdienste gezahlt wird und diese sich nach eigenem Bedarf die von ihnen gewünschten persönlichen Hilfsleistungen einkaufen (siehe Kapitel 5.2). Der Dienstleistungsrichtlinienentwurf kann sich auf die weitere Expansion der häuslichen Pflegedienste auswirken (siehe Kapitel 6.1).

4.2. Rückgang der direkten Leistungserbringung durch die Kommunen

Sozialpflegedienste sind auf lokaler Ebene traditionell immer eine Domäne der Kommunalbehörden gewesen. Die Schaffung des Binnenmarktes und die Auslagerung von Dienstleistungen durch die Kommunen beeinflussen aber die Art und Weise, wie heute Dienstleistungen organisiert und erbracht werden.

In vielen Ländern sind die Kommunen nach wie vor für die Beauftragung und Planung sozialer Pflegedienste zuständig, haben jedoch die direkte Bereitstellung dieser Dienstleistungen aufgegeben. In den skandinavischen Ländern (Schweden, Finnland, Norwegen und Dänemark) und im VK, in Italien und in Spanien sind die Kommunen nach wie vor zuständig für die Sozialpflegedienste, wobei allerdings deren eigentliche Erbringung in unterschiedlichem Ausmaß an den privaten und gemeinnützigen Sektor übertragen worden ist. In mehreren anderen Ländern haben die staatlichen, regionalen oder Kreisbehörden nach wie vor die Zuständigkeit für Beauftragung und Kauf, aber nicht für die Erbringung dieser Leistungen. Viele dieser Regelungen sind aus dem Versuch des Staates entstanden, die Verantwortung für die Ausgabenkontrolle auf die kommunale Ebene zu übertragen.

4.3. Barzahlungen an die NutzerInnen von Dienstleistungen zum individuellen Kauf von Leistungen

Viele dieser geänderten Pflegedienstgrundsätze haben dazu geführt, dass die Wahlfreiheit der Verbraucher verbessert wurde. Damit geht einher das Konzept, die Nutzer dieser Dienstleistungen als „Käufer“ zu sehen. Ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen erhalten in manchen Ländern Barleistungen, das sind öffentliche Gelder für den Kauf der Hilfsleistungen, die sie nach eigenem Ermessen in Anspruch nehmen wollen. Österreich, Deutschland, Frankreich, Belgien, Spanien, Griechenland, das VK, Dänemark und Finnland haben diese Regelungen für hilfsbedürftige Personen eingeführt, nicht aber Norwegen, Schweden, die Niederlande und Portugal.

In vielen Ländern sind Ausmaß und Bedeutung der häuslichen Pflege in dem Maße gestiegen, wie die Systeme zur Finanzierung der Sozialpflegedienste umgestellt worden sind. Mit Zunahme der individuell gestalteten und bewerteten Pflegepakete gibt es auch eine wachsende Nachfrage nach häuslichen Pflegediensten. Im Vereinigten Königreich hat der Community Care Direct Payment Act zu einer Zunahme der häuslichen Hilfs- und Pflegedienste geführt. Damit die Menschen ihre eigenen Sozialpflegedienste einkaufen können, mussten diese Dienstleistungen preislich bewertet

werden. Dies hat dazu beigetragen, dass diese Sozialpflegeleistungen zunehmend als Ware angesehen werden.

Gleichzeitig nahm auch die Bedeutung der häuslichen medizinischen Pflege zu, so können z. B. manche Krebsbehandlungen zu Hause durchgeführt werden, und auch Dialysepatienten können die Blutwäsche in ihrer vertrauten Umgebung vornehmen lassen. Ausgebildetes Pflegepersonal und andere spezielle Hilfskräfte übernehmen diese Dienstleistungen. Sie werden zwar im vorliegenden Papier nicht berücksichtigt, wichtig ist es aber, diese parallele Entwicklung der medizinischen häuslichen Betreuung im privaten Sektor im Auge zu behalten, denn sie wird sich auf die Zukunft der häuslichen Pflegedienste und die Zukunft der in diesem Sektor beschäftigten Personen auswirken. Es werden immer bessere Qualifikationen erforderlich sein, um diese Art der medizinischen Betreuung zusammen mit der Sozialpflege zu Hause zu leisten.

Häusliche Pflegeleistungen werden von Pflegeanbietern erbracht, die entweder ihren Pflegeberuf als Selbständige ausüben, zu einer gemeinnützigen Sozialpflegeeinrichtung gehören oder als kommerzielle Unternehmen in diesem Markt tätig sind. In Ländern, in denen nur die Grundkosten für die Pflege vom Staat getragen werden, müssen alle zusätzlichen Kosten von den betroffenen Personen selbst getragen werden. Dies hat zur Einführung von Benutzergebühren geführt.

Die Verfügbarkeit von Bargeld für Pflegedienstleistungen kann zur Folge haben, dass Anbieter ohne Fachausbildung im Markt auftreten, die sich jeder Regulierung entziehen und deren Arbeit nicht dokumentiert wird. Dieser neue Typus Pflegepersonal arbeitet oftmals außerhalb jeder sozialen Absicherung und außerhalb der regulären Arbeitsvorschriften. Ungerson (2003)¹⁰ schreibt in seinem Werk über die Auswirkungen der Pflegebeihilfen an Familien in Italien, dass alle Haushalte, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, hierfür Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung eingestellt haben, die in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft wohnen. Nur einer der Pfleger, mit denen Ungerson gesprochen hat, verfügte über eine Aufenthaltsgenehmigung für Italien.

Die Auszahlung von Pflegezuschüssen hat auch die Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Österreich ohne reguläre Papiere vereinfacht. Das hat solche Ausmaße angenommen, dass inzwischen eine Behörde eingesetzt wurde, um diesen Sektor zu organisieren¹¹. Ausländisches Personal wird jetzt in Österreich als Zeitarbeitskraft von Agenturen in Ungarn und der Slowakei rekrutiert. Ältere Menschen beschäftigen oft zwei Hilfskräfte, beide wechseln sich zweiwochenweise in der 24-Stunden-Betreuung ab. Die Pflegekräfte leben mit den von ihnen betreuten Personen zusammen und können auf diese Weise Arbeit in einem Land leisten, auf der andere Seite aber auch regelmäßig in ihr Heimatland zurückkehren.

Positiv ist aber anzumerken, dass die Möglichkeit des Einkaufs von Pflegeleistungen durch ältere Personen in Eigenregie in einigen Ländern dazu geführt hat, dass neue Berufe entstanden sind, die den Status und das Ansehen der Sozialpflege positiv beeinflussen. In Deutschland entstanden gleichzeitig mit der Einführung der Pflegeversicherung auch neue Berufsbilder in der Fachpflege, und es gibt immer mehr staatlich anerkannte Pflegekräfte.¹²

In einigen Ländern entsteht mit der Erbringung von Pflegedienstleistungen durch private und gemeinnützige Träger ein stärker strukturierter und regulierter Arbeitsmarkt für Pflegekräfte. Die Benutzer nehmen über Agenturen Kontakt zu diesen Leistungsanbietern auf. In Frankreich hat Ungerson (2003)¹³ festgestellt, dass die Pflegekräfte „multiple Pflegeaufgaben“ wahrnahmen und oft bis zu 13 Kunden am Tag besuchten. Viele verfügten über eine Grundqualifikation, die ihnen den Zugang zu weiteren Ausbildungsangeboten sowie die Möglichkeit der Selbstreflexion über ihre Arbeit eröffnete. Auf diese Weise wurden diese Personen für die Grenzen und auch die Widersprüche ihrer unterschiedlichen Aufgaben sensibilisiert, zu denen auch so unterschiedliche Pflichten wie Einkaufen und Kochen gehören. Die Tatsache, dass dieses Pflegepersonal über die eigene Arbeit und deren Bedeutung für die betreuten Personen reflektiert, kann für die zukünftige Entwicklung eines neuen Berufsbildes in diesem Bereich von Bedeutung sein.¹⁴

In Österreich erhalten die Pflegebedürftigen direkt Geldleistungen von den Kassen. Dort ist die Caritas als karitative Organisation als Arbeitgeber der Pflegeperson involviert, die z. B. ein Verwandter oder eine Verwandte sein kann. Auf diese Weise ist der/die betroffene Verwandte sozial abgesichert, erhält Urlaubsgeld und arbeitet im Rahmen eines Arbeitsvertrages. In vielen Fällen hebt dies auch das Selbstwertgefühl der Pflegeperson, die zunächst als LaienpflegerIn in der Familie angefangen hat und bei dieser Regelung für ihre Pflegedienste regulär bezahlt wird.

4.4. Pflegepersonen

Die Rechte von Pflegepersonen sind in den neuen Sozialgesetzgebungen oftmals zum erstenmal überhaupt berücksichtigt worden, das gilt z. B. für Länder wie dem Vereinigten Königreich, Irland und Deutschland. Viele Sozialpflegesysteme beruhen nach wie vor auf den Leistungen unbezahlter LaienpflegerInnen in den Familien, die eine Vielzahl unterschiedlicher Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen und dafür einen Zeitaufwand von wenigen Stunden pro Woche bis hin zur Vollzeitpflege älterer Angehöriger aufwenden. Überwiegend handelt es sich bei diesen Pflegepersonen um Frauen. In vielen südeuropäischen Ländern geht man davon aus, dass die Familien die Pflege ihrer alten Familienmitglieder selbst übernehmen. Die ständig wachsende Zahl von Frauen im Erwerbsleben stellt diese Art der Familienpflege allerdings in der Zukunft vor einige Herausforderungen.

Im Vereinigten Königreich wurden als Bezahlungen so genannte „attendance allowances“ (Pflegegeld) als Bezahlung für Pflegepersonen eingeführt, die vorher informelle und unbezahlte Pflegeleistungen erbracht haben. Jensen (2002) geht davon aus, dass die Einführung von Pflegegeldprogrammen mehr durch das Ziel eines Erhalts der Eigenständigkeit älterer Menschen als durch den Wunsch bestimmt war, informelle Pflegeleistungen zu valuieren.¹⁵ Auch Irland hat inzwischen Pflegegeldsysteme eingeführt.

4.5. Finanzierung

Der eigentliche Grund für viele der in den vergangenen 15 Jahren auf den Weg gebrachten Reformen des Sozialstaates war die Erkenntnis, dass die Ausgaben der öffentlichen Hand zurückgefahren werden mussten. In einigen Ländern wurden deshalb ganz eigenständige Pflegeversicherungen eingeführt, um die Pflegekosten abdecken zu können. Ein entsprechendes Gesetz wurde in Deutschland 1994 auf den Weg gebracht, die damit einhergehende Pflegeversicherung übernimmt die Kosten bei Pflegebedürftigkeit, jedoch nicht die Kosten für eine Unterbringung im Heim. Bis 1994 standen die meisten Pflegeheime unter der Leitung von sechs verschiedenen Wohlfahrtsorganisationen, infolge der Konkurrenz des privaten Sektors ist dieser Anteil jedoch inzwischen auf 50% zurückgegangen. Nach der gesetzlichen Einführung der Pflegeversicherung haben Privatunternehmen Zuschüsse für den Bau neuer Einrichtungen erhalten, Subventionen für nichtstaatliche Organisationen wurden jedoch gekürzt.¹⁶

In den Niederlanden gibt es das Allgemeine Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten (AWBZ), ein beitragsfinanziertes Krankenversicherungssystem, das die häusliche Pflege, die Tagespflege und den Heimaufenthalt älterer Menschen und von Menschen mit Behinderungen unterstützt. Diese neue Art der Finanzierung hat zu einer zunehmenden Professionalisierung der im Pflegedienst tätigen Personen geführt.

Einige Länder halten nach wie vor an einem steuerfinanzierten System fest, das für alle Pflegekosten aufkommt. Das ist allerdings ein Auslaufmodell. In Italien und Spanien werden grundlegende Betreuungs- und Hilfsleistungen nach wie vor vom Staat finanziert. In vielen Ländern gibt es bedürftigkeitsabhängige Leistungen für die häusliche Pflege oder die Heimpflege. In Frankreich werden seit 2001 die Leistungen von der Bedürftigkeit der Antragsteller abhängig gemacht. Auch bei der Erstattung der Kosten für die Heimpflege wird nach unterschiedlichen

Bedürftigkeitsstufen entschieden. Ähnliche Systeme der Einstufung gibt es im Vereinigten Königreich (Einkommens- und Vermögenssituation) und in Portugal.

Eine weitere Möglichkeit der Senkung öffentlicher Ausgaben für die Sozialpflege sind Zuzahlungen der Pflegebedürftigen. Das lässt sich in Ländern beobachten, in denen die häusliche Pflege an Bedeutung zunimmt, z. B. in Norwegen und Finnland. Auch in Belgien und den Niederlanden, in denen die Sozialversicherungen für die Sozialpflege aufkommen, müssen die Leistungsempfänger aus eigener Tasche zuzahlen. Auch bei der neuen Pflegeversicherung in Deutschland gibt es Zuzahlungen, da die Versicherung nicht alle Pflegeleistungen abdeckt.

Die Finanzierung der Sozialpflege nimmt oft Einfluss auf die Entwicklung und das Wohlergehen des privaten Sektors. Die Auswirkungen politischer Entscheidungen können z. B. im Zusammenhang mit der Bezahlung für Heimpflege oder häusliche Pflege manifest werden. Falls diese Dienste zu 100% vom öffentlichen Sektor bezahlt werden unabhängig davon, ob sie vom öffentlichen Sektor erbracht werden oder nicht, gibt es einen Spielraum für eine Expansion dieser Leistungsbereitstellung durch den privaten Sektor, sie ist allerdings in zunehmendem Maße von der Regierungspolitik und von staatlicher Regulierung abhängig. Eine Änderung der Regulierung für Seniorenheime im VK in den 90er Jahren und die Festsetzung von Mindestnormen besonders bei der Zimmergröße hatte unmittelbare Auswirkungen auf den Zuwachs im Pflegeheimsektor. Im Ergebnis haben diese Regulierungsänderungen zur Schließung zahlreicher kleinerer Firmen geführt.

4.6. Mittel- und Osteuropa

In den mittel- und osteuropäischen Ländern ist die Entwicklung eines Modells von Leistungen im Rahmen eines Sozialpflegesystems relativ neu. Die Betreuung von älteren Menschen oder chronisch kranken Personen ist immer noch weitgehend den Institutionen überlassen. Oft gibt es lange Wartelisten für die vorhandenen Pflegeheime. In einigen Ländern sind die Betten, die eigentlich für akute Krankheitsfälle vorgesehen sind, vom Pflegefällen belegt. Die Heime befinden sich im Besitz des öffentlichen Sektors und stehen auch unter staatlicher Leitung. Die Finanzierung der Betten erfolgt im Normalfall durch staatliche oder kommunale Gelder.

Es gibt Anzeichen dafür, dass in einigen dieser Länder die Einführung eines neuen Sozialpflegesystems mit geringerer Kontrolle durch den öffentlichen Sektor geplant ist. Der Grund für diese Entwicklung ist teilweise auf eine neue grundsätzliche Politik im Zuge der Reform des Gesundheitssektors zu sehen, aber auch in der Verknappung des Sozialpflegeangebots für die immer älter werdende Bevölkerung.

Die Änderung der grundsätzlichen politischen Richtung vor dem Hintergrund der Bedeutungszunahme der Sozialpflege erfolgt nur langsam. Estland arbeitet auf eine reduzierte und umstrukturierte institutionelle Pflege und Betreuung und ein „*offenes Pflegesystem*“ hin. Das beinhaltet die Dezentralisierung der Leistungserbringung hin zur nächsten Ebene der Kommunalverwaltungen, einhergehend mit dem Aufbau lokaler Sozialpflegenetzwerke, die die Menschen ermutigen, für sich selbst zu sorgen. Der Markt für kommunale Sozialdienste ist noch klein und uneinheitlich entwickelt, so dass der private Sektor nur wenig Interesse an einem Engagement zeigt. Gemeinnützige Organisationen mit ehrenamtlich tätigen MitarbeiterInnen werden zu den wichtigsten Erbringern häuslicher Pflege- und Betreuungsleistungen.¹⁷

2003 hat die Ukraine ein neues gesetzliches Sozialdienste-Regelwerk vorgelegt, das eine Finanzierung aus Benutzergebühren und aus staatlichen und kommunalen Mitteln sowie durch Unternehmen, Wohlfahrtsfonds und Einzelpersonen empfiehlt. Eine Umsetzung ist jedoch noch nicht erfolgt.

Der Mangel an adäquaten Sozialpflegeangeboten führt zu einer verstärkten Involvierung des nichtstaatlichen Sektors und teilweise auch des privaten Sektors. Bei den neuen

Sozialpflegediensten steht hauptsächlich die häusliche Pflege im Mittelpunkt, in einem begrenzten Ausmaß auch die institutionalisierte Pflege. In Ungarn werden 24% der Sozialpflegedienstleistungen durch den nicht-staatlichen Sektor erbracht, das ist bisher der höchste Anteil in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Diese Trends sind auch in Ländern wie Polen, Litauen und Rumänien zu beobachten. Nicht-staatliche Agenturen stellen 14% der Plätze in den Seniorenheimen in Litauen zur Verfügung. In Lettland haben mehrere Privatkliniken in Riga geriatrische Stationen eingerichtet, die allerdings nur zahlungskräftigen Personen zur Verfügung stehen.

In der Tschechischen Republik wurden 1997 für Pflegeheime marktwirtschaftliche Bedingungen eingeführt. Gleichzeitig kam es zu einer expansiven Entwicklung im Markt der Agenturen für häusliche Pflege. In Kroatien wurden Agenturen für die häusliche Pflege gegründet. Sie sind oft im Besitz von Pflegepersonal oder Physiotherapeuten und beschäftigen Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Sozialarbeiter und Hilfspflegerkräfte. Das deutet darauf hin, dass hier ein Mix aus primärer Gesundheitsversorgung und Sozialpflege angeboten wird.

Die Nachfrage nach Sozialpflegediensten in Institutionen oder zu Hause nimmt in fast allen mittel- und osteuropäischen Ländern zu. Die bestehenden Pflegeeinrichtungen geraten hierdurch zunehmend unter Druck. Zum aktuellen Zeitpunkt werden die vorhandenen Institutionen und angebotenen Dienste in erster Linie vom Staat oder den Kommunen finanziert, das gilt z. B. für Ungarn, Slowenien, Rumänien, Polen und Estland.

Die Reform der Sozialpflegedienste folgt meistens der Reform des Gesundheitswesens. Die Finanzierungsmechanismen sind oft miteinander verbunden, das gilt besonders für die Finanzierung der Krankenversicherung und die Einführung von Zuzahlungen. In der Slowakei finanzieren die Versicherungsgesellschaften die Krankenpflege und Reha-Maßnahmen. Kommunale Pflegedienste werden durch eine Kombination aus Zuzahlungen und staatlichen Mitteln finanziert. In Litauen werden über Zuzahlungen 30% der Kosten für die Betreuung älterer Menschen aufgebracht. In Lettland wird die Betreuung in Pflegeheimen teilweise durch Zuzahlungen sowie durch staatliche und kommunaler Finanzhilfe bezahlt.

4.7. Kinderbetreuung

Die für die Kinderbetreuung zuständigen Sektoren sind von Land zu Land unterschiedlich und hängen davon ab, wer die Kinderbetreuung finanziert und unterstützt. In den nordischen Ländern übernimmt in erster Linie der öffentliche Sektor die Kinderbetreuung. Die Eltern beteiligen sich an den Kosten, dies ist jedoch vom Familieneinkommen abhängig. In Spanien gibt es einen großen privaten, gewinnorientierten Anbietermarkt, die Eltern zahlen die Gebühren direkt an die Leistungsträger.

Tabelle 1: Kinderbetreuung – Anbieter und Finanzierung

Land	Finanzierung der Kinderbetreuung	Anbieter
Dänemark	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Schweden	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Finnland	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Norwegen	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Vereinigtes Königreich	Öffentlich/privat	Privater Sektor
Ungarn	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Frankreich	Öffentlich	Öffentlicher Sektor
Spanien	Teilweise öffentlich, in erster Linie Elternbeiträge	Privater Sektor

Quelle: Cameron et al, 2003; Rostgaard, 2003

31% der Kinder unter 3 Jahre werden in Schweden den ganzen Tag über oder halbtags in gesetzlich regulierten Familientagesstätten, 26,6% in öffentlichen Tagesstätten betreut. Privat betriebene Tagesstätten sind erst seit 1990 als Anbieter auf dem Markt und daher noch kein großer Faktor. Sowohl Familientagesstätten als auch öffentliche Tagesstätten werden bezuschusst, für beide gelten gesetzliche Regelungen. Die Verantwortung für diese Einrichtungen wurde auf die Kommunen übertragen, weil man auf diese Weise eher auf regionale Bedarfslagen reagieren wollte, Kosteneinsparungen waren aber auch ein Motiv. Im Ergebnis wurde eine Reihe von Verträgen mit den Kommunen privatisiert.¹⁸

Im VK gibt es einen großen privaten Kinderbetreuungssektor, der durch die Politik der Regierung gefordert wird. Zwischen 1997 und 2002 nahm die Zahl der betreuten Kinder um 547.000 zu. Der größte Teil dieses erweiterten Angebots entfiel auf die steigende Anzahl der Anbieter im privaten Sektor, oftmals unterstützt durch neue Firmengründungen (Start-Ups) in sozial benachteiligten Gebieten.¹⁹ Der Education Act (2002) erlaubt jetzt auch Schulen, sich in der Kinderbetreuung zu engagieren und Aktivitäten außerhalb des Schulunterrichts anzubieten.

Dienstleistungen für Kinder im Vorschulalter sind ebenfalls ein expandierender Bereich. 2003 nahmen 99% der drei Jahre alten Kindern an Vorschulerziehungsprogrammen teil, davon 88% in staatlich finanzierten Einrichtungen.²⁰ Trotz dieses 88%-Anteils befanden sich allerdings 57% der Dreijährigen Einrichtungen, die von privaten und gemeinnützigen Anbietern zur Verfügung gestellt werden. Auch die Anzahl der Plätze in privaten Kindertagesstätten hat zugenommen.

Kinder- und Vorschulbetreuung wird zunehmend als eine Aufgabe charakterisiert, die neben der Betreuungsaufgabe auch eine Erziehungs- und Bildungskomponente hat. Diese hat einen Einfluss darauf, ob die Kinderbetreuungspolitik als Teil der Bildungs- oder der Sozialpolitik angesehen wird. In den letzten zehn Jahren lassen sich beispielhaft Regierungen nennen, die die Zuständigkeit für diesen Bereich von den Sozial- und Gesundheitsbehörden auf die Bildungsabteilungen übertragen haben, das gilt z. B. für Schweden und England. Diese Kompetenzverlagerung wirkt sich darauf aus, wie die Dienstleistungen organisiert und erbracht werden und wie das Betreuungspersonal ausgebildet und bezahlt wird.²¹

5. Auswirkungen der neuen Politik auf Beschäftigte der Dienste und BenutzerInnen der Dienste

5.1. Pflegepersonal

Der Anteil von Pflegekräften an der Gesamtheit der Erwerbsbevölkerung ist von Land zu Land unterschiedlich. In den nordischen Ländern ist der Anteil relativ hoch, z. B. Dänemark (10%), Schweden (9%) und Niederlande (7%). Im VK erreichen Pflegekräfte einen Anteil von 5% an der Erwerbsbevölkerung, in Spanien und Ungarn ist dieser Anteil mit 3% noch geringer. Unabhängig vom Land stellen Frauen den größten Anteil des Pflegepersonals, oftmals 90%.²² Im Vereinigten Königreich z. B. stellen Frauen 90% des Pflege- und Betreuungspersonals, meistens im Selbständigensektor und in der Privatwirtschaft.

Es gibt eine zunehmende Nachfrage nach Pflege- und Betreuungspersonal jeglicher Art. Eine steigende Anzahl dieser Kräfte wird aus dem Ausland rekrutiert, da es im eigenen Land eine Personalverknappung in diesem Sektor gibt. Nur in Dänemark, wo es das Berufsbild des „Kernpädagogen“ gibt, ist ein gestiegenes Interesse an dieser Art Betreuungsberuf festzustellen.²³

Die Geschlechtszugehörigkeit spielt bei der Definition der Pflege und Betreuung eine wichtige Rolle, denn die meisten Angehörigen dieser Berufsstände sind Frauen. Männer werden zwar aufgefordert, sich für Berufe in der Kinderbetreuung und Altenpflege zu entscheiden, der Anteil der männlichen Kräfte in diesen Berufen ist jedoch in allen Ländern nach wie vor gering. Dänemark erreicht hier die höchste Quote (14%) an männlichem Personal in der Kinderbetreuung, aber der größte Teil der Männer ist in Einrichtungen tätig, die Schulkinder vor und nach den regulären Unterrichtsstunden betreuen, und man findet sie kaum in Einrichtungen für die bis zu 3-jährigen Kinder.²⁴ In vielen Ländern ist der größte Teil der Sozialpflegekräfte über 40 Jahre alt. Das hat Auswirkungen auf die langfristige Bereitstellung der Sozialpflege.

Immer mehr ausländische Kräfte werden für Tätigkeiten in der Pflege und Betreuung rekrutiert, ihr Visastatus und ihre zulässige Aufenthaltsdauer sind jedoch häufig ungeklärt. Immer mehr ausländische Frauen arbeiten im Rahmen des globalen Transfers weiblicher Arbeitskräfte von einkommensschwachen in einkommensstarke Länder in der Kinderbetreuung oder kümmern sich um ältere Menschen. Debatten über eine „geschlechtliche Rollenverteilung im Sozialstaat“ und die Krise der Pflege- und Betreuungsdienste haben bis dato noch nicht die Rolle der ausländischen Frauen bei der Erbringung dieser Dienstleistungen beleuchtet.²⁵ ²⁶ Beispielhaft sei hier beschrieben, wie Pflegedienste ausländische Arbeitskräfte rekrutieren: 2004 erklärten Bupa Care Services, man hoffe auf die Einstellung von 50 Pflegekräften aus Polen, ebenfalls wurden MitarbeiterInnen aus der Tschechischen Republik, Estland und Litauen gesucht, mithin aus den Kandidatenländern für den EU-Beitritt.²⁷

Vor kurzem untersuchte ein Bericht mit dem Titel „Forced Labour and Migration to the UK“²⁸ den Heimpflegesektor als einen von vier Sektoren (Baugewerbe, Landwirtschaft/Gartenbau und Leiharbeit im Reinigungsgewerbe), in denen im hohen Maß ausbeuterische Arbeitsbedingungen herrschen, teilweise sogar Zwangsarbeit vorkommt. Pflege und Betreuung im Vereinigten Königreich werden beschrieben als Tätigkeiten, die *„zahlreiche unterschiedliche Aufgabenbereiche beinhalten, darunter Betreuung, Wäsche waschen, Kochen und Putzen, all dies unter vollkommen unterschiedlichen Vertragsbedingungen“*. Der Sektor konsolidiert sich allmählich, aber es gibt nach wie vor zahlreiche kleine Anbieter. In dem Bericht heißt es, dass *„die Beziehungen zwischen den großen und kleinen Anbietern und ihre unterschiedlich ausgeprägte Machtstellung im Markt gegenüber den Käufern von Waren und Dienstleistungen die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen erklärt“*. Die Kosten für den Betrieb eines qualitativ guten Pflegeheims sind zwischen £75 und £85 höher als die durchschnittlichen Sätze, die von den Kommunen bezahlt werden.²⁹ Nur die Betreiber großer Pflegeheime können mit Gewinn operieren.

Einkommen/Löhne

Sowohl der Sozialpflege- als auch der Kinderbetreuungssektor zeichnet sich in vielen Ländern durch niedrige Löhne aus, es gibt aber Unterschiede zwischen den Ländern. Pflege- und Betreuungskräfte in Dänemark und Schweden haben ein höheres Einkommen und einen besseren Status als in anderen europäischen Ländern. Im Rahmen einer von Gewerkschaften durchgeführten Befragung stellte sich jedoch heraus, dass die Löhne für Frauen in Schweden nach der Privatisierung für Betreuung, Pflege, Putzen und Kochen entweder unverändert geblieben oder sogar gesunken sind. Altersbezüge, Urlaubsgeld und andere Sozialleistungen sind ebenfalls zurückgegangen oder werden nach der Privatisierung restriktiver gehandhabt³⁰

In anderen Ländern, in denen Pflegesätze direkt an die informellen Pflegepersonen gezahlt werden, können auch Frauen im mittleren Alter wieder sozialversichert erwerbstätig werden. Das Ausmaß ihrer Integration in die Erwerbstätigkeit ist jedoch oft begrenzt auf nur einen kleinen Teil des Arbeitsmarktes, der durch unsichere Arbeitsverhältnisse und Niedriglöhne gekennzeichnet ist.³¹

Die Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte kann ebenfalls zu einer Art Ausbeutung im Vergleich zu Fachpersonal führen und wertet die Fähigkeiten und Fertigkeiten von MigrantInnen ab, die sich in ihren eigenen Ländern als Pflegekräfte haben ausbilden lassen. Im Vereinigten Königreich

können sowohl „private Heime als auch Einrichtungen des NHS die Erlaubnis für die Einstellung von Pflegekräften bekommen, aber Pflegepersonal, das seine Ausbildung im Ausland erhalten hat, muss im Normalfall eine Probezeit absolvieren, um sich für seine Tätigkeit „nachzuqualifizieren“. In dieser Zeit werden sie als Hilfskräfte bezahlt“. Haben sie diese Nachqualifizierung nach ca. 3-6 Monaten abgeschlossen, können sie sich beim Nursing and Midwifery Council registrieren lassen und erhalten das Recht, als Pflege- und Betreuungspersonal zu arbeiten und entsprechend bezahlt zu werden. Der Arbeitgeber ist für den Nachweis verantwortlich, dass die ausländischen Pflegekräfte diese Nachqualifizierung erfolgreich absolviert haben, aber „es gibt für das Heim einen finanziellen Anreiz, diese Registrierung hinauszuzögern und weiterhin die Niedriglöhne zu zahlen“. Die Pflegekräfte haben sich oft Geld für ihre Reise ins Vereinigte Königreich geliehen, und die schlechtere Bezahlung beschränkt ihre Fähigkeit, den Kredit rechtzeitig zurückzuzahlen.³²

Die Arbeitgeber von Kinderbetreuungspersonal wie Babysitter und Tagesmütter zahlen nicht immer die vorgeschriebenen Beiträge zur Sozialversicherung. Personal in Altenpflegeheimen und in der häuslichen Pflege, wo eine hohe Personalfuktuation üblich ist, arbeiten im Rahmen von Zeit- und Teilzeitverträgen und haben deshalb nur begrenzten Anspruch auf weitere Sozialleistungen. MigrantInnen in der Sozialpflege sind nicht immer in das System der sozialen Sicherung integriert, und dies wird Auswirkungen auf das zukünftige Einkommen dieser ArbeitnehmerInnen haben. Selbst wenn Teilzeit- und Zeitpersonal die gleichen Stundenlöhne erhält wie das reguläre Stammpersonal, haben diese MitarbeiterInnen oft genug nicht den gleichen Anspruch auf Urlaub, Krankengeld und Altersbezüge. Das hat auch beträchtliche Auswirkungen auf das langfristige Einkommen des weiblichen Personals.³³

Arbeitsbedingungen

Für Personal in der Sozialpflege und in der Kinderbetreuung gibt es oftmals nur Teilzeit- oder Zeitarbeitsverträge. Wer im öffentlichen Sektor beschäftigt ist, hat die Chance auf einen Vertrag mit stabileren Rahmenbedingungen. So arbeiten sowohl die Sozialpflegekräfte als auch die KinderbetreuerInnen in Dänemark und Schweden unter vergleichsweise komfortabeln Beschäftigungsbedingungen. Im VK gibt es besonders bei den großen Anbietern einen Trend zu Gelegenheitsarbeit im Pflegesektor, um eine Versorgung rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche zu gewährleisten.

„Die Tätigkeit eines Krankenpflegehelfers gehört im VK zu den am schlechtesten bezahlten Berufen. Bei einer Pflegebedürftigkeit rund um die Uhr ist die Unterbringung des Personals im Pflegeheim eine gängige Lösung, diese Pflegekräfte arbeiten aber besonders oft viel länger als vorgesehen“. Damit gerät Pflegepersonal schnell in die Abhängigkeit der Betreiber von Pflegeheimen, die ihnen Unterkunft, Telefon und andere Einrichtungen stellen.³⁴

Die Zahlung in Bargeld für die Pflegearbeit kann ebenfalls zu Zunahme nichtregulierter und undokumentierter Arbeit durch nicht vorschriftsmäßig ausgebildetes und ungelerntes Personal führen. Diese neue Pflegekraftkategorie arbeitet oft außerhalb jeder sozialen und arbeitsrechtlichen Absicherung. Ungerson (2003) hat im Rahmen seiner Arbeiten über die Auswirkungen von Pflegegeldern, die in Italien direkt an die Familien gezahlt werden, herausgefunden, dass alle diese Familien Pflegekräfte beschäftigten, die keine Aufenthaltsgenehmigung hatten und in der näheren Umgebung wohnten. Von den interviewten Pflegekräften konnte nur eine eine ordnungsgemäße Aufenthaltsgenehmigung für Italien vorweisen.³⁵

In Österreich, wo die Pflegegelder ebenfalls direkt an die Pflegebedürftigen ausgezahlt werden, ist die Caritas als Wohlfahrtsverband der Arbeitgeber für die Pflegekräfte und Betreuer geworden. Auf diese Weise haben die Pflegepersonen Anspruch auf soziale Absicherung, Urlaubsgeld und einen Arbeitsvertrag. In vielen Fällen steigt auf diese Weise auch das Selbstwertgefühl der Pflegepersonen, die oftmals als LaienpflegerInnen innerhalb der Familie angefangen haben und jetzt für ihre Leistungen bezahlt werden.

Die Auszahlung von Pflegezuschüssen hat auch die Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Österreich ohne reguläre Papiere vereinfacht. Das hat solche Ausmaße angenommen, dass inzwischen eine Behörde eingesetzt wurde, um diesen Sektor zu organisieren.³⁶ Ausländisches Personal wird jetzt in Österreich als Zeitarbeitskraft von Agenturen in Ungarn und der Slowakei rekrutiert. Ältere Menschen beschäftigen oft zwei Hilfskräfte, beide wechseln sich zweiwochenweise in der 24-Stunden-Betreuung ab. Die Pflegekräfte leben mit den von ihnen betreuten Personen zusammen und können auf diese Weise Arbeit in einem Land leisten, auf der andere Seite aber auch regelmäßig in ihr Heimatland zurückkehren.

Personal in öffentlich geleiteten Kinderbetreuungscentren hat oft sicherere Arbeitsplätze als Personen, die die Kinderbetreuung als Selbständige anbieten oder bei privaten Anbietern beschäftigt sind. Präkarisierte Beschäftigungsverhältnisse findet man meistens bei KinderbetreuerInnen, die bei sich zu Hause oder in den Häusern der Familien der Kinder tätig sind, um die sich sie kümmern.

Arbeitszeiten

Überstunden sind bei MitarbeiterInnen in der Sozialpflege und der Kinderbetreuung üblich. In vielen Ländern, in denen Pflegepersonal in Privathaushalten beschäftigt ist, gibt es keine überwachten Normen für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz. Dabei ist oft gerade beim Anheben älterer Personen und zunehmend auch Kindern Schwerstarbeit zu leisten. Der Druck, bestimmte Aufgaben schnell erledigen zu müssen, resultiert in einem erhöhten Gesundheits- und Sicherheitsrisiko für das Pflegepersonal. Pflegearbeit gilt als körperlich und mental sehr anstrengend.

Eine Arbeitskräfteerhebung im VK fand heraus, dass 10% der Sozialpflegekräfte einschließlich SozialarbeiterInnen und BewährungshelferInnen nur eingeschränkt arbeitsfähig sind. Dieser Wert liegt über dem normalen Durchschnitt bei weiblichen Arbeitskräften.³⁷ Diese eingeschränkte Arbeitsfähigkeit wurde auch bei 7% des in der Kinderbetreuung tätigen Personals festgestellt.

Pflegearbeit als berufliche Laufbahn

Die geänderte Sozialpflegepolitik und besonders die Einführung der Direktzahlungen an die Pflegebedürftigen haben Auswirkungen auf die Organisation und den Status von Pflegekräften. Dabei gibt es in Europa von Land zu Land erhebliche Unterschiede.³⁸ Deutlich wird dies daran, inwieweit die Pflegetätigkeit als berufliche Laufbahn interessant wird. Die Wahrnehmung der Pflegearbeit als lohnende berufliche Karriere kann sich auch auf Grundlage einer Mikroebene der Beobachtung entwickeln, z. B. wie das Pflegepersonal seine tägliche Arbeit beeinflussen und persönliche Befriedigung aus den geleisteten Arbeiten schöpfen kann.

In Ländern, in denen die älteren Menschen ihre Pflegeleistungen selbst einkaufen können, beginnt die Entstehung neuer Berufsbilder Einfluss auf den Status der Pflegearbeit zu nehmen. In Deutschland entstand gleichzeitig mit Einführung der Pflegeversicherung ein neues Berufsbild im Sozialpflegesektor, und seither ist eine stetige Zunahme staatlich anerkannter Pflegekräfte zu verzeichnen.³⁹ In den Niederlanden findet ein ähnlicher Prozess statt.

In einigen Ländern entsteht mit der Erbringung von Pflegedienstleistungen durch private und gemeinnützige Träger ein stärker strukturierter und regulierter Arbeitsmarkt für Pflegekräfte. Die Benutzer nehmen über Agenturen Kontakt zu diesen Leistungsanbietern auf. In Frankreich hat Ungerson 2003 festgestellt, dass die Pflegekräfte „multiple Pflegeaufgaben“ wahrnahmen und oft bis zu 13 Kunden am Tag besuchten. Viele verfügten über eine Grundqualifikation, die ihnen den Zugang zu weiteren Ausbildungsangeboten sowie die Möglichkeit der Selbstreflexion über ihre Arbeit eröffnete.⁴⁰

Eine Studie über die Privatisierung von Arbeitsplätzen in Schweden, wo private Wirtschaftsunternehmen inzwischen Pflegeheime betrieben, zeigt keine konsistenten Ergebnisse im Hinblick darauf, wie Pflegepersonen die eigene Arbeit beeinflussen können. Manchmal hat sich

durch die Privatisierung die Atmosphäre am Arbeitsplatz verbessert, in anderen Fällen haben Unsicherheiten und Ängste bei den Beschäftigten zugenommen. Manchmal sind durch die Privatisierung Entscheidungswege verkürzt worden, und es wurden einfachere Managementstrukturen eingeführt. Die Beschäftigten haben dann öfter das Gefühl, dass sie mehr Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihre eigene Arbeit haben und in eigener Initiative handeln können.⁴¹

In Dänemark wurden Ende der 70er Jahre die ersten Reformen der häuslichen Hilfsdienste umgesetzt. Ein wichtiger Schritt war die Einführung der 24-Stunden-Betreuung rund um die Uhr, an der sowohl die häuslichen Pflegedienste als auch Hauspflegepersonal beteiligt sind.⁴² Als sich diese Regelung immer mehr durchsetzte, wurden die in der häuslichen Pflege tätigen Personen Teil einer „*halbautonomen Gruppe*“ – das bedeutet, dass die Gruppenmitglieder als Team in der häuslichen Pflege arbeiten, sich die Arbeit untereinander aufteilen und alle entstehenden Probleme selbst lösen. Die für diese Teams zuständigen Kommunen präsentierten diese Lösung als eine Art *Empowerment* für das häusliche Pflegepersonal. Die Schaffung des Binnenmarktes und die Vergabe von Dienstleistungsaufträgen durch die Kommunen beeinflussen ebenfalls die Art und Weise, wie die häuslichen Hilfen organisiert und geleistet werden.

Unterschiedliche Berufsbilder für die Kinderbetreuung und die Betreuung außerhalb der regulären Schulzeiten haben Einfluss darauf, in welchem Ausmaß es eine definierte Berufslaufbahn gibt. Die Art der Ausbildung als Voraussetzung für den Einstieg in diesen Sektor und das Angebot für die Ausbildung am Arbeitsplatz und den Erhalt von Fertigkeiten beeinflussen ebenfalls die Wahrnehmung der Kinderbetreuung als Beruf mit Karrieremöglichkeiten.⁴³ Im Bereich der Kinderbetreuung führt der in Europa zu beobachtende Trend, die Kinderbetreuung mit außerschulischer Betreuung und Schule generell zu integrieren, zu einer verstärkten Professionalisierung des Personals. Allerdings weisen Cohen et al (2004) darauf hin, dass in Ländern mit einem großen Anteil an privaten Kinderbetreuungseinrichtungen nur begrenzte Möglichkeiten bestehen, das Kinderbetreuungspersonal in eine Berufsgruppe zu überführen, da es an den dafür benötigten Ressourcen und Investitionen fehlt.⁴⁴

Ausbildung

In vielen Ländern ist der Ausbildungsaufwand für die Altenpflege geringer als für die Arbeitskräfte, die sich für die Kinderbetreuung entscheiden. In den meisten Ländern erfahren die in der Altenpflege eingesetzten Arbeitskräfte nur eine begrenzte Ausbildung. In einigen europäischen Ländern gibt es Initiativen für eine intensivere Ausbildung von Sozialpflegekräften, um das Ansehen dieses Berufs zu erhöhen und auf diese Weise die Rekrutierung und die Bindung von Arbeitskräften zu verbessern. Die Ausbildung ist für MigrantInnen oft nicht ohne weiteres zugänglich. Im VK gründet die Ausbildung für die Sozialpflege auf einem Kompetenztraining, und diese Art der Ausbildung macht überall schnell Schule. Allerdings bringt es die hohe Personalfuktuation in der Sozialpflege auch mit sich, dass dieses Angebot nur begrenzt wahrgenommen wird. In Frankreich gibt es ein formelleres Ausbildungssystem, und viele SozialpflegearbeiterInnen verfügen über einen qualifizierten Abschluss.⁴⁵

Kinderbetreuungspersonal hat öfter einen höheren anfänglichen Ausbildungsstand als Pflegepersonal, das mit älteren Menschen arbeitet, obwohl auch dies manchmal nur eine zweijährige Ausbildung im Alter von 16 oder 18 beinhaltet. Eine dreijährige Ausbildung auf einem höheren Bildungsniveau wird gerade die Norm für die Kinder- und Vorschulbetreuung in den nordischen Ländern, auch in Spanien erhält das für die frühkindliche Erziehung eingesetzte Personal eine Ausbildung auf diesem Niveau. In anderen Ländern erreicht die Ausbildung des Kinderbetreuungspersonals nicht diese Qualität.

Für das VK haben Cameron et al 2004 festgestellt, dass mindestens die Hälfte des Kinderbetreuungspersonals keine besondere Ausbildung für ihre Arbeit hatte. Dazu gehörten Tagespflegepersonen (Tagesmütter), KinderbetreuerInnen in privaten Kindergärten, Playworker und Kindermädchen. In den nordischen Ländern stellt sich die Situation anders dar. In Dänemark

genießt der Berufsstand der professionellen KinderbetreuerInnen ein hohes Ansehen, die Ausbildung und die Berufsaussichten sind gut. Dort gibt es auch einen höheren Anteil männlicher Arbeitskräfte in diesem Sektor. Selbst das Personal in den Kindertagesstätten verfügt – obwohl keine formelle Qualifikation erforderlich ist – zu mehr als 75% über ein Zertifikat als Tagespflegeperson oder hat vom kommunalen Arbeitgeber 50 – 100 Stunden vorgeschriebene Ausbildung erhalten.⁴⁶

In vielen europäischen Ländern erfolgt die Finanzierung für die Ausbildung am Arbeitsplatz oft dezentral auf Ebene der Kommunen, z. B. in Schweden, Finnland, den Niederlanden und Italien. In Dänemark und Belgien geht die Dezentralisierung der Finanzierung noch weiter bis auf die Ebene der Schulen. In den Vereinigten Staaten gibt es auf Ebene der Bundesstaaten die Forderung, dass das Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen eine bestimmte Anzahl von Stunden praktischer Ausbildung am Arbeitsplatz absolvieren muss. Möglichkeiten für die weiterführende Ausbildung im Bereich Kinderbetreuung gibt es in Spanien, Dänemark und Ungarn.⁴⁷

Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft

Da der überwiegende Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals schlecht bezahlt wird und auch nur als Teilzeitkraft tätig ist, gibt es in vielen Ländern in diesen Branchen keinen nennenswerten gewerkschaftlichen Organisationsgrad. Die Besitzer von Pflegeheimen erkennen oft keine Gewerkschaft an und erschweren auch die Kontakte ihrer MitarbeiterInnen zu Gewerkschaften. Die im häuslichen Umfeld tätigen Pflege- und Betreuungskräfte haben ebenfalls Probleme damit, sich selbst gewerkschaftlich zu organisieren, da sie nicht zentral in bestimmten Einrichtungen arbeiten und kaum Kontaktmöglichkeit zu anderem Personal in der häuslichen Pflege haben. Der wachsende Einsatz von MigrantInnen in Europa und Nordamerika erschwert die Gewerkschaftsorganisation zusätzlich, da der Aufenthaltsstatus dieser Personen oft ungeklärt ist und sie oft Angst haben, bei den Gewerkschaften um Unterstützung zu bitten.

Die von einer finnischen Gewerkschaft durchgeführte Umfrage über die Privatisierung der Branche in Schweden hat ergeben, dass die Beteiligung an Aktivitäten der Gewerkschaften ebenfalls problematischer geworden ist.⁴⁸ In einigen Unternehmen haben die ArbeitnehmerInnen das Recht eingebüßt, sich kritisch über ihren Arbeitsplatz zu äußern. Im VK hat eine 1997 durchgeführte Befragung ergeben, dass es in zwei Dritteln der befragten Pflegeheime nicht ein Gewerkschaftsmitglied gab, und dass Gewerkschaften auch nicht als Verhandlungspartner anerkannt wurden.⁴⁹

In Schweden haben die Gewerkschaften eine signifikante Rolle bei der Integration des Kinderbetreuungspersonals gespielt, indem sie deren Gewerkschaften selbst integriert und auf diese Weise ihre Position in Kollektivverhandlungen gestärkt habe.⁵⁰ Auf diese Weise wird ebenfalls ein wichtiger Beitrag zur weiteren Entwicklung der Berufsbilder im Bereich Kinderbetreuung geleistet.

Einige der Änderungen in der Sozialpflegepolitik haben sich direkt auf die Beschäftigungssicherheit vieler MitarbeiterInnen in der Sozialpflege und der häuslichen Pflege ausgewirkt. Die Aussichten für eine Verbesserung der Lage des Personals in der Kinderbetreuung erscheinen besser, da hier enge Verbindungen zwischen der Betreuung von Kindern und ihrer schulischen Ausbildung bestehen. In der Sozialpflege gibt es diesen Veränderungsdruck nicht in diesem Maße, obwohl sich in einigen Ländern aufgrund der Möglichkeit älterer Menschen, sich ihre Pflegeleistungen selbst zu kaufen, neue Berufsbilder in der Sozialpflege entwickeln. Generell ist die Sozialpflege in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege unterbezahlt und unterbewertet. Das Personal ist oft unzureichend ausgebildet, der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist gering.

5.2. Dienstleistungsnutzer

Will man ergründen, wie die Änderung der Finanzierung, Organisation und Erbringung von Dienstleistungen sowohl den Zugang zu diesen Leistungen als auch ihre Qualität beeinflusst haben, muss man dies im Kontext der Entwicklung der Sozialpolitik im 20. Jahrhundert in Europa sehen. In den meisten Ländern gibt es beträchtliche Unterschiede darin, wie sich Kinderbetreuung und die Pflege und Versorgung älterer Menschen als öffentliche Dienstleistungen entwickelt haben. Die Kinderbetreuung ist entstanden, weil immer mehr Frauen berufstätig geworden sind, wobei das Ausmaß der öffentlichen und der privaten Betreuungsangebote von Land zu Land unterschiedlich ist. Die Anerkennung der Kinderbetreuung als soziales Recht ist in Europa inzwischen fast überall akzeptiert.

Die Betreuung älterer Menschen hat ihren Ursprung in Gesetzen zur Armutsbekämpfung und zur sozialen Unterstützung.⁵¹ Die Definition und der Schutz der Rechte älterer Menschen auf eine Sozialpflege in hochwertiger Qualität war eine ungleich schwierigere Aufgabe. Die Einführung von Bargeldzahlungen und Bargeldtransfers gilt als eines der wenigen Beispiele für die Erweiterung von Sozialstaatprogrammen aus jüngerer Zeit.⁵² Die Einstellung von Gesellschaften gegenüber ihren alten Menschen ist ein signifikantes Hindernis für eine Verbesserung der Dienstleistungen. Die Auswirkungen der Kommerzialisierung der Sozialpflege haben oft nicht zur Verbesserung dieser Leistungen geführt. Erste Untersuchungen zeigen, dass der Zugang zu diesen Leistungen für bestimmte Gruppen nur eingeschränkt möglich ist.⁵³

Ungerson (2003) argumentiert, dass die neuen Finanzierungsregelungen mit der Möglichkeit für die betroffenen Personen, ihre Pflegeleistungen selbst zu kaufen und zu bezahlen, einen neuen Pflegekontext schaffen. Welche Auswirkungen auf die Art der Pflegebeziehungen sich daraus ergeben, bleibt aber noch abzuwarten.

Die zunehmende Zielgerichtetheit von Programmen wirkt sich auf die Verteilung der Pflege- und Betreuungsleistungen aus. Wenn Personen mit hoher Bedürftigkeit zielgerichtet Hilfe bekommen, dann hat das zur Folge, dass Personen, die nicht im gleichen Maße auf Hilfe angewiesen sind, weniger oder gar keine Hilfsleistungen erhalten. Die Einkommenssituation eines älteren Menschen bestimmt oft, ob zusätzliche Hilfsleistungen bezahlt werden können oder ob Familienangehörige bestimmte Aufgaben übernehmen können.

Studien über die Veränderungen bei der Erbringung häuslicher Pflegeleistungen für ältere Menschen in Schweden haben gezeigt, dass seit 1990 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der Personen zu verzeichnen ist, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Sie sind oftmals eingegrenzt auf die extrem gebrechlichsten Pflegebedürftigen. Die Auswirkungen des Abbaus der Bettenzahlen für ältere PatientInnen im Gesundheitssektor hat dazu geführt, dass immer mehr gebrechliche ältere Personen von kommunalen Pflegediensten zu Hause betreut werden. Vorhandene Ressourcen werden dann in erster Linie für Personal und häusliche Pflegedienste eingesetzt, nicht mehr für kommunale Dienstleistungen wie Einkaufen, Putzen, Wäsche waschen und Spaziergänge⁵⁴. Die Bedürftigkeitsprüfung, die die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen durch eine Person ist, wird heute nach strikteren Kriterien durchgeführt und hat zur Folge, dass Antragsteller mit einer weniger akuten Bedarfslage keinen Zugang zu Sozialpflegeleistungen haben. Das führt dazu, dass Familienmitglieder verstärkt für Pflegeleistungen herangezogen werden – oder bei Personen mit höheren Einkommen bezahlte Pflegekräfte zum Einsatz kommen. Szebehely (2004) hat herausgefunden, dass die Änderungen bei der häuslichen Pflege in Schweden zu einer Zunahme der informellen Pflege bei gebrechlichen älteren Personen mit niedrigem Bildungsstand und zu einer Zunahme der privaten Pflege bei gebrechlichen älteren Personen mit höherem Bildungsstand geführt haben.

Lewinter (2004) hat untersucht, inwiefern sich das Ausmaß der häuslichen Pflegeleistungen in Dänemark für ältere Menschen über 67 verändert hat, und fand heraus, dass prozentual der Anteil der Personen mit niedrigem Pflegeaufwand (< 2 Stunden pro Woche) und extrem hohem

Pflegeaufwand zugenommen hat, während der Anteil der Personen mit mittlerem Pflegebedarf (2-8 Stunden pro Woche) zurückgegangen ist.⁵⁵ Trydegard und Thorslund (2001) haben ebenfalls festgestellt, dass es auf kommunaler Ebene ein sehr unterschiedliches Angebot an häuslichen Pflegeleistungen gibt.⁵⁶

Es gibt Indizien dafür, dass in England ein ganz ähnlicher Prozess stattfindet, der an Trends bei der Erbringung häuslicher Pflegeleistungen abzulesen ist. Zwar ist die Zahl der Kontaktstunden im Rahmen häuslicher Pflege zwischen 1997 und 2003 um 14% gestiegen, die Anzahl der Haushalte aber, in denen diese Leistungen erbracht wurden, ist um 23% zurückgegangen.⁵⁷ Darüber hinaus ist die Zahl der Haushalte, in denen häusliche Pflege geleistet wird und in denen 6 oder mehr Besuche mit jeweils mehr als 5 Kontaktstunden stattfinden, von 28% auf 41% gestiegen, der Anteil der Haushalte jedoch, bei denen die häusliche Pflege aus nur einem einzigen Besuch von 2 Stunden Dauer oder weniger besteht, ging von 27% 1997 auf 17% 2002 zurück. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der vom privaten Sektor geleisteten häuslichen Pflegestunden von 42% auf 64%.

In Schweden wird betreutes Wohnen verwaltungstechnisch als eine bestimmte Art des Wohnens und weniger als Pflegeleistung angesehen, die älteren Menschen müssen dort deshalb Miete und Gebühren für bestimmte Dienstleistungen je nach Bedürftigkeit zahlen.

Ungerson (2003) hat ebenfalls herausgefunden, dass die Bezahlung der nächsten Anverwandten für die Erfüllung von Aufgaben, die früher als Teil „unbezahlter Arbeiten“ angesehen wurden, zu Veränderungen in den Familienbeziehungen und den Beziehungen innerhalb eines Haushalts führen können. Wenn Pflegepersonal bei einer Familie lebt, tragen die Zahlungen für die Pflegeleistungen zum Familieneinkommen bei. Falls Pflegepersonal nicht mit der zu betreuenden Person lebt, sind kommerzialisierte verwandtschaftliche Beziehungen wahrscheinlicher. In Italien wurden die Zahlungen für Pflegeleistungen oftmals verwendet, um niedrige Einkommen aufzubessern, indem Familie und Angehörige weiterhin als informelle Pflegepersonen eingesetzt wurden.

Im VK gibt es mehrere Trends bei der Erbringung dieser Leistungen zu beobachten, die die BenutzerInnen dieser Leistungen direkt betroffen haben. Die Verabschiedung des Community Care Act 1990 und die Einführung von Normen für Pflegeheime hat zu steigenden Kosten im Zusammenhang mit der Erfüllung nationaler Pflegenormen geführt und sowohl Kommunalbehörden als auch private Anbieter dazu veranlasst, Pflegeheime zu schließen. Damit wurde auch das Pflegeangebot verknappt. Im Jahre 2003 waren 88% der Pflegeheime an den privaten Sektor übergegangen, und im VK wurden 66% der von den Kommunen bezahlten häuslichen Pflege vom privaten Sektor geleistet.⁵⁸

Die Qualität der Pflege in Pflegeheimen ist unterschiedlich. Es hat zahlreiche Zeitungsberichte über Einzelfälle in BUPA-Pflegeheimen gegeben, wo die BewohnerInnen sich über die schlechte Versorgung beklagt haben.⁵⁹ Die Manchester Evening News berichtete, dass anlässlich einer Pflegeheiminspektion die schlechten Lebensumstände der HeimbewohnerInnen kritisiert wurden:

„Das Bedford Residential Nursing Care Home in Leigh muss nach einem Bericht der National Care Standards Commission in 29 von 34 Kategorien umfassende Verbesserungen durchführen. In einem der Gebäude der von BUPA betriebenen Heime waren die Korridorsteppiche so mit Urin getränkt, dass „sie an den Schuhen des Inspektors festklebten“. Der NCSC-Bericht warnte: „Das ist nicht nur ein Sauberkeitsproblem, sondern verstärkt auch das Risiko von Kreuzinfektionen“. Das Pflegeheim, das bis zu £473 die Woche berechnet, hatte Verbesserungsbedarf in 26 Bereichen, in denen vom Gesetz her Abhilfe zu schaffen war, wobei der Bericht noch 12 weitere Empfehlungen aussprach, um den geforderten Standard zu erreichen.“⁶⁰

Die häusliche Pflege steht zunehmend im Mittelpunkt des Interesses, denn sie unterstützt Menschen, in ihren eigenen Wohnungen bleiben oder die Vorteile des betreuten Wohnens nutzen

zu können. Die Betreuung in diesen Einrichtungen erfolgt durch Pflege- und Serviceagenturen – mehrere öffentliche oder private Pflegeagenturen kümmern sich um die BewohnerInnen dieser Einrichtungen des betreuten Wohnens oder um diejenigen Kunden, die weiterhin in ihren eigenen Wohnungen leben.

Die Serviceanbieter für die häusliche Pflege erreichen ein unterschiedliches Qualitätsniveau. Eine aktuelle Umfrage bei den SozialarbeiterInnen im VK (Centre for Public Services, 2004) stellte fest, dass diese BetreuerInnen nicht in der Lage waren, geeignete Pflegepakete für die DienstleistungsnutzerInnen in Auftrag zu geben, da sie mit Agenturen zusammenarbeiten mussten, mit denen sie nicht zufrieden waren. Ein weiteres Manko war die unzureichende Finanzierung.⁶¹ Die steigende Zahl der Sozialpflegeanbieter hat zu fragmentierteren Dienstleistungen anstatt einer „gemeinsamen“ Dienstleistungserbringung geführt.

Die Auswirkungen von Kostensenkungen und der Übertragung von immer mehr Aufgaben an Sozialpflegepersonal in immer kürzerer Zeit wirkt sich auf die Qualität der erbrachten Leistungen aus. Land (2003) zeigt beispielhaft, wie Einsparungen bei den Versicherungsleistungen dazu führen können, dass für einen Sozialpfleger kein Versicherungsschutz mehr besteht, wenn er einen Kunden im Rollstuhl zum Einkaufen oder in den Park fährt.⁶² Das hat direkten Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen.

Die Aufsichtsbehörde für Sozialdienste im VK hat das Dienstleistungsspektrum eines kommunalen Anbieters mit dem des privaten Sektors verglichen und ist zu dem Schluss gekommen, dass es zwar auch Beispiele für eine gute Servicequalität gibt, dass aber auch Beispiele genannt wurden für

*„häusliche Pflege, deren Dienstleistungen keine gute Qualität hatten. Das bezog sich fast immer auf unabhängige Agenturen. Wir haben von einer hohen Personalfuktuation erfahren, von Unzuverlässigkeit, schlechter Ausbildung und vorzeitigem Abbruch der Leistungserbringung“*⁶³ (Social Services Inspectorate SSI, zitiert in Land, 2003). Das zeigt, wie die sozioökonomische Absicherung des Sozialpflegepersonals die Qualität der erbrachten Dienstleistungen in direkter Weise beeinflusst.“

Änderungen der Art der Finanzierung der Sozialpflege wirken sich darauf aus, welche Zugangsmöglichkeiten die Benutzer zum Pflegeangebot haben und welche Pflegequalität erreicht wird. In Schweden und Dänemark führt eine verstärkt auf gebrechliche ältere Menschen abzielende Pflege und Betreuung dazu, dass geringer abhängige ältere Personen keinen Zugang mehr zu öffentlichen Sozialpflegediensten haben. Bevölkerungsgruppen mit hohem oder niedrigem Einkommen werden unterschiedlich davon betroffen. Gruppen mit hohem Einkommen kaufen sich ihre eigenen Pflegeleistungen, einkommensschwache Gruppen müssen die Pflege informeller PflegerInnen in Anspruch nehmen. Pflegegelder haben Familienbeziehungen sowohl positiv als auch negativ beeinflusst.

Im VK ist die Anzahl der in privaten Institutionen verfügbaren Plätze für Menschen mit Lernschwierigkeiten um 50% auf mehr als 1000 angestiegen. Die Privatanbieter argumentieren in einem Buch mit dem Titel 21st Century Asylums, dass die institutionelle Pflege für Menschen mit Lernschwierigkeiten und mentalen Problemen geeigneter ist.⁶⁴ Die Jahresgebühren liegen zwischen £180.000 und £230.000 pro Patient. Für die zuständigen Behörden ist es oft einfacher, einen Platz in einem privaten Krankenhaus zuzuweisen, als ein *„komplexes, aus mehreren Diensten bestehendes Hilfsnetzwerk innerhalb der Gemeinde aufzubauen“*. Diesen Trend muss man im Kontext der langfristigen Aussichten der kommunalen Pflege für ältere Menschen und vor dem Hintergrund der Frage sehen, ob höhere Kosten für intensive häusliche Pflege nicht zu einer Rückkehr der institutionalisierten Pflege führen werden.

Da auch die Kinderbetreuung verstärkt Gegenstand politischer Initiativen wird, gibt es in zahlreichen Ländern auch ein stetig steigendes Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen und einen leichteren Zugang zu diesen Dienstleistungen. In Ländern wie dem Vereinigten Königreich ,

wo der private Sektor der wichtigste Anbieter für die Kinderbetreuung ist, stellt sich die Frage, wie bestimmte Normen eingehalten werden sollen, und wie man mit Beschwerden über die erbrachten Dienstleistungen umgehen soll.

Eine von der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen in Auftrag gegebene Studie ist zu dem Schluss gekommen, dass die öffentlichen Sozialdienste der Zukunft sich an den Bedürfnissen der BenutzerInnen orientieren müssen, und dass sowohl diese als auch das Personal dieser Dienste an der Organisation und Planung beteiligt werden müssen. Qualitätsinitiativen müssen flexibel sein und lokale Anforderungen berücksichtigen. Maßgebend für die Entwicklung dieser Dienste müssen Qualitäts- und nicht Kostenkriterien sein. Die Dienstleistungen müssen integriert angeboten werden. Partnerschaften zwischen Dienstleistungserbringern, Geldgebern, Benutzergruppen und Sozialpartnern müssen der Dienstleistungserbringung zugrunde liegen. Die Dienste selbst müssen in die Partizipation und die Ausbildung der Pflegekräfte investieren. Die Chancengleichheit von Männern und Frauen muss als Grundsatz anerkannt werden, damit die Rolle der Frau als Pflegeperson und Arbeitnehmerin gewürdigt wird und ihre Bedürfnisse erfüllt werden.⁶⁵

6. Eine Übersicht über die Politik in Europa

6.1. Sozialpflegepolitik in Europa – die Europäische Union

Der direkte Einfluss der Europäischen Union (EU) auf die Sozialpflege und die Kinderbetreuung kann als begrenzt angesehen werden, da keine spezielle Politik auf EU-Ebene für ältere Menschen und Kinder existiert. Es hat zwar seitens der EU einige Versuche gegeben, die Sozialpflegepolitik für Kinder und ältere Menschen zu beeinflussen, dies erfolgte jedoch nur in Form von Empfehlungen oder Ratschlägen, jedoch nicht in Form einer bindenden Rechtsetzung. Dazu gehört die *Empfehlung des Rates vom 31. März 1992 zur Kinderbetreuung (92/241/EWG)*, in der darauf verwiesen wird, dass ein mangelndes Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten die Möglichkeit der Frauen zur Beteiligung am Arbeitsmarkt einschränkt. Sie enthält jedoch keinerlei weitere Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten, irgendwelche Mindestanforderungen zu erfüllen.⁶⁶

Als Teil der beschäftigungspolitischen Strategie der EU muss jeder Mitgliedstaat seine eigene Beschäftigungsstrategie entwickeln und möglichst viele Gruppen eingliedern, die zurzeit nicht zur erwerbstätigen Bevölkerung gehören⁶⁷ (EU, 1997). Die Bereitstellung von Kinderbetreuungsleistungen wurde als wichtiger Faktor angesehen, um Frauen wieder ins Erwerbsleben einzugliedern. Alleinerziehende Mütter sind hierfür in vielen Ländern eine Zielgruppe, an sie richtet sich z. B. das New Deal Programm im Vereinigten Königreich.

Das „*Grünbuch über die europäische Sozialpolitik*“ (1993) ermunterte die Mitgliedstaaten dazu, die Verantwortung für die Durchführung der Sozialpolitik mit ehrenamtlich arbeitenden Organisationen, Sozialpartnern und Kommunalbehörden zu teilen. Die EU hat Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, um die Aufgabe von Pflegepersonen und die Aussichten für die Pflege älterer Menschen zu beleuchten.

2001 wurde die erste Mitteilung der EU über „*Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege; Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern*“⁶⁸ veröffentlicht. Mit zunehmender Lebenserwartung und einem ständig wachsenden Bevölkerungsanteil an älteren Menschen, so hieß es in der Mitteilung, werde die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für die Behandlung altersbedingter Krankheiten zunehmen. Die geforderte Pflege ist jedoch eine Mischung aus medizinischer und sozialer Betreuung. Wenn dieser Trend anhält und wenn man dann auch noch den Wandel familiärer Beziehungen und Bindungen und den steigenden Anteil von Frauen an der Erwerbsbevölkerung in Betracht zieht, erkennt man unschwer, dass zur Deckung dieser Nachfrage nach Sozialpflegeleistungen neue Maßnahmen erforderlich werden. Humanressourcen sind dabei der entscheidende Faktor, denn Pflegepersonal wird dann rekrutiert

werden müssen, wenn die Zahl der Erwerbstätigen sich entweder stabilisiert hat oder zurückgeht. Die Medizintechnologie ist der zweite Faktor, hier ist mit neuen Produkten und Behandlungsmethoden zu rechnen, aber auch mit steigenden Kosten. Der dritte Faktor ist die steigende Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und der Beteiligung des Patienten an dieser Gesundheitsversorgung.

In der Mitteilung der Kommission wurden drei langfristige Ziele genannt:

- Zugänglichkeit – Erkennen des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitsstatus; des Bedarfs einer Verbesserung der Koordinierung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten; der erforderlichen Betreuung auch von benachteiligten Gruppen;
- Qualität – wie ist Qualität in unterschiedlichen nationalen Systemen zu messen?;
- Nachhaltige Finanzierbarkeit – Bedarf einer Nachfrageregulierung durch erhöhte Steuerbeiträge oder Zuzahlungen und Benutzergebühren mit der Regulierung der Sozialleistungserbringung durch Einführung des Wettbewerbsprinzips in Binnenmärkten.

Der Fragebogen über Gesundheit und Langzeitpflege für die Älteren, herausgegeben vom Ausschuss für Sozialschutz, wollte Informationen über die Art und Weise ermitteln, wie diese drei Zielsetzungen (Zugänglichkeit, Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit) bei der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege älterer Menschen in den Mitgliedstaaten erreicht werden können. Dies wurde beschrieben als *„Mechanismen zum Erreichen der Erbringungseffizienz und die wichtigsten Probleme bei deren Bereitstellung sowie die geplante Antwort der Politik auf diese Herausforderungen“*. Die Antworten aus den Mitgliedstaaten wurden analysiert und in einem gemeinsamen Bericht präsentiert. (März 2003).^{69 70}

Der gemeinsame Bericht (Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den europäischen Ausschuss für Wirtschaft und Soziales und an den Ausschuss der Regionen) legt den Schwerpunkt auf die nachhaltige Finanzierbarkeit und die Einführung von Mechanismen zur Kostenkontrolle. Dazu gehören Maßnahmen, die Kosten auf die Verbraucher abzuwälzen; Preis- und Volumenkontrollen bei Angebot und Nachfrage; und Reformen zur Verbesserung der effizienten Nutzung von Ressourcen.

2004 hat die Kommission die Mitteilung (KOM(2004) 304 endg.) – *Reform und Modernisierung der Gesundheitsversorgung, der Langzeitpflege und des Sozialschutzes: Unterstützung für die sozialen Strategien mit Hilfe der offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen*“ (21/04/2004) veröffentlicht.⁷¹ Diese empfiehlt, dass *„ein universeller Schutz auf Solidarität beruht unter Berücksichtigung der Struktur der einzelnen Systeme und besonders zum Nutzen derjenigen Gruppen, die nur ein geringes Einkommen haben und deren Gesundheitszustand eine intensive, langfristige oder teure Pflege erfordert.“* Erkannt wird auch, dass es für bestimmte Gruppierungen aufgrund einer ungleichen Verteilung von Einrichtungen Probleme bei der Zugänglichkeit dieser Dienstleistungen gibt. Probleme bei der Rekrutierung und Bindung von Personal tragen ebenfalls zu Ungleichheiten bei der Bereitstellung dieser Dienstleistungen bei.

Der Bericht fordert eine *„globale Strategie für Gesundheitssysteme“*, die in einer ersten Mitteilung *„gemeinsame Ziele für die Entwicklung und Modernisierung von Gesundheitsdienstleistungen und deren Finanzierung“* fordert, *„was den Mitgliedstaaten erlauben würde, ihre eigene nationale Strategie zu definieren und von den Erfahrungen und Praktiken anderer Mitgliedstaaten zu profitieren.“* Dies würde drei weitere Bereiche des Sozialschutzes ergänzen: Altersvorsorge, soziale Eingliederung und *„Making Work Pay“* (Arbeit attraktiv machen).

Eine weitere Mitteilung schließt an die aus dem *„Reflexionsprozess auf hoher Ebene“* (HLPR) hervorgegangenen Empfehlungen an. Sie enthält eine Reihe konkreter Vorschläge aus verschiedenen Bereichen, in die sich *das vom Vertrag proklamierte Ziel eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in die Politikbereiche der Gemeinschaft einbeziehen lässt*. Der soziale Zusammenhalt wird durch den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung

verstärkt. Die Schaffung von Arbeitsplätzen wird als ein Ziel genannt, noch spezifischer allerdings die Verbesserung der Qualität von Arbeitsplätzen, damit das Personal nicht vorzeitig in den Ruhestand tritt. *„Eine bessere Produktivität und Effizienz der Dienstleister wird auch ein Schlüsselfaktor für die zukunftsfähige Entwicklung des Sektors sein. „E-Health“ soll bei der Information, Prävention, Verbesserung des Versorgungsangebots und beim lebenslangen Lernen der im Gesundheitswesen Beschäftigten eine wichtige Rolle spielen.*

Die Auswirkungen des technologischen Fortschritts haben die Förderung einer qualitativ hochwertigen Pflege erschwert, denn seine Folgen sind im Kontext des demographischen Wandels ungewiss. Der technologische Fortschritt kann Systeme effizienter machen, die Lebenserwartung erhöhen, die Kosten in die Höhe treiben und zu einer erhöhten Nachfrage nach Pflegeleistungen seitens einer gebildeten Bevölkerung führen. Um diese Unwägbarkeiten zu berücksichtigen, müssen die Ausgaben von Mitteln für die Gesundheitsversorgung und die Langzeitpflege genau geprüft und Präventivstrategien umgesetzt werden, um die Volksgesundheit zu verbessern und die Pflege insgesamt effizienter zu machen. Dies soll erfolgen durch:

- Förderung nachgewiesener erfolgreicher Praktiken und Behandlungen;
- geschlechtsspezifische Ausrichtung von Strategien, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen gerecht zu werden;
- bessere Ausbildung für das Personal im Gesundheitswesen;
- bedürftigkeitsabhängige Zuteilung von Ressourcen;
- Förderung von Governance und Definition der Rechte von Patienten und Einrichtungen.

Der dritte Grundsatz, die nachhaltige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung, wird von *„gesunden und zukunftsfähigen Budgets“* abhängig gemacht. Die finanzielle Nachhaltigkeit ist demnach von einer Reihe von Instrumenten abhängig: Wiedererstattungshöhe, Preis und Umfang von Behandlungen zur Kontrolle von Produkten und Rezepten; feste Etats im Krankenhaussektor; und **„Übertragung von mehr Verantwortung an die innerhalb des Systems tätigen Personen und die Geldgeber für das Ressourcenmanagement.“** Diese Auswahl an Finanzinstrumenten zeigt, dass zwar die Bedeutung einer universellen Versorgung erkannt wird, Finanzregelungen aber von der Akzeptanz einer begrenzten Finanzstärke des öffentlichen Sektors und der kontinuierlichen Anpassung der Benutzergebühren dominiert werden. Die Notwendigkeit einer stärkeren Delegation von Verantwortung an die Menschen, die innerhalb dieser Systeme arbeiten, und an die Geldgeber deutet ebenfalls darauf hin, dass private Finanzinvestoren die Gelegenheit erhalten werden, die zukünftige Entwicklung in diesem Sektor mitzubestimmen. Diese Mitteilung wird zurzeit von den Mitgliedstaaten erörtert, ein aktualisierter Bericht wird im Frühjahr 2005 zur Verfügung stehen.

Insgesamt bleibt die Rolle der Europäischen Union in der Sozialpflegepolitik begrenzt und ist mit der Situation im Gesundheitswesen vergleichbar. Hier ermöglicht das Subsidiaritätsprinzip den nationalen Regierungen, ihre eigene Gesundheitspolitik durchzuführen. Bei der Sozialpflege ist es jedoch ähnlich wie im Gesundheitswesen – die Binnenmarktgesetze beginnen, auch diesen Sektor zu beeinflussen. Das lässt sich zunächst an einem Gerichtsurteil im Zusammenhang mit einer nach dem nationalen Wettbewerbsrecht erfolgten Beschwerde gegen die Vertragspreise des North and West Belfast Health Services Trust seitens der BetterCare Group (einem privaten Unternehmen der Sozialpflege und der häuslichen Pflege in Nordirland) belegen. Der Trust war ebenfalls ein direkter Anbieter von Sozialpflege- und häuslichen Pflegeleistungen. Zwar hat das Office of Fair Trading die Beschwerde abgelehnt mit der Begründung, dass die Erbringung von sozialen Dienstleistungen durch den North and West Belfast Health Services Trust keine wirtschaftliche Aktivität sei, der Fall ging aber in die Berufung vor einem Gericht der UK Competition Commission und wurde dort zugunsten von BetterCare entschieden.⁷²

Die Auswirkungen dieser Entscheidung sind heute noch zu spüren. Land (2003) zeigt auf, wie dieses Urteil dazu geführt hat, dass der North and West Belfast Health Services Trust seine Dienstleistungen im Bereich der Sozialpflegedienste veräußert hat.⁷³ Die langfristigen

Auswirkungen eines Urteils der nationalen Competition Commission könnten sich so auf die Zukunft öffentlicher Dienstleistungen auswirken.

Der Europäischen Union sollten durch den Entwurf einer neuen Dienstleistungsrichtlinie (Juni 2004) *Dienstleistungen im Binnenmarkt KOM(2004)* noch mehr Einflussmöglichkeiten gegeben werden. Der Richtlinienentwurf empfiehlt, dass „*persönliche Sozialdienstleistungen*“ als Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) angesehen und somit den Wettbewerbsregeln unterworfen werden, was bei Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI) nicht der Fall wäre. Eine der wichtigsten Folgen dieser Einstufung wäre, dass ein Dienstleistungsanbieter innerhalb der EU den Rechtsvorschriften seines Herkunftslandes verpflichtet wäre und nicht denen des Ziellandes, in dem die Dienstleistungen erbracht werden. Hinsichtlich der Entsendung von Arbeitnehmern hätten die Regierungen der Mitgliedstaaten nur begrenzte Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsnormen von ArbeitnehmerInnen, die in ihrem eigenen Land von einem Unternehmen aus einem anderen Mitgliedstaat beschäftigt werden. Der Vorschlag für die Regierung des Herkunftslandes des Unternehmens lautet, sie solle versuchen, Einfluss auf die Arbeitsnormen und Arbeitsrechte zu nehmen, denn „*ein Anbieter muss sich generell nur an die Gesetze des Landes halten, in dem es niedergelassen ist*“. Das würde die Möglichkeit von Regierungen einschränken, gegen ausländische ArbeitnehmerInnen ohne gültige Papiere vorzugehen, wenn diese durch eine Agentur in einem andere EU-Land rekrutiert wurden, und würde sich auch auf die Rekrutierung von Arbeitskräften im Gesundheits- und Sozialsektor, ihre Arbeitsbedingungen und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen auswirken.⁷⁴

Nach umfassenden Kampagnen- und Lobbyaktivitäten einer Vielzahl von Organisationen, Institutionen und Regierungen wurde die Richtlinie in ihrer ersten Fassung aufgegeben. Im Februar 2005 erklärte Kommissionspräsident Barroso: „*So, wie die Richtlinie verfasst war, wäre sie nicht erfolgreich gewesen ...aus diesem Grund hat die Kommission einstimmig akzeptiert, die Richtlinie zu ändern*“⁷⁵.

Trotz einiger Weiterentwicklungen der Richtlinie ist das Problem nach wie vor nicht gelöst, ob Sozialpflegeleistungen als eine Dienstleistung von allgemeinem Interesse eingestuft werden sollen. Das Altmark-Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EGH), „*die öffentlich finanzierte Unterstützung von Dienstleistungen wie dem öffentlichen Verkehr nicht als staatliche Beihilfe anzusehen und deshalb vom Ausschreibungsverfahren auszunehmen*“, ist auch für Sozialpflegedienste relevant. Kommunale Behörden als Anbieter sozialer Dienstleistungen werden deshalb diese Leistungen nicht in einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren zu vergeben haben.

Es gibt weiterhin Diskussionen über die Möglichkeit einer Rahmenrichtlinie für Dienstleistungen von allgemeinem Interesse. Einige der in diesen Diskussionen angesprochenen Probleme werden in den Ergebnissen einer Konferenz vom Juni 2004 mit dem Titel „*Soziale Dienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union – Bewertung der Besonderheiten, des Potenzials und des Bedarfs*“⁷⁶ deutlich. Auf dieser Konferenz wurde eine Reihe von Fragen aufgeworfen, die im Kontext von Sozialdienstleistungen als Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI) erörtert werden müssen. An der Konferenz nahmen das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Platform of European Social NGOS und die Beobachtungsstelle für die Entwicklung sozialer Dienstleistungen in Europa mit Unterstützung der Europäischen Kommission teil. Auf der Konferenz wurden zahlreiche Bedenken der Interessengruppen deutlich, die an der zukünftigen Entwicklung sozialer Dienstleistungen beteiligt sind.

Die KonferenzteilnehmerInnen waren sich darin einig, dass die neue „*Modernisierungspolitik*“, die den Sozialdienstleistungen verordnet wurde, auf die angebliche Notwendigkeit der Kostenreduzierung zurückzuführen ist. Die zukünftige Modernisierung der Sozialdienstleistungen muss eine weiter gefasste Perspektive für die Beantwortung der Frage finden, wie der Bedarf der Menschen an Sozialpflegediensten zu erfüllen ist. Änderungsbedarf kann hier nicht nur im

Zusammenhang mit Haushaltskürzungen gesehen werden. Die Definition und die Messung der Dienstleistungsqualität bleibt ein schwieriges Thema. Die Frage, welche Interessengruppe dafür zuständig sein soll, und wie und auf welcher Ebene dies erfolgen soll, muss weiter diskutiert werden. Begriffe wie Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) und Leistungsindikatoren sind für Sozialdienstleistungen nicht geeignet. Soziale Dienstleistungen müssen vielleicht gesetzlich als solche anerkannt werden, damit sie eine eindeutige Identität erhalten, dazu würde eine „geeignete und gemäßigte Anwendung der Markt- und Wettbewerbsregeln unter Berücksichtigung des Bedarfs der Nutzer und der Qualität der Dienstleistungen“ gehören. Es gibt im Hinblick auf soziale Dienstleistungen nach wie vor Spannungen zwischen lokalen, regionalen und nationalen Ebenen und der EU-Ebene. Die weitere Beteiligung aller gesellschaftlichen Interessengruppen an der Gestaltung der „Mitteilung über Sozial- und Gesundheitsdienste in der Europäischen Union“ der Kommission bleibt oberstes Gebot.

7. Unternehmen mit Voraussetzungen für die Einsetzung Europäischer Betriebsräte

7.1. Europäische Betriebsräte und EU-Rechtsvorschriften

Die Richtlinie über Europäische Betriebsräte (EBR-Richtlinie) wurde 1994⁷⁷ verabschiedet und soll das Recht der Arbeitnehmer in transnationalen Unternehmen auf Anhörung und Unterrichtung verbessern. Danach müssen transnationale Unternehmen Anhörungs- und Unterrichtsvereinbarungen mit ihrer gesamten europäischen Belegschaft vereinbaren, wenn dies nicht bereits geschehen ist. Der Inhalt dieser Vereinbarungen ist im Prinzip Verhandlungssache zwischen Management- und Arbeitnehmervertretern, zu den Mindestanforderungen bei einer Verhandlungsweigerung der Firmenleitung gehört aber die Vorlage von Jahresberichten an den EBR mit einer Aussage über die geschäftlichen Aussichten des Unternehmens und das Recht auf Unterrichtung über außergewöhnliche Umstände, die die Interessen der Beschäftigten betreffen, z. B. Schließung oder Massenentlassungen.

Die EBR-Richtlinie gilt für Unternehmen⁷⁸ oder Unternehmensgruppen⁷⁹ mit

- mindestens 1000⁸⁰ Arbeitnehmern in den Mitgliedstaaten,⁸¹ und
- jeweils mindestens 150 Arbeitnehmern in mindestens zwei Mitgliedstaaten.

Diese Beschäftigungskriterien stellen eine untere Grenze dar – *Unternehmen, die in diese Kategorien fallen, müssen einen EBR einsetzen*; Unternehmen, die diese Kriterien nicht erfüllen, können sich trotzdem für die freiwillige Einsetzung eines Europäischen Betriebsrates entscheiden. In einer Reihe von Fällen haben Unternehmen diese Entscheidung auch getroffen, entweder im Interesse der industriellen Arbeitsbeziehungen, aus Prestige Gründen (um so ihre europaweite Präsenz zu demonstrieren) oder (im Falle des VK während des Opt-Outs) in der Erwartung der Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung.

7.2. EBR-Voraussetzungen

Unternehmen mit Sozialpflegeaktivitäten in mehr als einem europäischen Land

Unternehmen	Europapräsenz	Anzahl Beschäftigte
Attendo	Schweden, Norwegen, Dänemark	3.000
BUPA Care Homes	VK, (Spanien, Irland)	6.950

Carema	Schweden, Norwegen, Finnland	4.500
ISS Care Partner	Schweden, Norwegen, Dänemark	
Medidep	Frankreich, Belgien	4.000
Orpea	Frankreich, Italien	5.700

7.3. Keine EBR-Voraussetzung

Unternehmen	Anzahl Beschäftigte
Craegmoor Group Ltd	7,500
Four Seasons Gesundheitswesen	19,000
Southern Cross Healthcare Ltd	12.000
Westminster Healthcare/Barchester Health Care Group	12.000 (nach Fusion)
Domus VI	
Medica France	

7.4. Wichtige Übernahmen und Verkauf von Tochtergesellschaften

Unternehmen	Kauf	Verkauf	Jahr
Attendo	Sodexho Partena Care (2001) Capio Elderly Care (2004)	-	2001 2004
BUPA	-	Verkauf von Tochtergesellschaften im Bereich häuslicher Pflege außer Strand Nursing Services	2001/2
Capio	-	Verkauf Altenpflegesparte	2004
Generale de Sante	-	Verkauf von Pflegediensten an DOMUS-VI	2003
ISS	-	Verkauf eines ISS-Aktienanteils von 51% ISS und EQT III-Fonds (EQT) haben Gründung eines Joint Ventures beschlossen; Übernahme von ISS Health Care und ISS CarePartner AB.	2002 2005
Sodexho Partena Care	-	Verkauf an Attendo	2001

7.5. Unternehmen mit EBR oder EBR-Voraussetzungen

7.5.1. Name des Unternehmens: ATTENDO

Attendo Senior Care AB
 Arstaangsvagen 1A
 117 43 Stockholm
 Tel: +46 8 775 7700
 Fax: +46 8 744 1050
www.attendo.se
www.telelarmcare.se
www.attendo.co.uk

Gesamtzahl der Beschäftigten: 3.000

Unternehmensaktivitäten und Strategie

Sparte	Aktivitäten	Länder	Umsatz (SEK)	Beschäftigte
Attendo Systems	Marktprodukte und Systeme (Hausnotruf- und Servicesysteme, Aktivitäts-Validierungssysteme, technischer Dienst, Zubehör) zur Verbesserung der Pflegeeffizienz älterer Menschen und Menschen mit Behinderungen	Nordische Länder, Island, Deutschland, Österreich, Spanien, Schweiz, VK	383m	230
Attendo Response	Entwicklung von Dienstleistungsnormen, die über den Umgang mit Notfällen und der Entgegennahme von Notrufen hinausgehen, d. h. Aufbau von Überwachungszentren, die der organisatorische Mittelpunkt der Patientenpflege und -hilfe werden können.	Dänemark, Schweden, Holland, VK und Frankreich	112m	
Attendo Care	Pflegeheime (für Personen mit hoher Pflegebedürftigkeit), betreutes Wohnen, häusliche Pflege, Spezialdienste und OTC (Over the Counter), wenn das Unternehmen Dienstleistungen "Over the Counter" an Kommunalbehörden oder Privatpersonen verkauft.	Dänemark und Schweden	964,m	2,000+
Gesamtumsatz			1.444m	
Bruttogewinn			300,5m	

Das Unternehmen beschäftigt 3.000 MitarbeiterInnen, seine wichtigsten Aktionäre sind das Investmentunternehmen Saki AB Melker Schorling (ebenfalls im Board von Scandia) und Lars Forberg (über Familie und Unternehmen). Ziel des Unternehmens ist es, Europas führender Anbieter von Pflegeleistungen und Pflegeprodukten zu werden. Attendo hat 2004 den Altenpflegedienst Capio übernommen und ist damit der größte Sozialpflegeanbieter in der nordischen Region geworden. Im Februar 2005 hat die britische Fondsgesellschaft Bridgepoint Europe II, die zur British Bridgepoint Capital Group Limited gehört, einen Mehrheitsanteil an dem

schwedischen Pflegedienstleister Attendo AB erworben.⁸² Bridgepoint Capital Group hat 2003 ebenfalls einen Anteil an dem französischen Pflegedienstleister Medica übernommen.

7.5.2. Name des Unternehmens: Bridgepoint Capital

Bridgepoint Capital Ltd
101 Finsbury Pavement
London EC2A 1EJ
Tel: +44 (0)20 7374 3500
www.bridgepointcapital.com

EBR: NEIN – VORAUSSETZUNGEN?

Strategie und Aktivitäten

Bridgepoint ist ein führender Private Equity Provider mit 25-jähriger Erfahrung in der Investition in Unternehmen mit langfristiger Kapitalwachstumsperspektive. Bridgepoint investiert in Unternehmen durch Management, Durchführung von Buy-outs oder Bereitstellung finanzieller Mittel für weiteres Unternehmenswachstum. Bridgepoint Capital hat mehr als € 5 Milliarden von institutionellen Investoren angelegt. Durch Verkauf von Unternehmensbeteiligungen hat Bridgepoint seit 2000 rund € 2,5 Milliarden an seine Investoren zurückgezahlt. Zu den Investoren gehören staatliche US-Rentenfonds und institutionelle Anleger in Europa und dem Nahen Osten.

Im Portfolio des Fonds befinden sich zurzeit fünf Unternehmen aus dem Gesundheitssektor:

Unternehmen	Aktivitäten	Art der Transaktion	Wert (m)	Datum	Umsatz
Alliance Medical www.alliancemedical.co.uk	Privater Anbieter diagnostischer bildgebender Geräte (VK)	Management-Buyout	€178	2001	€63m
Attendo www.attendo.se	Betreiber von Altenpflegeheimen (Schweden)	Management-Buyout	£245	2005	£275m
Match Group www.match.co.uk	Personalagentur für den Gesundheitssektor (VK)	Management-Buyout	€117	1999	€240m
Medica www.medica-france.com	Betreiber von Altenpflegeheimen (Frankreich)	Management-Buyout	€330	2003	€207
Robinia Care Group www.robinia.co.uk	Betreiber von speziellen Heimen für junge Leute und Erwachsene mit Lernbehinderungen (UK)	Unabhängige Übernahme	€49	2003	€36

Anlässlich der Mitteilung der Übernahme von Attendo AB erklärte Bridgepoint Capital, man wolle „ein aktiver Besitzer sein und das vorhandene umfangreiche Branchenwissen und die Kapitalressourcen nutzen, um dem Management und dem Unternehmen die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen“.⁸³

7.5.3. Name des Unternehmens: BUPA

BUPA
 BUPA House
 Bloomsbury Way
 London WC1A 2BA
www.bupa.com

EBR: NEIN – VORAUSSETZUNGEN?

Anzahl der Beschäftigten: 9.120 (Europa)

Regionale Verteilung (Europa)

Land	Anzahl Beschäftigte
VK	6,950
Irland	170
Spanien	2,000
Gesamt	9.120

Die wichtigsten europäischen Tochtergesellschaften

Unternehmen	Eigentumsanteil	Land	Kontakt	Website	Beschäftigte
Sanitas – Spanien	100%	Spanien	c/via Augusta 13-15, 28042 Madrid Tel: + 902 10 24 00	www.sanitas.es	2.000
BUPA Irland	100%	Irland	12 Fitzwilliam Street, Dublin 2 Tel: (01)662 7662 Fax: (01)662 7672	www.bupa.ir	170
BUPA Hospitals Ltd	100%	VK	Bloomsbury Way, London WC1	www.bupa.com	6.950
BUPA VK Insurance	100%	VUK		www.bupa.com	
BUPA Care Services Ltd	100%	VK		www.bupa.com	
BUPA Childcare Services Ltd	100%	VK		www.bupa.com	
Strand Nurses Bureau Ltd	100%	VK		www.bupa.com	

Unternehmensbeschreibung, Strategie

Pflegedienste zählen seit Mitte der 90er Jahre zu BUPAs größtem Wachstumsmarkt. BUPA Care Services besteht aus drei Tochtergesellschaften: BUPA Nursing Homes Ltd, BUPA Care Services Ltd und Care First Group plc. BUPA betreibt 223 Pflegeheime und 54 Projekte für betreutes Wohnen; 1999 betreute das Unternehmen 26.000 Personen in Pflegeheimen oder im Rahmen häuslicher Pflegeleistungen. BUPA bietet ebenfalls eine Reihe weiterer Pflegedienste und Kinderbetreuung an. 2002/1/2 hat das Unternehmen zahlreiche häusliche Pflegedienste verkauft,

aber das Strand Nursing Bureau behalten, eine Agentur für die Vermittlung von Pflegepersonal, die jetzt auch im Bereich der häuslichen Pflege aktiv ist.

7.5.4. Unternehmensname: CAREMA

Kungsgaten 70 3tr
SE 111 22 Stockholm
Tel: +46 8 617 3900
Fax: +46 8 617 3980
www.carema.se

Gesamtzahl der Beschäftigten: 4.500

Beschreibung des Unternehmens und Strategie

Carema ist ein im Jahre 1996 gegründetes schwedisches Unternehmen und bietet Spezialpflege, Primärpflege, Betreuung älterer Menschen, psychiatrische Dienste, Betreuung von Menschen mit Behinderungen und Personalvermittlung an. Das Unternehmen ist spezialisiert auf den Bereich der integrierten Pflege und aktiv in Norwegen, Schweden und Finnland.

Die Healthcare Business Unit hat drei Geschäftsbereiche

- Der Bereich Primärpflege betreibt 20 Gesundheitszentren in Schweden
- Der Bereich Spezialpflege betreibt spezielle Gesundheitseinrichtungen in lokalen Krankenhäusern und bietet elektive Chirurgie und Rehabilitation unter dem Namen Carema Specialist Healthcare an.
- Rekrutierung (Rent a Doctor, Rent a Nurse, Pflorgeteams).

Alle Sparten arbeiten im Auftrag der Gemeinden, die die Kosten für die Primärpflege zu 100% übernehmen. Die Gemeinden stehen für 90% der Einnahmen der Rekrutierungssparte, die Differenz kommt von Privatunternehmen. Daneben gibt es noch einen sehr begrenzten Zufluss aus privaten Krankenversicherungen und Personen, die ihre eigene Behandlung bezahlen.

Die Nursing Business Unit bietet Hilfe, Dienstleistungen und Pflegeleistungen für Menschen mit körperlichen und mentalen Problemen (Care und Psychiatry) an. Teil der Nursing Business Unit ist auch die Altenpflege. Das Unternehmen ist der größte Anbieter in Schweden, betreut 4.500 Menschen in 40 Zentren und arbeitet unter Vertrag, unter eigenem Management und nach anderen kundenspezifischen Systemen. Die Nursing Business Unit wird von den Gemeinden für ihre Dienstleistungen bezahlt, daraus erwirtschaftet sie 70% ihres Umsatzes. Die Nursing Business Unit ist aktiv in Norwegen, Schweden und Finnland.

Großinvestoren in Carema sind Orkla, Ovriga, Jarla Investeringar AB und die Familie Saven.

	2003	2002	2001
Umsatz	2.356,3 SEK	2.474,8 SEK	2.123,6
Ergebnis vor außerordentlichen Effekten und Goodwill	71,9 SEK	16,5 SEK	-22,5 SEK

Quelle: Carema Jahresbericht 2003

7.5.5. Name des Unternehmens: ISS CARE PARTNER SVERIGE AB

Box 42071
 SE-126 13 Stockholm
 Tel: 08 6816000
www.carepartner.se

Gesamtzahl der Beschäftigten: 4.000

ISS Care Partner Sverige AB wurde gegründet, nachdem ISS 51% der Anteile an den Altenpflegediensten verkauft hatte. Das Unternehmen ist aktiv in Schweden, Norwegen und Finnland. 2004 hat das Unternehmen seine Anteile an seiner finnischen Tochter Care Partner an Medivire verkauft, einem zum Medivire-Konzern gehörenden Unternehmen. Care Partner hat häusliche Pflegeleistungen, Heimpflege und Vorschulbetreuung in Tageszentren in Finnland angeboten – ein Zeichen dafür, dass die Altenpflege zunehmend auch mit der Kinderbetreuung kombiniert wird. Der Medivire-Konzern bietet neben Arbeitsschutz-Serviceleistungen ebenfalls die Vermittlung von Unterkünften an, übernimmt häusliche Pflegedienste und stellt Notruftelefone zur Verfügung. Dies zeigt ebenfalls, dass Sozialpflegedienste mit persönlichen Sicherheitssystemen für ältere Leute kombiniert werden können.

Im Februar 2005 teilte ISS die Gründung eines Joint Ventures mit dem EQT III-Fonds mit, um die Aktivitäten von ISS Health Care zu übernehmen, das zu 100% im Besitz von ISS war. Das Joint Venture übernimmt ebenfalls 100% der Care Partner AB, die zu 49% im Besitz von ISS und zu 51% im Besitz des Managements ist. ISS übernimmt 51% der Anteile von CarePartner AB vom Management, bevor die kombinierten Aktivitäten an das Joint Venture verkauft werden. Diese Transaktion muss allerdings noch von der Kartellaufsicht abgesegnet werden (ISS-Pressemitteilung vom 1. Februar 2005). Die Investmentgruppe EQT wurde 1994 von der Investor AB gegründet, Skandinaviens größter Industrieholding. Sie gehört zum Wallenberg-Konzern.⁸⁴

7.5.6. Name des Unternehmens: MEDIDEP

31 boulevard de La Tour Maubourg
 75007 Paris
 FRANCE
 Tel: 33 1 45 50 31 21
 Fax: 33 1 45 50 39 99
<http://www.medidep.com/>

MEDIDEP

152 avenue de Malakoff
 75116 PARIS
 Mail : infodoc@medidep.com

Gesamtzahl der Beschäftigten: 4.000

Aufschlüsselung der Beschäftigten (Vollzeit-Äquivalent) 2003

	Manager	Techniker	Angestellte	Gesamt
Altenpflegeheime (EHPAD)	102	451	1628	2183
Kliniken	163	391	956	1509
Häusliche Pflege	34	86	81	201
Medidep-Holding	12	0	10	22
Gesamt	312	928	2675	3914

Quelle: Medidep-Jahresbericht 2003: 36

Beschreibung des Unternehmens und Strategie

Medidep wurde 1992 gegründet und konnte zwischen 1998 und 2002 durch die Übernahme von 142 Heimen weiter expandieren. Das Unternehmen hat ebenfalls drei Heime in Belgien übernommen. 2004 waren 94 Zentren mit 50.000 BewohnerInnen in Betrieb.

Als der Gründer Pierre Austruy 2003 in den Ruhestand ging, gab es auch eine Veränderung der Besitzverhältnisse. ORPEA, ein weiteres führendes Unternehmen im Pflegemarkt, wurde ein bedeutender Aktionär (29%), Fidelity Investments übernahmen 5% Aktienanteile.

Es gibt drei Hauptgeschäftsbereiche:

- Kliniken für Reha und Psychiatrie
- EHPAD (Altenpflegeheime)
- Häusliche Pflege, 17 Homecare-Netzwerke

Der Medidep-Konzern hat am 18. April 2002 einen einheitlichen Kollektivvertrag (CCU - Convention Collective Unique) unterzeichnet, der anfänglich für Kliniken galt, nach der Vereinbarung vom 10. Dezember 2002 aber nicht für Altenpflegeheime. Medidep favorisiert eine Vergütung nach dem „Leistungsbonus-Prinzip“ in Verbindung mit der Erfüllung qualitativer und quantitativer Ziele, die zu Beginn jedes Jahres festgelegt werden“. (Jahresbericht 2003, S.39)

Medidep hat FORMADEP gegründet, ein Ausbildungszentrum für die Beschäftigten von Medidep. Das Unternehmen nennt drei Gründe, warum es so viel Wert auf die Ausbildung legt: Personalknappheit im Pflegebereich, konstante Änderungen im Hinblick auf die technische Natur der Pflegedienstleistungen und die hohe Beanspruchung durch bestimmte Aufgaben und durch die psychologische Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebenswegs. (Medidep Jahresbericht 2003, S.38)

7.5.7. Name des Unternehmens: ORPEA

Groupe ORPEA
1-3, rue Bellini
92806 PUTEAUX Cedex
Frankreich
Tel.: 01 47 75 78 07
www.orpea.com

Anzahl der Beschäftigten: 5.700

Strategie und Aktivitäten

Orpea ist der größte private Anbieter für Sozialpflegedienste in Frankreich und betreibt 106 Heime und Kliniken mit 10.017 Betten. Vor kurzem hat das Unternehmen ein Pflegeheim in Italien (Ancona) übernommen, es laufen Verhandlungen über den Erwerb einer weiteren Einrichtung im Piemont.⁸⁵

8. Anhang A: Empfehlungen

Die von der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen durchgeführten Studien über die Entwicklung von hochwertigen öffentlichen Sozialpflegediensten in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten lassen den Schluss zu, dass folgende Punkte zu qualitativ hochwertigen Ergebnissen führen werden:

- **Am Benutzer** ausgerichtete Dienstleistungen und aktive Förderung der Beteiligung der Benutzer an Entscheidungsprozessen;

- Partizipation der Benutzer und des Personals an **Qualitätssystemen** und an der organisatorischen Entwicklung;
- Qualitätssysteme, die **flexibel** sind, adaptiert werden können und der lokalen Bedarfssituation entsprechen;
- Qualitätsinitiativen, die die unterschiedlichen **Bedürfnisse** oder Fähigkeiten der Benutzer berücksichtigen;
- Qualitätsrahmen, die organisatorische Flexibilität zulassen und somit unterschiedliche Bedarfs- und Kontextsituationen berücksichtigen;
- Qualität als zielführende Größe für die Organisation, nicht als eine von Kostenkriterien zu bestimmende Größe;
- Leistungsziele und Evaluierung sollten qualitatives und quantitatives Feedback ermöglichen;
- Adäquate Zeit- und Ressourcenkontingentierung zur Einführung benutzerorientierter Qualitätssysteme;
- Koordinierte und **integrierte Mechanismen der Dienstleistungserbringung**, die die Nachfrage in kreativer und vielfältiger Weise befriedigen können;
- Kontinuität in der Erbringung und Finanzierung von Dienstleistungen;
- **Partnerschaften** zwischen Dienstleistern, Finanzierungsagenturen, Interessengruppen und Sozialpartnern;
- **Innovationskultur** innerhalb der Dienstleistungsorganisationen, die sich flexibel auf veränderte Bedürfnisse und Anforderungen einstellt;
- Effektive **Evaluierungssysteme** mit Feedbackmechanismen;
- **Hoch qualifiziertes Personal**, das kompetent auf sich ändernde Benutzeranforderungen reagieren kann und entsprechend organisatorische Anpassungen selbst durchführt;
- Dienste, die in die **Ausbildung und Partizipation** des Personals und auch in die Partizipation und die Teilnahme der Benutzer an Entscheidungsprozessen investieren;
- **Chancengleichheit** zwischen Männern und Frauen, damit die Rolle der Frauen als Pflegepersonal und/oder die frauenspezifischen Pflege- oder Beschäftigungsanforderungen nicht vernachlässigt werden.

Europäische Stiftung für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen

Studie über öffentliche soziale Dienstleistungen in Europa

http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/quality.htm#1

¹ Trydefard G-B, Thorslund M. (2001) Inequality in the welfare state? Local variation in the care of the elderly – the case of Sweden International Journal of Social Welfare 10:174-184.

² Savolainen S. (2004) Erfahrungen mit der Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen in Schweden. Finnland: KTV

³ Trydefard G-B (2003) Swedish Care Reforms in the 1990s and their consequences for the Elderly Paper presented to STAKES, Finland

⁴ Trydefard, 2003

⁵ Lewinter M. (2004) Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution International Journal of Social Welfare 13:89-96

⁶ Pollock A (2004) NHS plc The Privatisation of Our Health Care London: Verso

⁷ Pollock, 2004

⁸ Lewinter, 2004

⁹ Lewinter, 2004

¹⁰ Ungerson C. (2003) Commodified care work in European Labour Markets European Societies 5(4):377-396

¹¹ Ungerson, 2003

¹² Jenson J. (2002) 'Paying for Caring The Gendering Consequences of European Care Allowances for the Frail Elderly' in Women's Work is Never Done Comparative Studies in Caregiving, Employment and Social Policy Reform (ed.) S.Bashevkin New York: Routledge, 2002

- ¹³ Ungerson, 2003
- ¹⁴ Ungerson, 2003
- ¹⁵ Jensen, 2002
- ¹⁶ Go K. (1998) The introduction of market mechanisms for long term care services – an international comparison with implications for Japan NLI Research Institute www.nli-research.co.jp/eng/resea/life/li9804.html
- ¹⁷ Kore J. (2002) Possibilities for integration of health and welfare services in Estonia in liberal political and economic circumstances Paper presented at Eurofound Conference Public Social Services 200
- ¹⁸ Cohen B., Moss P., Petrie P., and Wallace J. (2004) A New Deal for Children Re-forming education and care in England, Scotland and Sweden Bristol: The Policy Press
- ¹⁹ Cohen et al. 2004
- ²⁰ Office for National Statistics ONS (2003) Provision for children under five years of age in England January 2003 London DFES
- ²¹ Cohen et al. 2004
- ²² Cameron C., Candappa M., McQuail S., Mooney A., Moss P., Petrie P.(2003) The Workforce Early Years and Childcare International Evidence Project/October 2003 London: Department of Education and Skills
- ²³ Cameron et al, 2003
- ²⁴ Cameron et al, 2003
- ²⁵ Kofman E. (2004) Gendered migrations, livelihoods and entitlements in the European Union Paper prepared for UNRISD submission to Beijing +10
- ²⁶ Yeates N. (2004) Global care chains: critical reflections and lines of enquiry International Feminist Journal of Politics 6(3):369-391
- ²⁷ 'Britain touts for cheap labour from Poland' Nicholas Hellen and Justin Sparks Sunday Times 25 April 2004
- ²⁸ Anderson B. and Rogaly B. (2005) Forced Labour and Migration in the UK Study prepared by Compas in collaboration with the Trades Union Congress
- ²⁹ Laing, William (2002) **Calculating a fair price for care: A toolkit for residential and nursing care costs** London: The Policy Press
- ³⁰ Savolainen, 2004
- ³¹ Ungerson, 2003
- ³² Anderson and Rogaly, 2005
- ³³ Centre for Public Services (1997) Undervalued work, underpaid women – women's employment in care homes Report commissioned by the Fawcett Society
- ³⁴ Anderson and Rogaly, 2005
- ³⁵ Ungerson, 2003
- ³⁶ Ungerson, 2003
- ³⁷ Simon A., Owen C., Moss P., and Cameron C. (2003) Mapping the Care Workforce: Supporting joined up thinking Secondary analysis of the Labour Force Survey for childcare and social work A study for the Department of Health London: Institute of Education
- ³⁸ Ungerson, 2003
- ³⁹ Jensen, 2002
- ⁴⁰ Ungerson, 2003
- ⁴¹ Savolainen, 2004
- ⁴² Lewinter. 2004
- ⁴³ Cameron et al, 2003
- ⁴⁴ Cohen et al, 2004
- ⁴⁵ Ungerson, 2003
- ⁴⁶ Cameron et al, 2003)
- ⁴⁷ Cameron et al, 2003
- ⁴⁸ Savolainen, 2004
- ⁴⁹ Centre for Public Services, 1997
- ⁵⁰ Cohen et al, 2004
- ⁵¹ Anttonen A. (2001) The politics of social care in Finland: Child and elder care in transition in Daly M.(ed) (2001) Care Work The quest for security Geneva: International Labour Office
- ⁵² Daly M. and Lewis J. (2000) The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states British Journal of Sociology 51(2): 281-298

- ⁵³ Trydefard, 2001
- ⁵⁴ Trydefard, 2001
- ⁵⁵ Lewinter, 2004
- ⁵⁶ Trydegard, Thorslund, 2001
- ⁵⁷ Department of Health (2003) *Community Care Statistics 2002: Home care* London: Department of Health
- ⁵⁸ Pollock, 2004
- ⁵⁹ Peterborough Evening Telegraph August 18, 2004; Daily Record May 6, 2004; Manchester Evening News April 13, 2004 Pg. 15 Home probe after death of heart attack dad by John Scheerhout.
- ⁶⁰ Manchester Evening News April 2, 2003 p. 10 Care home attacked over 'major problems': by Tim Stafford
- ⁶¹ Centre for Public Services (2004) Modernising Public Services? Evidence from the frontline Sheffield: Centre for Public Services.
- ⁶² Land H. (2003) Leaving Care to the Market and the Courts Paper presented at the ESPAnet Conference Changing European Societies – The Role for Social Policy 13-15 November 2003
- ⁶³ Social Services Inspectorate (SSI), zitiert in Land, 2003
- ⁶⁴ The Guardian, 4. August 2004
- ⁶⁵ http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/transfer.htm
- ⁶⁶ Rostgaard T. (2002) Caring for Children and Older People in Europe – A Comparison of European Policies and Practices Policy Studies 23(1):51-68
- ⁶⁷ Beschäftigungspolitische Strategie der EU 1997
- ⁶⁸ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001d): Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. KOM(2001) 723 endg. vom 5.12.2001
- ⁶⁹ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002) Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Vorschlag über einen gemeinsamen Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“, Brüssel 3.1.2003 KOM(2002) 774 endg.
- ⁷⁰ http://www.age-platform.org/AGE/article.php3?id_article=93
- ⁷¹ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004), Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Reform und Modernisierung der Gesundheitsversorgung, der Langzeitpflege und des Sozialschutzes: Unterstützung für die nationalen Strategien mit Hilfe der „offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen“, Brüssel 20.4.2004 KOM(2004) 304 endg.
- ⁷² Pollock (2003) *BMJ* 2003;326:236-237 (1 Februar)
- ⁷³ Land, 2003
- ⁷⁴ European Public Health Alliance EPHA (2004) Study on legal implications of services directive www.ephha.org
- ⁷⁵ Während der Präsentation der Initiative der Kommission für die Wiederbelebung der Lissabonner Strategie (Quelle CELSIG, Agence Europe)
- ⁷⁶ Konferenz „Soziale Dienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union – Bewertung der Besonderheiten, des Potenzials und des Bedarfs“, Brüssel 28./29. Juni 2004
- ⁷⁷ Die Richtlinie 94/45/EG wurde von allen EU-Mitgliedstaaten außer dem VK am 22. September 1994 nach Artikel 2(2) des Sozialkapitels verabschiedet und galt später auch für den Rest des Europäischen Wirtschaftsraums (Norwegen, Liechtenstein und Island). Die Frist für ihre nationale Umsetzung in den Mitgliedstaaten lief am 22. September 1996 aus. Die ursprüngliche Richtlinie gilt seit Dezember 1997 mit Richtlinie 97/74/EG auch für das VK.
- ⁷⁸ Die Anforderungen beziehen sich auf „Unternehmen“, dieser Begriff kann Partnerschaften, andere Formen der Organisation und auch Firmen beinhalten. <http://www.dti.gov.uk/er/consultation/ewcover2.htm>
- ⁷⁹ Eine Unternehmensgruppe (Unternehmen) beinhaltet ein herrschendes Unternehmen und abhängige Unternehmen („übt einen beherrschenden Einfluss aus über“), ob aufgrund von Eigentum, finanzieller Beteiligung oder sonstiger Bestimmungen, die die Tätigkeit des Unternehmens regeln.
- ⁸⁰ Auf Grundlage der durchschnittlichen Beschäftigtenzahl einschließlich Teilzeitkräften, beschäftigt während der letzten zwei Jahre und berechnet entsprechend den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder

Gepflogenheiten Gesetzgebung oder Praxis. http://europa.eu.int/comm/employment_social/social/dial/labour/directive9445/9445euen.htm

⁸¹ Mitgliedstaaten „bedeuten die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Sinne der EBR-Richtlinie sind seit 1996 auch die anderen Länder des Europäischen Wirtschaftsraums mit eingeschlossen (Norwegen, Liechtenstein und Island). Das VK hat sich bis Dezember 1997 nicht an der Richtlinie beteiligt. Von 1995 bis 2003 hatte die EU 15 Mitglieder (Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Spanien, Schweden und VK, weitere 10 Staaten werden voraussichtlich 2004 beitreten.

⁸² www.attendo.nl; <https://www.sparnord.dk/investering/nyheder/news/nPRWP14.text>

⁸³ Pressemitteilung www.bridgepoint-capital.com

⁸⁴ <http://www.eqt.se/>

⁸⁵ Regis Mayer, Senioractu.com, 14 October 2004