

## Die künftige EU-Pflegepolitik vor großen sozialen Herausforderungen

### Vorschläge zur Stärkung der informellen Pflege

Marco Mazzone und Patrick Stockebrandt



© shutterstock/Lebid Volodymyr

Die Bevölkerung Europas wird immer älter. Auch deshalb geraten die europäischen Pflegesysteme in den kommenden Jahren dramatisch unter Druck und stehen vor großen gesellschaftspolitischen Herausforderungen und Finanzierungsproblemen. Das Rückgrat des gesamten Systems bildet dabei die sogenannte informelle Pflege – d.h. die Pflege durch Verwandte oder Bekannte in der häuslichen Umgebung. Sie macht über 80% der Pflege in ganz Europa aus. Wenn weniger Erwerbstätige mehr Pflegebedürftige versorgen müssen, hat dies Rückwirkungen auf die Finanzierung sowie die Einkommens- und Zeitverwendungsentscheidungen der Haushalte. Die Pflegepolitik ist von hoher volkswirtschaftlicher Bedeutung und wird sich bis tief in den Alltag vieler Menschen hinein auswirken.

Die EU will ihre Pflegepolitik nun erneuern. Hierfür wird die Kommission am 7. September eine umfassende EU-Pflegestrategie verkünden. Dabei steckt die EU in einem Dilemma, denn Pflege ist im Grundsatz Sache der Mitgliedstaaten. Dies ist aufgrund unterschiedlicher, länderspezifischer Präferenzen auch sachgerecht. Die Kommission muss die Kompetenzen der Mitgliedstaaten achten und trotzdem Maßnahmen vorschlagen, die die Pflegesysteme substanziell unterstützen können. Das cep hat Impulse für die künftige EU-Pflegepolitik herausgearbeitet und schlägt zur Stärkung der informellen Pflege folgende Maßnahmen vor:

- ▶ **Unterstützungsleistungen:** EU-Bürger wissen oft nicht über mögliche (finanzielle) Unterstützung der Mitgliedstaaten Bescheid, sodass Leistungen nicht abgerufen werden. Es besteht insofern Informationsbedarf, der auf EU-Ebene durch entsprechende mehrsprachige Informationsportale gedeckt werden sollte.
- ▶ **Vereinbarkeit von Beruf und Familie:** Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat sich die Arbeitswelt verändert. Die Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige [(EU) 2019/1158] sollte dahingehend weiterentwickelt werden, dass flexiblere Erwerbs- und Arbeitszeitmodelle im Pflegefall ermöglicht werden.
- ▶ **Einheitliche Definitionen und Politikevaluation:** Die Mitgliedstaaten sollten sich im Rat auf eine gemeinsame Definition der informellen Pflege einigen, die in Form einer rechtsunverbindlichen Empfehlung verabschiedet werden kann. Dies respektiert die Kompetenzen der Mitgliedstaaten, ermöglicht jedoch gleichzeitig, dass messbare Ziele auf EU-Ebene vereinbart werden können. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Unterstützung der pflegenden Angehörigen und deren Rückkehr auf den Arbeitsmarkt gelegt werden.
- ▶ **Best Practice:** Die Mitgliedstaaten sollten von Vorreitern in der Pflege lernen können. Daher muss die EU den Austausch zwischen den Mitgliedstaaten untereinander und mit Drittstaaten forcieren. So können bewährte Praktiken ausgetauscht und EU-weit implementiert werden. Hierfür kann und sollte die EU unterstützende Ressourcen zur Verfügung stellen, z. B. auch für den Aufbau von Informations- und Lernplattformen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen .....</b>	<b>4</b>
2.1	Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen .....	4
2.2	Verschiedene Pflegeformen und Definition für „informelle Pflege“ .....	6
2.3	Opportunitätskosten und Herausforderungen im Bereich informeller Pflege .....	7
2.4	EU-Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten .....	8
<b>3</b>	<b>Impulse für eine künftige EU-Pflegepolitik .....</b>	<b>10</b>
3.1	Vereinbarkeit von informeller Pflege, Beruf und Privatleben.....	10
3.2	Gemeinsame Definition und Ziele .....	12
3.3	Von Vorreitern in der Pflege lernen .....	14
<b>4</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>15</b>

## 1 Einleitung

Die Pflege von Menschen ist gerade in einer alternden Gesellschaft eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung mit verschiedenen sozial-, arbeitsmarkt- und finanzpolitischen Dimensionen. Eine pflegebedürftige Person in der EU wird aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen künftig von einer noch geringeren Personenanzahl versorgt werden müssen. Es steigt damit auch die Wahrscheinlichkeit, dass jeder Einzelne als Pflegeperson tätig werden muss.<sup>1</sup>

Auch die COVID-19-Pandemie hat offenbart, dass europäische Pflegesysteme gestärkt werden müssen.<sup>2</sup> So sahen und sehen sich Pflegekräfte mit enormen Arbeitsbelastungen und Personalmangel konfrontiert. Dies trifft nicht nur auf die Situation in den Krankenhäusern zu, sondern auch in der Altenpflege und der häuslichen Pflege. Darunter leiden Pflegekräfte, Pflegebedürftige und deren Angehörige gleichermaßen.

Vor allem aufgrund der Entwicklung einer alternden europäischen Gesellschaft<sup>3</sup>, gepaart mit einem Fachkräftemangel in den Pflegesystemen<sup>4</sup> und einer angespannten Finanzierungsgrundlage<sup>5</sup>, besteht akuter Handlungsbedarf in der gesamten EU. Die Mitgliedstaaten sehen sich mit der immensen Aufgabe konfrontiert, eine bedarfsgerechte und humane Pflege mit knappen Pflegeressourcen zu organisieren. Eine europäische Pflegestrategie, die resilientere und nachhaltige Pflegesysteme in den Mitgliedstaaten unterstützt, ist daher gesellschaftspolitisch wichtiger denn je.

Die EU-Kommission will – voraussichtlich am 7. September – eine umfassende europäische Strategie für Pflege und Betreuung verabschieden.<sup>6</sup> In der dazugehörigen Mitteilung will sie vor allem darlegen, wie Verfügbarkeit, Zugang, Erreichbarkeit und Qualität von Pflege- und Betreuungsleistungen verbessert werden können.<sup>7</sup>

Die Pflegesysteme werden jedoch auf nationaler Ebene konzipiert. Dies ist aufgrund unterschiedlicher, länderspezifischer Präferenzen auch sachgerecht. Die EU-Kommission muss die nationale Zuständigkeit der Mitgliedstaaten achten und trotzdem Maßnahmen vorschlagen, die die Pflegesysteme substanziell unterstützen können und die im besten Fall dabei helfen, diese resilienter zu machen.<sup>8</sup>

Dabei kann Pflege grundsätzlich durch (Fach-)Personal in Krankenhäusern, Seniorenheimen, Rehabilitationseinrichtungen oder in der ambulanten (häuslichen) Umgebung erfolgen [„formelle“ Pflege],<sup>9</sup>

---

<sup>1</sup> Siehe UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 5. Letzter Abruf aller Quellen: 30.08.2022.

<sup>2</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 12.

<sup>3</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 10.

<sup>4</sup> Alleine im Zeitraum 2018 bis 2030 werden 11 Millionen neu ausgebildete oder aus anderen Ländern kommende Fachkräfte im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung in der EU-27 benötigt. Siehe Grubanov Boskovic et al. (2021), [Healthcare and long-term care force. Demographic challenges and the potential contribution of migration and digital economy](#), S. 17.

<sup>5</sup> Einige europäische Länder haben die Notwendigkeit der nachhaltigen Finanzierung der Pflegesysteme erkannt und Reformen angestoßen. Siehe dazu beispielsweise Kraus et al. (2020), [Pflegesysteme im internationalen Vergleich](#), in: Jacobs et al. (Hg.), Pflege-Report 2020, S. 36.

<sup>6</sup> Siehe Europäische Kommission (2021), [Arbeitsprogramm der Kommission 2022](#), S. 3. Im Vorfeld wurde bereits eine Konsultation durchgeführt, deren Ergebnisse [hier](#) abrufbar sind. Siehe hierzu auch die [„Aufforderung zur Stellungnahme zu einer Initiative“](#), [Ares\(2022\)1514879](#) – im Folgenden „Kommissionsdokument“.

<sup>7</sup> Kommissionsdokument, S. 3.

<sup>8</sup> Siehe auch Kommissionsdokument, S. 3.

<sup>9</sup> Siehe Eurofound (2020a), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#), S. 3.

aber eben auch „informell“, d.h. durch Verwandte oder Bekannte.<sup>10</sup> Letztere ist aus verschiedenen Gründen immens wichtig: Während in den Mitgliedstaaten (EU-27) im Jahr 2019 etwa 6,3 Millionen Personen in der formellen Langzeitpflege beschäftigt waren, nahmen 44 Millionen Personen regelmäßig – d.h. mehr als zwei Mal pro Woche – informelle Pfl egetätigkeiten für Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde wahr.<sup>11</sup> Informelle Pflegepersonen machen dabei über 80% der Pflege in ganz Europa aus.<sup>12</sup> Diese Zahlen unterstreichen, dass der überwiegende Anteil der Pflege in Europa bisher informell erfolgt.<sup>13</sup>

Dieser cepInput will für den Bereich der sogenannten informellen<sup>14</sup> Langzeitpflege von älteren Menschen Impulse für die künftige europäische Pflegepolitik geben, insbesondere zur Verbesserung der Situation der informellen Pflegepersonen und der informellen Pflege insgesamt. Diese betreffen (1) die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, (2) gemeinsame Definitionen und Ziele sowie (3) das Lernen von Vorreitern.

## 2 Grundlagen

### 2.1 Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen

#### Allgemeine Entwicklung

Die demographischen Prognosen lassen keinen Zweifel an einer erheblichen Alterung der europäischen Bevölkerung.<sup>15</sup> Dies ist auf eine höhere Lebenserwartung<sup>16</sup> und weniger Geburten zurückzuführen.<sup>17</sup> So wird davon ausgegangen, dass die Anzahl von Menschen in der EU im Alter von 65 Jahren und älter von 92,1 Millionen im Jahr 2020 auf 130,2 Millionen im Jahr 2050 ansteigen wird.<sup>18</sup> Gleichzeitig lag die Geburtenrate im Jahr 2020 in der EU-27 bei durchschnittlich 1,5 Kindern pro Frau.<sup>19</sup> Dies unterschreitet erheblich eine Geburtenrate von 2,1 Kinder pro Frau<sup>20</sup>, die notwendig ist, um die Bevölkerungsgröße konstant zu halten.<sup>21</sup> Daraus resultiert nicht nur eine insgesamt schrumpfende europäische Gesellschaft (auch mit Blick auf Personen im erwerbsfähigen Alter<sup>22</sup>), sondern ebenso eine,

<sup>10</sup> Ebd.

<sup>11</sup> Ebd., S. 7.

<sup>12</sup> Siehe Eurocarers (2018), [Enabling carers to care – An EU Strategy to support and empower informal Carers](#).

<sup>13</sup> Zudem besteht – wohl nicht nur in Deutschland – eine starke Präferenz, im Fall der Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt zu werden; siehe Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017), [Wie möchten die Deutschen im Alter gepflegt werden? – Ein Interview](#). Idealerweise besteht die Freiheit der individuellen Wahl zwischen informeller und formeller Pflege. Resiliente Pflegesysteme sollten durch eine effiziente Verteilung der (knappen) Ressourcen grundsätzlich beides ermöglichen.

<sup>14</sup> In dieser Analyse werden häusliche und private Pflege als Synonyme für informelle Pflege verwendet.

<sup>15</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 10 f.

<sup>16</sup> Ebd., S. 4 f.

<sup>17</sup> Ebd., S. 8 f.

<sup>18</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 18. Die Alterung der europäischen Gesellschaft manifestiert sich im Besonderen durch den Anstieg von Menschen im Alter von 80 Jahren und älter von 26,6 Millionen im Jahr 2020 um 88% auf 49,9 Millionen im Jahr 2050; siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 18.

<sup>19</sup> Statistisches Bundesamt (2022), [Das erste Kind kommt immer später, sinkende Geburtenziffern](#).

<sup>20</sup> Ohne Berücksichtigung von Migration.

<sup>21</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 8.

<sup>22</sup> Zwischen 20-64 Jahre.

die sich zunehmend aus älteren Menschen zusammensetzt.<sup>23</sup> Dies geht statistisch mit einem erhöhten Krankheitskosten- und Pflegefallrisiko einher.<sup>24</sup> Aufgrund des demographischen Wandels wird auch eine substantielle Zunahme der Pflegefälle prognostiziert. Als ein Beispiel lässt sich Deutschland nennen, wo – je nach Entwicklung der Lebenserwartung – die Zahl der Pflegebedürftigen massiv ansteigen wird. Waren im Jahr 2020 4,6 Millionen Menschen pflegebedürftig, so werden für das Jahr 2060 – unter der Annahme, dass die Lebenserwartung relativ stark steigt – bis zu 8,3 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert.<sup>25</sup>

### Zunehmende Individualisierung

Darüber hinaus kann eine zunehmende Individualisierung festgestellt werden, die sich beispielsweise am Haushaltsstrukturwandel manifestiert: Während die Anzahl der Haushalte in der EU zunimmt, geht die Haushaltsgröße im Durchschnitt zurück.<sup>26</sup> Im Zeitraum von 2010 bis 2019 ist in der EU-27 die Anzahl der Haushalte um 13 Millionen gestiegen.<sup>27</sup> Davon waren im Jahr 2019 ein Drittel Einpersonenhaushalte – Tendenz steigend.<sup>28</sup> Folglich werden zunehmend Personen über 65 Jahren in Einpersonenhaushalten wohnen.<sup>29</sup> Familien werden demnach zunehmend räumlich getrennt wohnen. Dies wiederum kann bedeuten, dass die häusliche (Langzeit-)Pflege in einem geringeren Maß von den Angehörigen geleistet werden kann.<sup>30</sup>

### Steigende Mobilität

Zusätzlich sind Effekte der zunehmenden Mobilität, der Migration aus Drittstaaten und der Freizügigkeit zwischen den Mitgliedstaaten festzustellen. Dies kann zwar dabei helfen, dem Rückgang der Bevölkerungsgröße und der fortschreitenden Alterung einer Gesellschaft entgegenzuwirken. Jedoch können Regionen auch vom gegenteiligen Effekt betroffen sein. Diese Entwicklung ist insbesondere für abgelegene und ländliche Gegenden problematisch, in der es zunehmend an einer bedarfsgerechten Abdeckung an Pflegemöglichkeiten mangelt.<sup>31</sup>

---

<sup>23</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 10 f.

<sup>24</sup> Kochskämper (2017), [Alternde Bevölkerung: Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung](#), S. 5.

<sup>25</sup> Siehe Barmer-Pflegereport (2021), [Grafiken](#), Grafik 1: Zahl der Pflegebedürftiger steigt rasant. So wird auch eine Zunahme von Demenzerkrankungen in allen Mitgliedstaaten prognostiziert, siehe Alzheimer Europe (o. D.), [Prevalence of dementia in Europe](#). Gerade hiermit geht gewöhnlicherweise eine hohe Pflegeintensität einher.

<sup>26</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 11.

<sup>27</sup> Ebd.

<sup>28</sup> Ebd. Dies ist ein entsprechender Zuwachs von 19% im Vergleich zu 2010.

<sup>29</sup> Ebd.

<sup>30</sup> Die Bereitschaft und Verpflichtung, Angehörige zu pflegen, hat eine starke kulturelle Komponente und unterscheidet sich zwischen den Mitgliedstaaten teils erheblich. Sie wird außerdem von der Organisation des Pflegesystems in den entsprechenden Mitgliedstaaten geprägt, was wiederum maßgeblich durch das sogenannte Wohlfahrtsstaatsmodell beeinflusst ist. Hierbei lassen sich sozialdemokratische, konservative, mediterrane und liberale Wohlfahrtsstaaten differenzieren, die dem Staat und/oder der Familie oder dem Markt eine entscheidendere Rolle zuschreiben. Siehe dazu zum Beispiel Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz der Republik Österreich (2019), [Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen](#), S. 29-82 oder Kraus et al. (2020), [Pflegesysteme im internationalen Vergleich](#), in: Jacobs et al. (Hg.), Pflege-Report 2020, S. 23-37. In manchen Mitgliedstaaten besteht sogar die Verpflichtung, informelle Pflege für Familienangehörige zu leisten. Siehe dazu Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 78.

<sup>31</sup> Siehe insgesamt Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 19.

## Weitere Entwicklungen

Frauen übernehmen weiterhin den überwiegenden Teil der informellen Pflege.<sup>32</sup> Zugleich ist die Frauenerwerbsquote in den vergangenen Jahren signifikant gestiegen.<sup>33</sup> Insofern werden auch diese Entwicklungen Auswirkungen auf die informelle Pflege haben. Darüber hinaus wird die steigende Nachfrage nach fähigem Personal, vor allem im formellen Langzeitpflegebereich, aufgrund des Fachkräftemangels, derzeit wohl auch nicht erfüllt werden können.<sup>34</sup>

## 2.2 Verschiedene Pflegeformen und Definition für „informelle Pflege“

### Abgrenzung verschiedener Pflegeformen

Die Pflege von Personen kann zeitlich begrenzt oder auch über einen längeren Zeitraum erfolgen. Des Weiteren betrifft sie Personen jeglichen Alters, die unter körperlichen und geistigen Einschränkungen oder Behinderungen leiden und zur Alltagsbewältigung auf Unterstützung angewiesen sind.<sup>35</sup> Unter den Pflegebegriff fällt nicht zuletzt auch die Kinderbetreuung, weshalb diese auch von der europäischen Pflegestrategie abgedeckt sein wird.<sup>36</sup>

Obwohl Personen altersunabhängig von Pflege betroffen sein können, steigt infolge des demographischen Wandels signifikant der Bedarf der Langzeitpflege insbesondere mit dem Alter.<sup>37</sup> Dabei kann Pflege durch (Fach-)Personal in Krankenhäusern, Seniorenheimen, Rehabilitationseinrichtungen oder in der ambulanten (häuslichen) Umgebung erfolgen. Dies wird als „formelle“ Pflege bezeichnet.<sup>38</sup> Die Pflege kann aber auch „informell“, d.h. durch Verwandte oder Bekannte, erfolgen.<sup>39</sup>

### Definition der „informellen Pflege“

Mit Blick auf den Begriff „informelle Pflege“ gibt es bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen. Dabei ist zu beachten, dass das Verständnis von „informeller Pflege“ maßgeblich von Land und Kultur geprägt ist.<sup>40</sup> Denn in manchen Mitgliedstaaten wird erwartet bzw. ist es eine Selbstverständlichkeit, dass sich die Familie um die häusliche Pflege der Angehörigen kümmert.<sup>41</sup> Dabei kann informelle Pflege auch durch Altruismus und Reziprozität motiviert sein<sup>42</sup> und zusätzlich zur Familie auch durch Freunde, Nachbarn oder andere Personen erfolgen.<sup>43</sup> Ein enges (emotionales) Verhältnis zwischen der zu

<sup>32</sup> Siehe hierzu auch sogleich Abschnitt 2.2.

<sup>33</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 19.

<sup>34</sup> Siehe [Bericht der Kommission \(2020\) an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Auswirkungen des demografischen Wandels](#), S. 22.

<sup>35</sup> Siehe Eurofound (2020a), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#), S. 3.

<sup>36</sup> Siehe Kommissionsdokument, S. 1.

<sup>37</sup> Siehe Eurofound (2020a), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#), S. 3. Der Anteil pflegebedürftiger Personen steigt stark mit dem Alter an. Siehe dazu Zahlen aus Deutschland: Demografieportal (o. D.), [Altersspezifische Pflegequoten](#).

<sup>38</sup> Siehe Eurofound (2020a), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#), S. 3.

<sup>39</sup> Ebd.

<sup>40</sup> Siehe Zigante (2018), [Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality](#), S. 10.

<sup>41</sup> Ebd.

<sup>42</sup> Ebd.

<sup>43</sup> Siehe UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 3.

pflegenden Person und der informellen Pflegeperson<sup>44</sup> ist charakteristisch für dieses Pflegearrangement.<sup>45</sup> In der Regel haben informelle Pflegepersonen auch keine entsprechende berufliche Ausbildung oder Qualifikation.<sup>46</sup>

Zu den typischen Aufgaben informeller Pflegepersonen gehört die persönliche Pflege, samt der Organisation und Überwachung der Einnahme von Medikamenten, aber vor allem auch die Erledigung von Dingen des Alltags, wie Einkaufen gehen, die Wäsche waschen und den Pflegebedürftigen Gesellschaft leisten. Sich selbst als informelle Pflegeperson zu identifizieren ist insofern für Familienangehörige schwierig, da sie meist alltägliche Leistungen erbringen.<sup>47</sup>

Dies alles lässt erahnen, dass das Aufstellen einer EU-weiten Definition der informellen Pflege eine Herausforderung darstellt. Sie wird jedoch benötigt, damit sich dahingehende europäische (Pflege-) Ziele sinnvoll definieren, Pflegebedarfe ermitteln und sodann auch verifizieren lassen.<sup>48</sup>

Vorliegend wird die informelle Langzeitpflege von alten Menschen als solche verstanden, die von Familienangehörigen in der Regel auf unbezahlter Basis und im häuslichen Umfeld für einen längeren Zeitraum<sup>49</sup> ausgeführt werden und ohne die die zu pflegende Personen nicht in der Lage wären, ihren Alltag zu meistern.

### 2.3 Opportunitätskosten und Herausforderungen im Bereich informeller Pflege

In vielen Mitgliedstaaten müssen strenge Voraussetzungen erfüllt sein, bevor eine öffentlich finanzierte Langzeitpflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden kann.<sup>50</sup> Die informelle Pflege ist dann eine prima facie „kostengünstigere“ Alternative für den Einzelnen, sei es für die pflegebedürftige Person oder für die informellen Pflegepersonen – vor allem pflegende Angehörige –, aber aus aggregierter Sicht auch für die Gesellschaft.

Individuell betrachtet muss dies nicht der Fall sein. Denn die informellen Pflegepersonen sehen sich vor allem mit sogenannten Opportunitätskosten konfrontiert. Dies sind Kosten, die sich im Zuge der teilweisen oder vollständigen Aufgabe der beruflichen Tätigkeit ergeben, z.B. für entgangene Einkünfte, Berufschancen oder Rentenansprüche. Darüber hinaus können informelle Pflegepersonen durch die Pflegeleistung wiederum selbst von Krankheit und anderen negativen Auswirkungen auf das Privatleben betroffen sein.<sup>51</sup> Dabei sind die individuellen Herausforderungen natürlich abhängig von der jeweiligen Lebenssituation. Jedoch kann festgehalten werden, dass es oftmals an der (finanziellen) Anerkennung jener Pflegeleistung mangelt.<sup>52</sup>

---

<sup>44</sup> Teilweise definiert als solche Personen, die sich normalerweise auf unbezahlter Basis um jemanden mit einer langfristigen Krankheit, Behinderung oder einem langandauernden Pflegebedarf kümmern. Dies erfolgt dann auch abseits des beruflichen Kontextes. Siehe hierzu Eurocarers (2018), [Enabling carers to care – An EU Strategy to support and empower informal Carers](#).

<sup>45</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 77.

<sup>46</sup> Ebd.

<sup>47</sup> Z.B. kümmert sich eine Ehefrau weiterhin um ihren pflegebedürftigen Ehemann, indem sie alltägliche Aufgaben wie Kochen erledigt; siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 24.

<sup>48</sup> Siehe hierzu Abschnitt 3.2.

<sup>49</sup> I.d.R. mehr als drei Monate.

<sup>50</sup> Siehe Zigante (2018), [Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality](#), S. 7.

<sup>51</sup> Siehe UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 7. Dabei sei jedoch auch erwähnt, dass informelle Pflege nicht grundsätzlich belastend sein muss. Informelle Pflegepersonen können dabei einen positiven Nutzen erfahren, wenn sie Familienangehörigen, Freunden oder Nachbarn etwas zurückgeben können.

<sup>52</sup> Ebd., S. 9.

Nicht nur die formelle Pflege, sondern auch die informelle Pflege hat eine stark ausgeprägte geschlechterspezifische Komponente. Denn der überwiegende Anteil informeller Pflege wird von Frauen durchgeführt – in der Regel (weit) über 50%.<sup>53</sup> Dabei ist der geschlechtsspezifische Unterschied in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen am ausgeprägtesten.<sup>54</sup> Frauen sind nicht nur häufiger in der informellen Pflege involviert, sondern leisten mit Blick auf die investierte Stundenzahl auch einen höheren Beitrag.<sup>55</sup>

## 2.4 EU-Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten

### Allgemeines

Die EU-Kompetenzen bestimmen sich im Grundsatz nach dem „Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung“. Demnach wird die EU nur tätig, wenn die Mitgliedstaaten die EU dazu ermächtigt haben.<sup>56</sup> Die gesundheitspolitischen EU-Kompetenzen sind wiederum durch den primärrechtlich garantierten Verantwortungsbereich der Mitgliedstaaten für das Gesundheitswesen<sup>57</sup> begrenzt.<sup>58</sup> Für die Organisation und Erbringung der Gesundheits- und Sozialfürsorge sind die Mitgliedstaaten zuständig.<sup>59</sup> Die Pflegesysteme werden auf nationaler Ebene konzipiert.<sup>60</sup> Obgleich die EU in diesen Bereichen kaum Gesetzgebungskompetenzen hat, ist ihr Einfluss auf nationale Gesundheits- und Pflegesysteme jedoch nicht zu unterschätzen.<sup>61</sup>

### Sozialpolitik

Mit Blick auf die Sozialpolitik kann die EU die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten fördern<sup>62</sup> und in bestimmten Bereichen Richtlinien mit Mindestvorschriften<sup>63</sup> erlassen.<sup>64</sup> Letzteres hat die EU 2019 u.a. mit der Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige<sup>65</sup> [(EU) 2019/1158] getan.<sup>66</sup> Diese Richtlinie enthält Mindestvorschriften zum Urlaub und zu flexiblen Arbeitsregelungen für pflegende Angehörige.<sup>67</sup> Konkret sieht sie vor, dass pflegende Angehörige einen

<sup>53</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 78 f.

<sup>54</sup> Ebd., S. 79.

<sup>55</sup> Ebd., S. 77.

<sup>56</sup> Art. 5 (1) und (2) EUV.

<sup>57</sup> Art. 168 (7) AEUV.

<sup>58</sup> Siehe Stockebrandt (2021), [cepInput Drei Schritte hin zu einer Europäischen Gesundheitsunion](#), S. 3.

<sup>59</sup> Siehe auch Europäische Kommission (2018), [Mitteilung über die Ermöglichung der digitalen Umgestaltung der Gesundheitsversorgung und Pflege im digitalen Binnenmarkt](#), S. 2 f.

<sup>60</sup> Siehe auch Kommissionsdokument, S. 3.

<sup>61</sup> So zum Beispiel mit Blick auf die präventive Haushaltskontrolle im Rahmen des sog. Europäischen Semesters. Bestandteil dieser Kontrolle sind auch die Gesundheitssysteme, für die teilweise sehr konkrete Reformhinweise – z.B. die Verbesserung der Effizienz der Pflege – gegeben werden; siehe hierzu Kingreen, in: Calliess/Ruffert (Hg.), EUV/AEUV, 6. Aufl. 2022, Art. 168 AEUV, Rn. 33 m.w.N. Die EU hat sich in der Vergangenheit auch mit den demographischen Veränderungen und dem Einfluss auf die Pflegesysteme auseinandergesetzt. Zuletzt hat die EU-Kommission mit ihrem Grünbuch über eine alternde europäische Gesellschaft aus dem Jahr 2021 eine Debatte darüber angestoßen, wie lebenslanges Lernen, körperliches sowie gesellschaftliches Aktivsein und die Ernährung zu einem gesunden Lebensstil beitragen, Krankheiten vorbeugen und „gesundes Altern“ ermöglichen können. Siehe hierzu Europäische Kommission (2021), [Grünbuch zum Thema Altern. Förderung von Solidarität und Verantwortung zwischen den Generationen](#).

<sup>62</sup> Art. 153 (2) (a) AEUV.

<sup>63</sup> Art. 153 (2) (b) AEUV.

<sup>64</sup> Langer, in: von der Groeben/Schwarze/Hatje (Hg.), Europäisches Unionsrecht, 7. Aufl. 2015, Art. 153 AEUV, Rn. 50 ff.

<sup>65</sup> Richtlinie (EU) 2019/1158 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige – im Folgenden: RL (EU) 2019/1158.

<sup>66</sup> Auf Grundlage von Art. 153 (2) (b) i.V.m. Art. 153 (1) (i) AEUV.

<sup>67</sup> Siehe Art. 1 RL (EU) 2019/1158.



Anspruch auf fünf Urlaubstage im Jahr für die Pflege ihrer Angehörige erhalten.<sup>68</sup> Außerdem haben sie ein Recht auf die Beantragung flexibler Arbeitsregelungen<sup>69</sup> sowie einem dahingehend gestärkten Kündigungsschutz<sup>70</sup>.

Darüber hinaus kann die EU die Mitgliedstaaten bei der Modernisierung der Systeme des sozialen Schutzes<sup>71</sup> unterstützen.<sup>72</sup> Dies kann sich grundsätzlich auf alle Bereiche beziehen, die die soziale Absicherung betreffen.<sup>73</sup> Hierzu gehören insbesondere die langfristige Finanzierbarkeit der Rentensysteme, der Gleichstellung der Geschlechter sowie die Gewährleistung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung.<sup>74</sup> In diesen Bereichen soll die sog. offene Methode der Koordinierung genutzt werden.<sup>75</sup> Dies ist ein Verfahren zur Abstimmung in denjenigen Politikbereichen, in denen die EU keine oder nur eingeschränkte Kompetenzen hat und sie „freiwilliges Parallelverhalten“ der Mitgliedstaaten anregen kann.<sup>76</sup>

### Gesundheitspolitik

Mit Blick auf die Gesundheitspolitik kann erneut auf die offene Methode der Koordinierung verwiesen werden.<sup>77</sup> So erteilte der Europäische Rat z.B. im Juni 2001 den Auftrag, gemäß der offenen Koordinierungsmethode einen ersten Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege zu erstellen.<sup>78</sup> Freilich ist diese Methode ein Verfahren unverbindlichster Ausprägung. Jedoch können hierdurch EU-weite Leitlinien und Indikatoren herausgearbeitet und vereinbart werden, die sodann zur regelmäßigen Überwachung und Bewertung der Erreichung zuvor vereinbarter Ziele herangezogen werden können.<sup>79</sup> Über das Finanzprogramm EU4Health<sup>80</sup> können Förderungs- und Unterstützungsmaßnahmen finanziert werden.

### Sonstiges

Schlussendlich besteht sowohl für den Rat [Art. 292 (1) sowie Art. 168 (6) AEUV] als auch für die Kommission [Art. 292 (4) AEUV] stets die Möglichkeit, Empfehlungen abzugeben. Zwar verpflichten diese die Mitgliedstaaten rechtlich nicht, jedoch wurde das Instrument der Empfehlung in der Gesundheitspolitik<sup>81</sup> und auch zur gemeinsamen Bewältigung der COVID-19-Pandemie<sup>82</sup> bereits eingesetzt.

---

<sup>68</sup> Siehe Art. 6 RL (EU) 2019/1158.

<sup>69</sup> Siehe Art. 9 (1) RL (EU) 2019/1158.

<sup>70</sup> Siehe Art. 12 (1) RL (EU) 2019/1158.

<sup>71</sup> Art. 153 (1) (k) AEUV.

<sup>72</sup> Art. 153 (2) (a) AEUV.

<sup>73</sup> Siehe Langer, in: von der Groeben/Schwarze/Hatje (Hg.), Europäisches Unionsrecht, 7. Aufl. 2015, Art. 153 AEUV, Rn. 43.

<sup>74</sup> Ebd.

<sup>75</sup> Ebd., Rn. 44.

<sup>76</sup> Siehe Kingreen, in: Calliess/Ruffert, EUV/AEUV, 6. Aufl. 2022, Art. 168 AEUV, Rn. 24. So entstand z.B. das europäische Austauschformat für elektronische Patientenakten und die dafür notwendige IT-Infrastruktur für den grenzüberschreitenden Austausch in einem – zugegebenermaßen langwierigen und mühsamen – freiwilligen Prozess der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten; siehe Rothe / Stockebrandt (2019), [cepAnalyse 15/2019](#). Die IT-Infrastruktur wurde zunächst als „eHealth Digital Service Infrastructure“ (eHDSI) bezeichnet und wird nun unter dem Namen „MyHealth@EU“ fortgeführt; siehe EU-Kommission (2022), [Elektronische grenzüberschreitende Gesundheitsdienste](#).

<sup>77</sup> Art. 168 (2) (2) AEUV.

<sup>78</sup> Siehe Europäischer Rat (2001), [Schlussfolgerungen vom 15. und 16. Juni](#), Rn. 43.

<sup>79</sup> Siehe insgesamt Niggemeier, in: von der Groeben/Schwarze/Hatje (Hg.), Europäisches Unionsrecht, 7. Aufl. 2015, Art. 168 AEUV, Rn. 25.

<sup>80</sup> Siehe [EU4Health 2021-2027 – eine Vision für eine gesündere Europäische Union](#).

<sup>81</sup> Stockebrandt (2021), [cepInput Drei Schritte hin zu einer Europäischen Gesundheitsunion](#), S. 8.

<sup>82</sup> Stockebrandt (2021), [cepInput Drei Schritte hin zu einer Europäischen Gesundheitsunion](#), S. 9 f. – insbesondere Fn. 51. Zu damit verbundenen Probleme siehe auch Stockebrandt / De Petris (2022), [cepInput Demokratische Kontrolle der HERA stärken](#), S. 3, dort insbesondere Fn. 5.

### 3 Impulse für eine künftige EU-Pflegepolitik

Die EU hat demnach einzelne Kompetenzen, jedenfalls verschiedene Einflussmöglichkeiten, um die Pflege in den Mitgliedstaaten zu unterstützen. Nachfolgend werden verschiedene Impulse herausgearbeitet, die dazu beitragen können, die informelle Pflege in der EU zu stärken. Die vorliegende Untersuchung betrachtet dabei schwerpunktmäßig die Situation der informellen Pflegepersonen und Wege, diese zu stärken.

#### 3.1 Vereinbarkeit von informeller Pflege, Beruf und Privatleben stärken

Idealerweise besteht die Freiheit der Wahl zwischen informeller und formeller Pflege, ganz nach den individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten der Beteiligten sowie den sonstigen Gegebenheiten. Ein Pflegesystem sollte im besten Fall beides ermöglichen. Die informelle Pflege wird häufig als eine „kostengünstigere“ Alternative zur formellen häuslichen oder stationären Pflege angesehen.<sup>83</sup> Es ist jedoch zu beachten, dass dabei Steuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträge entfallen können<sup>84</sup> und auch höhere soziale Kosten entstehen, z.B. in Form von geringeren Renten<sup>85</sup>. Diese könnten wiederum staatliche Unterstützung nötig machen.<sup>86</sup> Aufgrund von zu großer physischer und psychischer Belastung können informelle Pflegepersonen krank werden,<sup>87</sup> was wiederum weitere soziale Kosten nach sich zieht. Durch die Mindestvorschriften der RL (EU) 2019/1158 sind erste Schritte hin zu einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Privatleben vorgenommen worden, die EU-weit erste Wirkungen entfalten können.<sup>88</sup> Hiermit werden die zuvor skizzierten Herausforderungen jedoch nicht gänzlich zu lösen sein – es bedarf weiterer Schritte.

##### Informationsbedarf decken

Der Grad der Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person bestimmt maßgeblich die Zeit und die Intensität, die mit der informellen Pflege verbunden ist. Es bestehen regelmäßig große Schwierigkeiten, das Arbeitsleben und die informelle Pflege miteinander zu vereinbaren.<sup>89</sup>

Neben den Mindestvorschriften der RL (EU) 2019/1158 wird es insofern auch entscheidend darauf ankommen, gerade die informellen Pflegepersonen über ihre Rechte und andere Unterstützungsmaßnahmen umfassend zu informieren. Denn oftmals wissen sie nicht, welche Ansprüche ihnen tatsächlich zustehen.<sup>90</sup> Jenes Problem zeigt sich beispielsweise auch in Deutschland, wo nach einer Studie des Sozialverbands VdK vor allem aufgrund von Unwissenheit und komplexen Antragsformularen Pflegeleistungen oftmals nicht abgerufen werden und für den Berechtigten verfallen.<sup>91</sup> Die EU sollte daher bestehende<sup>92</sup> mehrsprachige Informationsportale optimieren und die Aktualität der Informationen kontinuierlich gewährleisten. Durch solche Informationsportale könnten EU-Bürger

<sup>83</sup> Siehe Geyer / Korfhage (2015), Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – A Structural Model, S. 1178.

<sup>84</sup> Ebd.

<sup>85</sup> Siehe dazu den Unterabschnitt „Mitgliedstaaten im Bereich der Alterssicherung und Rente unterstützen“.

<sup>86</sup> Dies ist vorstellbar, wenn informelle Pflegekräfte beispielsweise in der Folge unter Armut leiden.

<sup>87</sup> Zu den bisherigen Erkenntnissen der Auswirkung der informellen Pfllegetätigkeit auf die Gesundheit der informellen Pflegepersonen siehe Fußnote 120.

<sup>88</sup> Die Mitgliedstaaten hatten die Richtlinie gemäß Art. 20 (1) bis zum 2. August dieses Jahres umzusetzen.

<sup>89</sup> Siehe Fischer / Müller (2020), [Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt zwischen Renten- und Pflegepolitik lösen](#), S. 855.

<sup>90</sup> Siehe UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 9.

<sup>91</sup> Siehe Sozialverband VdK (2022), [Nächstenpflege: Alleingelassen und in Bürokratie erstickt. Zentrale Studienergebnisse und Forderungen des Sozialverbands VdK](#), S. 3 f.

<sup>92</sup> Siehe z.B. die EU-Webseite [„Ihre Rechte in den Mitgliedstaaten“](#).

dann die notwendigen Informationen über ihre Rechte und nationale Kontaktstellen auf einfache Weise EU-weit abrufen.<sup>93</sup> Darüber hinaus sollte die EU verstärkt auf diese Informationsportale EU-weit hinweisen und auch regelmäßig über niedrigschwellige Informationskanäle, z.B. in den sozialen Medien, darüber informieren.

### Weiterentwicklung der Richtlinie (EU) 2019/1158

Vor der COVID-19-Pandemie arbeiteten in der EU-27 durchschnittlich 5,4% der abhängig Beschäftigten gewöhnlich von zu Hause. Während dieser Anteil in den Jahren zuvor relativ konstant blieb, erhöhte sich der Anteil der abhängig Beschäftigten, die manchmal von zu Hause arbeiteten, im Zeitraum von 2009 bis 2019 von 6% auf 9%. Auch für Selbständige ist ein Anstieg festzustellen.<sup>94</sup> In der ersten Phase der Pandemie stieg der Anteil derer, die von zu Hause arbeiteten, auf durchschnittlich 37% in der EU-27.<sup>95</sup> Die zuvor erlassene Richtlinie (EU) 2019/1158 spiegelt diese Entwicklungen derzeit nicht wider. Durch mobiles Arbeiten und das Arbeiten im Home-Office ergeben sich neue Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Privatleben. Diese gilt es in einer Reform der Richtlinie (EU) 2019/1158 zu forcieren.

### Mitgliedstaaten im Bereich Alterssicherung und Rente unterstützen

Infolge der demografischen Entwicklung kommt es nicht nur zu einem Anstieg an pflegebedürftigen Menschen, sondern auch zu einem Rückgang der Anzahl an Erwerbstätigen. Dies kann für Volkswirtschaften und den Erhalt von umlagebasierten Rentensystemen – wie beispielsweise der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland – problematisch sein.<sup>96</sup>

Jedoch ist dies nicht nur für die Volkswirtschaften der Mitgliedstaaten bedeutsam, sondern betrifft selbstverständlich auch jeden Einzelnen. So zeigen sich z.B. die Opportunitätskosten für Frauen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren, die mehr Zeit für informelle Pflege als jüngere Frauen und allgemein Männer aufbringen, in zweierlei Gestalt: Zu den direkten Opportunitätskosten gehören entgangene Löhne i.H.v. durchschnittlich 25.800 Euro brutto.<sup>97</sup> Indirekt entstehen ebenfalls Opportunitätskosten in der Gestalt, dass es nach Ausübung der informelle Pflege schwierig ist, eine Beschäftigung zu finden, da die informelle Pflegeperson einige Zeit dem regulären Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stand.<sup>98</sup> Dies hat wiederum Auswirkungen auf deren Rentenansprüche, was ebenfalls zu den indirekten Opportunitätskosten gehört.<sup>99</sup> Obwohl die meisten Mitgliedstaaten über Anrechnungsmöglichkeiten für

<sup>93</sup> Zu bereits bestehenden Informationsportalen und Datenbanken siehe auch Fußnoten 129 und 130.

<sup>94</sup> Siehe insgesamt Eurostat (2020), [How usual is it to work from home?](#)

<sup>95</sup> Eurofound (2020b), [Living, working and COVID-19. First findings – April 2020](#), S. 5.

<sup>96</sup> Zu der Frage, wie die demografische Entwicklung und die Verrentung der geburtenstarken Jahrgänge Mitte der 2030er Jahre die umlagebasierte gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland unter Druck setzen wird – inklusive möglicher Reformoptionen –, siehe Deutsche Bundesbank (2022), [Monatsbericht: Wie Rentenreformen wirken könnten](#).

<sup>97</sup> Der Einkommensverlust von Männern in der gleichen Altersgruppe wird auf durchschnittlich 27.000 Euro geschätzt. Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), S. 86. Männer haben zum Zeitpunkt der Pflegeentscheidung – wie im vorliegenden Zahlenbeispiel – oftmals ein höheres Einkommen, weshalb sich Frauen eher für die informelle Pflege und für traditionelle Arbeitsteilungsmodelle entscheiden. Siehe Offermanns / Schweiger (2018), [Status quo Pflege – Zur \(Un\)Vereinbarkeit von informeller Pflege und Beruf](#), in: Behrens et al. (Hg.), Familie – Beruf – Karriere. Daten, Analysen und Instrumente zur Vereinbarkeit, S. 187.

<sup>98</sup> Siehe hierzu Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 85.

<sup>99</sup> Ebd. Teilweise wird ein Kausalzusammenhang zwischen der Ausübung informeller Pflege und der Verrentung von Frauen angenommen. So hat sich in Deutschland gezeigt, dass Frauen Frühverrentungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen, um Angehörige informell pflegen zu können. Darüber hinaus wird der Zielkonflikt zwischen der Erhöhung des Renteneintrittsalters und der Ausübung informeller Pflgetätigkeit deutlich. Letztere nimmt für Frauen mit einem steigenden Renteneintrittsalter ab. Siehe dazu Fischer / Müller (2020), [Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt](#)

informelle Pfleger verfügen, mündet deren Tätigkeit in regelmäßig in geringeren Renten als bei einer klassischen sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung.<sup>100</sup> Die Mitgliedstaaten sollten dies durch höhere Anrechnungszeiten kompensieren. Insgesamt müssen die Mitgliedstaaten hier verschiedene Zielkonflikte lösen: so kann insbesondere eine Förderung bzw. ein Ausbau der informellen Pflege in einem Konflikt zum gleichberechtigten Zugang zum Arbeitsmarkt stehen. Die EU ihrerseits kann hier (nur) durch konkrete, auf den jeweiligen Mitgliedstaat bezogene Empfehlungen, unterstützend tätig werden.<sup>101</sup>

### 3.2 Gemeinsame Definition und Ziele

#### Die Situation in verschiedenen Mitgliedstaaten

Etwa 20 % der Mitgliedstaaten haben eine gesetzlich verankerte Definition für die informelle Pflege.<sup>102</sup> Dabei wird meist auf eine enge Verbindung zwischen der pflegebedürftigen Person und der informellen Pflegeperson abgestellt.<sup>103</sup> So gilt beispielsweise seit 2015 in Frankreich eine Person als informell pflegend, wenn sie entweder mit der pflegebedürftigen Person zusammenwohnt oder die Verbindung beider Personen durch eine enge und stabile Beziehung zueinander geprägt ist.<sup>104</sup> Die Pflege dient demnach der häufigen und regelmäßigen Erfüllung aller oder bestimmter Aufgaben des täglichen Lebens.<sup>105</sup> Ähnliches gilt auch mit Blick auf die gesetzlichen Definitionen in Finnland und Belgien, die ebenfalls ein enges privates Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und informellen Pflegepersonen hervorheben.<sup>106</sup> Die betroffenen Personen müssen jedoch nicht zwangsläufig in einem familiären Verhältnis zueinander stehen.<sup>107</sup>

Das familiäre Verhältnis der betroffenen Personen spielt vor allem in den südeuropäischen Mitgliedstaaten eine absolut zentrale Rolle. So sieht die Gesetzgebung in Spanien beispielsweise vor, dass eine Person maximal den dritten Verwandtschaftsgrad haben und mit der pflegebedürftigen Person mindestens ein Jahr zusammenwohnen muss, um als informelle Pflegeperson zu gelten.<sup>108</sup> Eine Ausnahme besteht, insofern sich die pflegebedürftige Person in einer (ländlichen oder abgelegenen) Gegend niedergelassen hat, in der die Pflegeversorgung mangelhaft ist.<sup>109</sup> Portugal hat im Jahr 2019 den Status als informelle Pflegeperson in zwei Varianten – „principal carer“ und „non-principal carer“ –<sup>110</sup>

---

[zwischen Renten- und Pflegepolitik lösen](#). Es sei jedoch angemerkt, dass sich die Ergebnisse auf das Sozialversicherungssystem in Deutschland beziehen und somit nicht direkt auf andere Mitgliedstaaten – auch aufgrund landestypischer und kultureller Unterschiede bei der Pflege – übertragbar sind.

<sup>100</sup> Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 86.

<sup>101</sup> Siehe hierzu exemplarisch auch Bundeszentrale für politische Bildung (2020), [Empfehlungen zur Ausgestaltung der Rentensysteme](#).

<sup>102</sup> OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 24.

<sup>103</sup> Ebd.

<sup>104</sup> Ebd.

<sup>105</sup> Dabei darf dies nicht die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit darstellen.

<sup>106</sup> Siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 24.

<sup>107</sup> Ebd.

<sup>108</sup> Ebd., S. 25.

<sup>109</sup> Ebd., S. 25.

<sup>110</sup> Der Status als „principal carer“ wird nur engen Familienangehörigen zugestanden, die im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person wohnen. Eine direkte Vergütung erhalten diese Personen nicht, wenn sie andere Einkünfte, z.B. durch berufliche Tätigkeiten, erzielen oder eine Rente bzw. Arbeitslosenunterstützung erhalten. Der betroffene Haushalt darf darüber hinaus ein definiertes Einkommensniveau nicht überschreiten. Familienangehörige, die nicht im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person leben, werden i.d.R. als „non-principal carer“ eingestuft. Dies muss dann nicht zwingend unentgeltlich erfolgen, sondern kann vergütet werden. Siehe hierzu Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 123 sowie OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 25.

gesetzlich verankert, sodass die betroffenen Personen mehr Rechte besitzen und teilweise eine finanzielle Vergütung erhalten.<sup>111</sup>

Mit der Anerkennung folgen in beiden Fällen Vorteile in den sozialen Sicherungssystemen, z.B. mit Blick auf Fortbildungen oder durch psychologische Unterstützung.<sup>112</sup> Da die Zugangskriterien für den Erhalt des Status als informelle Pflegeperson durchaus restriktiv sind, wird nur ein Teil der informellen Pflegepersonen hiervon erfasst. Insgesamt zeigen die Entwicklungen in Portugal und Spanien jedoch, dass diese Mitgliedstaaten die gesellschaftspolitische Relevanz der informellen Pflege erkannt haben.

In anderen Mitgliedstaaten spielt das familiäre Verhältnis oft eine untergeordnete Rolle. Ausschlaggebend ist dann eher die Stundenanzahl oder die Art der Pflege.<sup>113</sup> So erhalten jene registrierte informelle Pflegepersonen in Deutschland Unterstützung,<sup>114</sup> die in der häuslichen Langzeitpflege mindestens 14 Stunden pro Woche aktiv sind.<sup>115</sup> In den nordeuropäischen Mitgliedstaaten<sup>116</sup> sowie den Niederlanden legen die Kommunen die Kriterien für eine Unterstützung informeller Pflegepersonen fest. Diese stellen regelmäßig vor allem auf die geleistete Stundenanzahl sowie die Art der Pflege ab.<sup>117</sup>

### EU-weite Begriffsbestimmung

Die EU hat – wie bereits festgehalten wurde – keine Kompetenz dazu, die Konzeption der Pflegesysteme der Mitgliedstaaten gesetzlich zu verändern. Sie kann demnach keine Definition vorgeben. Nichtsdestotrotz sollte die EU die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, in Form der freiwilligen Zusammenarbeit, eine EU-weite Definition für informelle Pflege auszuarbeiten. Eine solche Begriffsbestimmung könnte dann im Wege einer Empfehlung des Rates<sup>118</sup> vereinbart werden.<sup>119</sup>

### Kausalitäten identifizieren und gemeinsame Ziele definieren

Die EU kann darüber hinaus durch die Finanzierung weiterer Studien ein präziseres Bild über die informelle Pflege in der EU herausarbeiten. Durch eine solche Grundlagenforschung können EU-weit vergleichbare Daten generiert werden, durch die die politischen Entscheidungen dann auch besser evaluiert werden können. Dabei ist es insbesondere notwendig, Kausalitäten<sup>120</sup> zu identifizieren, um

<sup>111</sup> Siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 25 und Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 123.

<sup>112</sup> Siehe Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 123 f.

<sup>113</sup> Siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 25.

<sup>114</sup> Dies geschieht in Form von Leistungen der Pflegekassen. Ferner sind informelle Pflegepersonen dieser Kategorie, die die Tätigkeit nicht erwerbstätig verfolgen, kranken- und pflegeversichert. Unter der Bedingung, dass die pflegebedürftige Person mindestens den Pflegegrad 2 (von 5) aufweist, leistet die Pflegeversicherung in Abhängigkeit der aufgewendeten Zeit für die Pflege Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für die informelle Pflegepersonen. Siehe hierzu Bundesministerium für Gesundheit (2021), [Pflegegrade](#) sowie Pflege.de (2022), [Beruf, Familie & Pflege vereinbaren](#). Mehr zu Rentenanspruchsmöglichkeiten durch informelle Pflege siehe Deutsche Rentenversicherung (2022), [Pflege von Angehörigen lohnt sich auch für die Rente](#).

<sup>115</sup> Siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 25.

<sup>116</sup> Mit Ausnahme Finnlands.

<sup>117</sup> Siehe OECD (2022), [Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#), S. 25.

<sup>118</sup> Art. 292 (1) AEUV.

<sup>119</sup> Ein ähnliches Vorgehen gab es z.B. bei der EU-weiten Anerkennung von COVID-19-Tests; siehe Stockebrandt (2021), [ceplnput Drei Schritte hin zu einer Europäischen Gesundheitsunion](#), S. 9 f. – insbesondere Fn. 51. Siehe grundsätzlich auch Stockebrandt / De Petris (2022), [ceplnput Demokratische Kontrolle der HERA stärken](#), S. 3, dort insbesondere Fn. 5.

<sup>120</sup> Die häusliche Pflege kann sich negativ auf die Gesundheit von informellen Pflegepersonen auswirken. Siehe dazu Europäische Kommission / Ausschuss für Sozialschutz (2021), [Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society](#), S. 85. Jedoch ist, vor allem aufgrund der mangelnden Datenlage, die genaue Erfassung der Kausalitäten eine Herausforderung. Bisherige Studien kommen dahingehend zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einigkeit besteht bis

in der Folge möglichst passgenaue Instrumente entwickeln und überprüfbare Ziele vereinbaren zu können.

Des Weiteren sollte sich die EU messbare Ziele<sup>121</sup> im Bereich der informellen Pflege setzen, für die die zuvor angesprochene EU-weite Definition als „Messgrundlage“ dienen kann. Auch die gemeinsamen Ziele könnten in einer Empfehlung des Rates vereinbart werden. So ist es z.B. denkbar, dass ein bestimmter Prozentsatz der informellen Pflegepersonen in der EU bis 2050<sup>122</sup> (wieder) einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen soll. Gleichzeitig sollte der Zielkonflikt zwischen Pflege- und Beschäftigungs- bzw. Rentenpolitik abgemildert werden. Hierbei gilt es, eine bessere Vereinbarkeit zwischen Beruf und Pflege zu gewährleisten und gleichzeitig die Leistung informeller Pflegepersonen besser anzuerkennen, z.B. in Form von erworbenen Rentenansprüchen.

### 3.3 Von Vorreitern in der Pflege lernen

#### Austausch bewährter Praktiken forcieren

Einen nicht zu unterschätzenden Beitrag, den die EU leisten kann, besteht darin, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten insbesondere durch den Austausch bewährter Praktiken<sup>123</sup> zu unterstützen. Hierunter sind Ansätze und/oder Aktivitäten zu verstehen, die sich durch Forschung und Bewertungen als effektiv und übertragbar erwiesen haben.<sup>124</sup> Die EU kann den Austausch zwischen den Mitgliedstaaten und mit anderen Ländern beispielsweise durch Informationsportale forcieren,<sup>125</sup> betroffene Stakeholder direkt zusammenbringen<sup>126</sup> oder auch Studien finanzieren. Insgesamt können die Mitgliedsstaaten dadurch von Vorreitern – seien es andere Mitgliedstaaten, Drittstaaten, bestimmte (europäische) Städte oder erfolgreiche Methoden – in der Pflege lernen.

#### Beispiel: Digitale Unterstützung der Pflege

So ist es vorliegend vor allem sinnvoll, von Staaten zu lernen, die auf digitale Unterstützung in der Pflege setzen. Finnland ist einer der Vorreiter in diesem Bereich.<sup>127</sup> Digitale Unterstützung ist auch mit Blick auf den Informationsbedarf der informellen Pflegepersonen sinnvoll.<sup>128</sup> So bietet z.B. der britische Verein „Carers UK“ eine entsprechende Informationsplattform an, auf der digitale Produkte und Online-Ressourcen zu finden sind. E-Learning-Kurse sollen dabei helfen, die durch die Pflegesituation

---

dato nur darüber, dass sich die Ausübung umfassender Pflege sehr konkret auf die physische und psychische Gesundheit von informellen Pflegepersonen auswirken kann. Siehe dazu Zigante (2018), [Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality](#), S. 15.

<sup>121</sup> Ein möglicher Vergleichsmaßstab könnten die sog. Barcelona-Ziele bei der Kinderbetreuung sein. In den sogenannten Barcelona-Zielen wurde im Jahr 2002 Vorgaben für die Kinderbetreuung festgehalten. So sollten die Mitgliedstaaten bis 2010 z.B. erreichen, dass Betreuungsplätze für mindestens 90% aller Kinder zwischen dem dritten Lebensjahr und dem Erreichen der Schulpflicht zur Verfügung stehen. Siehe dazu Europäischer Rat (2002), [Barcelona European Council, 15 and 16 March 2002](#), S. 12.

<sup>122</sup> Das Jahr 2050 wurde gewählt, da bis dahin die demografischen Entwicklungen in der EU wohl ihre volle Wirkung entfaltet haben werden. Siehe dazu Abschnitt 2.1.

<sup>123</sup> Wird auch als „good practice“ oder „best practice“ bezeichnet.

<sup>124</sup> Siehe z.B. Europäische Kommission (2021), [Was sind "good practices"?](#)

<sup>125</sup> Siehe z.B. das „[Public Health Best Practice Portal](#)“.

<sup>126</sup> Dies ist regelmäßig Teil der Halbjahresprogramme der jeweiligen Ratspräsidentschaft; siehe z.B. die (hier thematisch weit entfernten) Beispiele der französischen Ratspräsidentschaft: „[Seminar zum Austausch bewährter Praktiken im Bereich der Sanktionen zur Terrorismusbekämpfung](#)“ und „[Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Obdachlosigkeit](#)“.

<sup>127</sup> So werden dort z.B. Videoanrufe – ergänzend zu Hausbesuchen – für die Betreuung genutzt. Siehe dazu Deutschlandfunk Kultur (2019), [Digitale Krankenschwestern in Finnland. Videoanrufe statt Hausbesuche](#).

<sup>128</sup> In Abschnitt 3.1 wurde darauf hingewiesen, dass informelle Pflegepersonen oftmals nicht über ausreichend Informationen zur Unterstützung verfügen.

hervorgerufene Krisen präventiv zu vermeiden. Darüber hinaus bietet die Informationsplattform eine Vielzahl nützlicher Anwendungen, mit denen bspw. Unterstützungsnetzwerke ausgebaut oder Informationen zur finanziellen Unterstützung bereitgestellt werden können.<sup>129</sup> Auch das Schweizer Bundesamt für Gesundheit setzt auf eine verbesserte Bereitstellung von Informationen und Hilfsangeboten über eine eigens konzipierte Datenbank.<sup>130</sup>

### Weitere Aspekte für den Austausch

Neben digitalen Anwendungen bringen auch traditionelle Methoden einen Mehrwert, die als bewährte Praktiken ausgetauscht werden können. So gibt es in Deutschland z.B. das sogenannte Pflegetelefon,<sup>131</sup> durch welches sich informelle Pflegepersonen beraten lassen können.<sup>132</sup> Darüber hinaus sollte der Austausch aber auch den Kompetenzaufbau der informellen Pflegepersonen<sup>133</sup> sowie spezifische Aspekte der (täglichen) Pflege umfassen. Hierzu gehören beispielsweise die Erfahrungen mit intelligenten Pflegebetten, die bei Bedarf eine bessere Liegeposition schaffen können, oder auch mit verschiedenartigen (Pflege-)Robotern, die unterschiedliche Funktionen wahrnehmen können.<sup>134</sup> Dabei bestehen gerade bei Pflegerobotern mit eingebauter künstlicher Intelligenz noch eine Reihe ethischer, datenschutzrechtlicher und auf die Privatsphäre bezogener Fragestellungen,<sup>135</sup> für die ein EU-weiter Austausch sinnvoll ist.<sup>136</sup>

## 4 Fazit

Die Bevölkerung Europas wird immer älter. Auch deshalb geraten die europäischen Pflegesysteme in den kommenden Jahren dramatisch unter Druck und stehen vor großen gesellschafts- und finanzpolitischen Herausforderungen. Da die Mitgliedstaaten unterschiedliche, länderspezifische Präferenzen haben, ist es sachgerecht, dass die Pflegesysteme weiterhin auf nationaler Ebene konzipiert werden und die dahingehenden Kompetenzen bei den Mitgliedstaaten liegen und verbleiben. Gleichwohl kann eine kluge EU-Pflegestrategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten sinnvoll sein. So werden z. B. die

<sup>129</sup> Siehe insgesamt UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 17.

<sup>130</sup> Siehe Bundesamt für Gesundheit BAG (2022), [Suche Modell guter Praxis – betreuende Angehörige](#) sowie UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 17.

<sup>131</sup> Betrieben vom Bundesfamilienministerium. Siehe insgesamt Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015), [Das Pflegetelefon: schnelle Hilfe für Angehörige](#).

<sup>132</sup> Siehe UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 17.

<sup>133</sup> So kann der Kompetenzaufbau z.B. dazu dienen, eigene Kenntnisse und Fähigkeit so zu verbessern, dass sich die Pflegepersonen vor körperlichen und psychischen Auswirkungen und Krisensituationen besser schützen und auch insgesamt eine bessere Pflege leisten können. Siehe hierzu auch UNECE (2019), [Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen](#), S. 17.

<sup>134</sup> Bei Pflegerobotern sind verschiedene Einsatzmöglichkeiten denkbar. Zum einen im Bereich der Gesundheit, in dem körperliche und geistige Aufgaben übernommen werden können. Zusätzlich ist das Erledigen von Alltagsaufgaben möglich. Bei der Klassifikation von Pflegerobotern gilt es zu unterscheiden zwischen sozial interagierenden Robotern und Service-robotern, deren zentrale Aufgabe in der reinen Erledigung von Aufgaben liegt. Erstere wiederum verfügen über eine menschliche Komponente in der Kommunikation. Siehe hierzu insgesamt Janowski et al. (2018), [Sozial interagierende Roboter in der Pflege](#). In: Bendel (Hg.), [Pflegeroboter](#), S. 64 f.; Lernende Systeme (2022), [KI zur Unterstützung in der Pflege](#) sowie kma online (2019), [Pflegeroboter: Eine Kosten-Nutzen-Analyse](#).

<sup>135</sup> So haben Roboter, die mit Kameras, Sensoren und Mikrofonen ausgestattet sind, Einblicke in die Privat- und Intimsphäre der pflegebedürftigen Person. Mit den gesammelten Daten kann sich der Roboter situationsbedingt besser anpassen. Jedoch stellt sich unter anderem die Frage, was mit den gesammelten Daten passiert und ob diese weitergegeben werden dürfen. Siehe hierzu Kreis (2018), [Umsorgen, überwachen, unterhalten – sind Pflegeroboter ethisch vertretbar?](#) In: Bendel (Hg.), [Pflegeroboter](#), S. 217 sowie Tagesschau (2020), [Mein Helfer, der Pflegeroboter](#). In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, den individuellen Willen der pflegebedürftigen Person dahingehend schriftlich festzuhalten. Auch hierfür könnte die freiwillige Zusammenarbeit auf EU-Ebene genutzt werden. So könnte ein EU-einheitliches Formular entwickelt werden, das insbesondere die europarechtlichen Datenschutzvorgaben rechtssicher umsetzt.

<sup>136</sup> Siehe zur künstlichen Intelligenz in der Pflege generell auch: Acatech (2021), [So kann KI in der Pflege unterstützen: Anwendungsszenario zeigt Chancen und Grenzen](#).

pflegepolitischen Ziele notwendigerweise auch mit anderen EU-Zielen interagieren, vor allem mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie die Gleichstellung der Geschlechter. Im besten Fall können so Instrumente entwickelt werden, die die verschiedenen EU-Ziele insgesamt besser erreichen. Eine freiwillige Angleichung der Definitionen und die präzise Erfassung der Art und des Umfangs der informellen Pflege in der EU ist hierfür notwendig und sinnvoll. Ferner kann die EU den Austausch zwischen den Mitgliedstaaten fördern und unterstützende Ressourcen zur Verfügung stellen.

Vorliegend wurden zur Verbesserung der Situation der informellen Pflegepersonen und der informellen Pflege insgesamt verschiedene Impulse herausgearbeitet:

**Impuls 1 – Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf stärken.** Es konnte herausgearbeitet werden, dass EU-Bürger oft nicht über mögliche (finanzielle) Unterstützung der Mitgliedstaaten Bescheid wissen und Leistungen dadurch nicht abgerufen werden können. Es besteht insofern Informationsbedarf, der auch durch die Unterstützung der EU gedeckt werden kann. Darüber hinaus sollte die Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige [(EU) 2019/1158] angepasst werden. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist hier die Sicherstellung von flexibleren Erwerbsmodellen, vor allem auch da höhere Opportunitätskosten bei Männern in der Regel dazu führen, dass sich Frauen eher für die informelle Pflege bei (teilweiser) Aufgabe ihrer Beschäftigung entscheiden. Schlussendlich sollte die EU die Mitgliedstaaten im Bereich der Alterssicherung und der Rente unterstützen, denn durch die demografische Entwicklung geraten umlagebasierte Systeme unter Druck. Außerdem gilt es den Zielkonflikt zwischen Pflege- und Rentenpolitik zu beachten. Mit Blick auf die demographische Entwicklung müssen die Mitgliedstaaten einen Drahtseilakt vollbringen. So setzen sie einerseits stark auf die informelle Pflege. Andererseits sinkt die Zahl der erwerbstätigen Personen durch die Alterung der Gesellschaft bei gleichzeitigem Geburtenrückgang. Zwar sind die Mitgliedstaaten hier hauptsächlich zuständig, jedoch kann die EU unterstützend tätig werden.

**Impuls 2 – Gemeinsame Definition und Ziele.** Nur mit EU-weit vergleichbaren Daten kann Politik besser evaluiert werden. EU-weite Daten sind auch notwendig, um möglichst passgenaue Instrumente entwickeln und überprüfbare Ziele vereinbaren zu können. Da Art und Umfang der informellen Pflege in der EU jedoch bisher nur schwierig erfassbar sind, bedarf es gemeinsamer Definitionen als Messgrundlage für die Formulierung von konkreten Zielen. Die EU hat zwar keine Kompetenz, die Definitionen gesetzlich vorzugeben. Jedoch können diese durch die freiwillige Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten herausgearbeitet werden. Dann kann und sollte die EU sich auch messbare Ziele im Bereich der informellen Pflege setzen. Sowohl die gemeinsamen Definitionen als auch die Ziele sollten in einer Empfehlung des Rates vereinbart werden. Durch das Instrument der rechtsunverbindlichen Empfehlung werden die Kompetenzen der Mitgliedstaaten respektiert und gleichzeitig eine Grundlage für gemeinsames (freiwilliges) Handeln auf EU-Ebene gelegt. So können EU-Ziele formuliert werden, die dann auch überprüfbar sind. Ein konkretes Beispiel wäre die Vereinbarung von Zielgrößen mit Blick auf die Rückkehr informeller Pflegepersonen in den Arbeitsmarkt.

**Impuls 3 – Von Vorreitern in der Pflege lernen.** Einen nicht zu unterschätzenden praktischen Beitrag, den die EU leisten kann, ist die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zu fördern. Dies kann vor allem durch den Austausch bewährter Praktiken durch zentrale Informationsportale, den organisierten Fachaustausch oder auch die Finanzierung von Studien geschehen. Insgesamt können die Mitgliedsstaaten dadurch von Vorreitern – seien es andere Mitgliedstaaten oder Drittstaaten – in der Pflege lernen.





**Autoren:**

**Dr. Patrick Stockebrandt**

Leiter des Fachbereichs Verbraucher & Gesundheit

[stockebrandt@cep.eu](mailto:stockebrandt@cep.eu)

**Marco Mazzone**

Wissenschaftlicher Referent

[mazzone@cep.eu](mailto:mazzone@cep.eu)

**Centrum für Europäische Politik** FREIBURG | BERLIN

Kaiser-Joseph-Straße 266 | D-79098 Freiburg

Schiffbauerdamm 40 Raum 4205/06 | D-10117 Berlin

Tel. + 49 761 38693-0

Das **Centrum für Europäische Politik** FREIBURG | BERLIN, das **Centre de Politique Européenne** PARIS, und das **Centro Politiche Europee** ROMA bilden das **Centres for European Policy Network** FREIBURG | BERLIN | PARIS | ROMA.

Das gemeinnützige Centrum für Europäische Politik analysiert und bewertet die Politik der Europäischen Union unabhängig von Partikular- und parteipolitischen Interessen in grundsätzlich integrationsfreundlicher Ausrichtung und auf Basis der ordnungspolitischen Grundsätze einer freiheitlichen und marktwirtschaftlichen Ordnung.