

Hoofdstuk 9

De facilitering en toerusting van de werkende mantelzorger in Nederland en Duitsland

Susanne Heeger en Ivy Koopmans

9.1 Inleiding

Koning Willem-Alexander signaleerde in zijn eerste troonrede dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam verandert in een participatiesamenleving. Volgens sommigen betekende deze aankondiging het einde van de naoorlogse verzorgingsstaat. Anderen betoogden dat de invoering van de participatiesamenleving in essentie gaat om een andere verdeling van collectieve en individuele verantwoordelijkheden.¹ Nieuw is deze discussie over de verdeling van taken en verantwoordelijken tussen overheid, burgers en markt niet. Al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt herijking noodzakelijk geacht vanwege de oplopende kosten en collectieve uitgaven aan sociale zekerheid en zorg. Daarnaast speelt de behoefte aan modernisering van de sociale bescherming een rol. De klassieke verzorgingsstaat, opgebouwd en vormgegeven in de periode na de Tweede Wereldoorlog, sluit niet meer aan op de huidige wensen en behoeften van burgers. Meer mogelijkheden voor eigen regie en keuzevrijheid lijken gewenst.

Een van de terreinen waarop volop wordt gediscussieerd over een andere verdeling van de verantwoordelijkheden en organisatiestructuren is de langdurige zorg. Daar zijn in de afgelopen jaren belangrijke veranderingen doorgevoerd. De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn in 2015 in werking getreden. De AWBZ is als gevolg daarvan omgevormd tot een kern-AWBZ, die nu de naam Wlz heeft, waarin de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg (de 24 uurszorg in instellingen) wordt georganiseerd. De extramurale zorg is overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeraars. Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning en begeleiding. De aanspraken op deze voorzieningen zijn tegelijkertijd beperkt; het recht op zorg en ondersteuning vervalt. Uitgangspunt is dat eerst naar de eigen mogelijkheden en die van sociale omgeving wordt gekeken alvorens men een beroep kan doen op ondersteuning door gemeenten (*Kamerstukken II 2013/14*, 33.891, nr. 3, p. 5). Concreet betekent dit dat de mate waarin mantelzorgers een bijdrage willen en kunnen leveren aan de zorg bepalend zal zijn voor het aantal uren professionele zorg dat iemand uiteindelijk krijgt. De indicatiesteller houdt daarbij wel rekening met de draagkracht van mantelzorgers. Zorgverzekeraars nemen de verpleging en een groot deel van de verzorging van mensen thuis voor hun rekening.²

1. Zie bijvoorbeeld Putters 2014, p. 8. Ook hierover bestaat discussie. Volgens Evelien Tonkens is het een misvatting om de verzorgingsstaat en de participatiesamenleving te begrijpen als een verdelingsvraagstuk. Bij burgerschap en participatie gaat het niet slechts om herverdeling, maar ook om erkenning. Burgerschap is een moreel-emotionele praktijk (Tonkens 2014).

2. Gemeenten krijgen echter de verantwoordelijkheid voor de persoonlijke verzorging van mensen met een indicatie op grondslag psychiatrische aandoening of beperking, verstandelijke handicap

Met deze nieuwe wetten gelden nieuwe principes en uitgangspunten. Ingezet wordt op de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de burger. Tegelijkertijd verwacht de overheid van burgers dat zij meer voor elkaar gaan zorgen. Hulp, ondersteuning of zorg dient in eerste instantie in eigen kring te worden gezocht, pas daarna kan bij de overheid worden aangeklopt. De gedachte daarachter is dat bepaalde zorgtaken die onder de AWBZ nog professioneel en betaald werden verricht in de toekomst meer informeel en onbetaald (in natura) zouden kunnen worden verleend. Informalisering van de zorg wordt gezien als een belangrijke oplossing voor het betaalbaar houden van het stelsel en de houdbaarheid van de langdurige zorg.³

Bovendien zal door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen de zorgbehoefte toenemen, waardoor betaalde arbeid steeds vaker zal (moeten) worden gecombineerd met bijvoorbeeld de zorg voor kinderen en naasten (SCP 2016). Dat biedt kansen, maar kent ook risico's. Zo valt er vanuit het perspectief van het combineren van taken en rollen te verwachten dat er een afruil zal plaatsvinden tussen de tijd die mensen enerzijds besteden aan werken en anderzijds aan zorgen. De kans op die afruil zal toenemen omdat de overheid op het terrein van werk en inkomen zal blijven inzetten op het verhogen van de arbeidsparticipatie.

Met het oog op deze combinatie van druk is de toerusting en facilitering van de werkende mantelzorg van belang. De vraag is of gezien de veranderende context de huidige toerusting van de mantelzorg optimaal is ingericht. Dit hoofdstuk probeert daarop meer zicht te krijgen door de kansen en risico's van informalisering van de zorg te inventariseren en na te gaan hoe mensen worden toegerust en gefaciliteerd om de verschillende rollen en taken te combineren. Daarbij is niet alleen gekeken naar de Nederlandse situatie, maar ook naar de ondersteuning van de werkende mantelzorg in Duitsland. Voor een vergelijking met het buurland Duitsland is gekozen omdat de familie (samen met de overheid) daar in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de langdurige zorg. Anders dan Nederland kent Duitsland een wederzijdse familiale solidariteit die wettelijk geregeld is (Schuyt 2013; Verbeek-Oudijk 2014, p. 42). De herzieningen die er in de laatste jaren zijn doorgevoerd, richten zich vooral op het bevorderen van de arbeidsparticipatie en het behouden van de informele zorgverlening. Daarbij zijn andere keuzes gemaakt dan in Nederland. Dit hoofdstuk laat zien welke dat zijn en stelt de vraag wat we kunnen leren van een vergelijking tussen twee landen die de zorg institutioneel verschillend georganiseerd hebben, maar voor dezelfde uitdagingen staan.

De opzet van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 9.2 beschrijven we in het kort de verschillende definities die in de literatuur worden gebruikt voor de omschrijving van het huidige informele zorgaanbod (mantelzorg en vrijwilligers). Paragraaf 9.3 gaat na welke ontwikkelingen van invloed zijn op de zorgbehoefte en het aanbod

of zintuiglijke handicap. Ongeveer 5% van de mensen krijgt verzorging vanwege cognitieve problemen, zie Movisie (2014).

3. In de memorie van toelichting van de Wlz wordt de financiële houdbaarheid van de zorg als een van de motieven genoemd om de langdurige zorg te hervormen. Om ook de toekomstige generatie goede zorg te kunnen garanderen zijn volgens de MvT duidelijke keuzes nodig om de groei van de zorguitgaven af te vlakken. Nederland blijkt in internationaal opzicht relatief veel uit te geven aan langdurige zorg. Zie: OECD 2011, p. 177; Mot 2013, p. 28.

van mantelzorgers in Nederland en Duitsland. Paragraaf 9.4 belicht de kansen en uitdagingen die zich bij de informalisering van zorg kunnen voordoen. Paragraaf 9.5 beschrijft in het kort de facilitering van de mantelzorg in Nederland. Paragraaf 9.6 biedt een schets van het juridisch kader van de informele zorg in Duitsland, de veranderingen die zich daarin hebben voorgedaan en vergelijkt de Duitse met de Nederlandse regelingen. In paragraaf 9.7 wordt stilgestaan bij de vraag wat we kunnen leren van Duitsland en wat de kansen en uitdagingen in dit verband zijn voor Nederland.

9.2 Informele zorg: definitie en kenmerken

Als het gaat om hulp aan familie en bekenden worden in de literatuur verschillende termen door elkaar gebruikt. Men spreekt over mantelzorg, vrijwilligerswerk, informele hulp of informele zorg. Hoewel deze termen overlappen, zijn er ook verschillen. De term 'mantelzorg', geïntroduceerd door Hattinga-Verschure, verwijst naar 'alle zorg die genoten in een klein sociaal netwerk aan elkaar wordt gegeven op basis van vanzelfsprekendheid en bereidheid tot wederkerigheid' (Hattinga-Verschure 1987, p. 92). Kenmerkend is dat de lijnen tussen de betrokkenen kort zijn en dat een individu zowel zorgverlener als zorgontvanger kan zijn.

Mantelzorg wordt ook wel omschreven als zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven door een of meer leden uit de directe omgeving van de hulpbehoevende. De zorgverlening vloeit direct voort uit de sociale relatie (Struijs 2006, p. 12).⁴ Dit laatste onderscheidt mantelzorg van vrijwilligerswerk. Bij vrijwilligerswerk in de zorg gaat het om 'vrijwilligers die onbetaald en onverplicht werkzaamheden verrichten in georganiseerd verband voor anderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en met wie ze – bij de start – geen persoonlijke relatie hebben' (De Boer & De Klerk 2013, p. 10). Een ander onderscheid is dat mantelzorg iemand (veelal) overkomt, doordat iemand in zijn of haar naaste omgeving beperkingen krijgt, terwijl vrijwilligers ervoor kiezen om te zorgen.

Mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg worden samen wel informele zorg genoemd.⁵ Informele zorg verwijst derhalve naar zorg en ondersteuning die wordt verleend door mantelzorgers, familieleden, burens, vrienden en vrijwilligers aan mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben zonder daarvoor aanspraak te maken op loon. Informele zorg is daarmee de tegenhanger van de professionele zorg.

In Nederland verrichten naar schatting ruim 4 miljoen mensen mantelzorg. De mantelzorg varieert in intensiteit en duur: ongeveer 610 000 mensen helpen langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week. De betrokkenheid bij mantelzorg hangt onder andere af van leeftijd, geslacht, opleiding en werk. In Nederland verlenen vrouwen vaker dan mannen zorg en is meer dan de helft van de mantelzorgers

4. Deze definitie van mantelzorg is ontleend aan de Nationale Raad voor Volksgezondheid, vanaf 2015 de Raad voor Gezondheid en Samenleving genoemd.

5. In de literatuur wordt ook nog wel een ander type van informele zorg onderscheiden namelijk de vrijwillige inzet in kleinschalig verband zoals bij burgerinitiatieven in de zorg: initiatieven worden door Kromhout (2014, p. 136) ingedeeld naar vier thema's: professionele zorg en nabuurschap (zorgcoöperaties, woongroepen, dagbesteding); individuele dienstverlening door vrijwilligers (schuldhulpmaatjes, vrijwillige hulpdiensten); samen eten (met kwetsbare mensen); en het ruilen van diensten (ruilkringen).

tussen de 45 en 64 jaar (SCP & CBS 2016, p. 106). Het percentage werkenden dat mantelzorg verleent is significant gestegen tussen 2004 en 2014 (van 13% naar 19%) en zal gezien een aantal maatschappelijke ontwikkelingen naar alle waarschijnlijkheid in de toekomst verder stijgen (Josten & De Boer 2015b, p. 422). Onderzoek naar mantelzorg in Duitsland laat zien dat ongeveer 4,7 miljoen mensen (6,9% van alle volwassenen) geregeld meer dan 7 uur per week zorg verlenen aan zorgbehoevende naasten, dat wil zeggen naasten die recht hebben op een uitkering in geld of in natura op grond van de Duitse *Pflegeversicherung* (Wetzstein, Rommel & Lange 2015). Geen data zijn beschikbaar over het aantal mantelzorgers dat buiten de verzekering om zorg verleent. Bijna twee derde van de mantelzorgers is vrouw. De meesten zijn naaste familieleden (circa 50% verzorgt de eigen ouders en 18% de partner) en ongeveer elke tiende mantelzorger is een vriend, kennis of buur van de zorgbehoevende (Rothgang 2015, p. 192). Van de 4,7 miljoen hulpverleners behoort ruim de helft (circa 2,5 miljoen) tot de potentiële beroepsbevolking en van deze 2,5 miljoen is ongeveer 1,9 miljoen daadwerkelijk actief op de arbeidsmarkt. Deze cijfers kunnen vanwege het gebruik van andere definities niet worden vergeleken met de Nederlandse cijfers.

9.3 Maatschappelijke trends, de zorgvraag en het aanbod van informele zorg

Vergelijkbare trends in Nederland en Duitsland zijn van invloed op de vraag naar en het aanbod van informele zorg. Allereerst kunnen de demografische ontwikkelingen worden genoemd: in beide landen wordt de bevolking steeds ouder, terwijl het gemiddelde geboortecijfer daalt. Het SCP heeft berekend dat het zorggebruik in Nederland onder thuiswonende ouderen tot 2030 zal gaan toenemen (met gemiddeld 1,5% per jaar), vooral onder degenen die gebruikmaken van persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding, dat wil zeggen de zwaardere vormen van zorg (Eggink, Oudijk & Sadiraj 2012, p. 11). Voor een groot deel wordt een toenemend beroep op de zorg gedreven door technologische ontwikkelingen; nieuwe mogelijkheden scheppen een nieuwe vraag. In Duitsland zal het aantal mensen dat zorgbehoevend is in de periode van 2015 tot 2030 naar schatting toenemen van 2,6 miljoen naar ruim 3,3 miljoen (Destatis 2010, p. 27).

Een andere opvallende trend is dat de gezonde levensverwachting (het aantal jaren dat mensen in als goed ervaren gezondheid leven) minder sterk toeneemt dan de totale levensverwachting en de levensverwachting zonder chronische ziekten zelfs sinds 1983 daalt (SCP & CBS 2014, p. 181). De levensverwachting zonder chronische ziekten is in de periode 1983-2013 gedaald met 4 jaar voor mannen en met bijna 10 jaar voor vrouwen. Nederlanders en Duitsers brengen dus een steeds langere periode met (chronische) ziekten door, als gevolg waarvan er een meer gevarieerde en intensieve hulpvraag ontstaat. Daarnaast zorgt de trend van individualisering voor een verandering van de zorgvraag, waarbij kan worden gedacht aan een toenemende behoefte aan autonomie en vrijheid om het leven naar eigen inzichten in te richten (bijvoorbeeld door langer zelfstandig te willen blijven wonen) (CBS 2016).

Het zorgaanbod verschilt in beide landen. In Nederland is lange tijd sprake geweest van een beleid gericht op 'defamilialisering' van zorgactiviteiten, waarbij de langdurige zorg in hoge mate was gecollectiviseerd en de overheid diverse voorzieningen

aanbod. Dit gebeurde op basis van een wettelijk verplichte volksverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die sinds 1968 het risico van langdurige en chronische zorg verzekert. Dit beleid is in de afgelopen jaren onder druk komen te staan en gewijzigd. Ouderen zullen door het ingezette beleid langer thuis moeten blijven wonen en met de Wet langdurige zorg (Wlz), de opvolger van de AWBZ, is de drempel om in aanmerking te komen voor een verpleeghuis fors hoger geworden.

Duitsland kent daarentegen van oudsher een meer familialistisch systeem; ouderen en zorgbehoevenden blijven, vergeleken met Nederland, langer thuis wonen, veelal verzorgd door hun kinderen of door andere naasten. Duitsland heeft pas vrij laat, namelijk in 1995, het zorgrisico als zelfstandig risico erkend. Dit gebeurde met de invoering van de wettelijk verplichte *Pflegeversicherung* (zorgverzekering), een verzekering die *grosso modo* vergelijkbaar is met de Nederlandse Wlz. Anders dan in Nederland is de verzekerde zorg in Duitsland echter vormgegeven als een aanvulling op de zorg die door familie, burens en andere vrijwilligers wordt verleend, waardoor de *Pflegeversicherung* slechts een deel van de kosten dekt. Heeft bijvoorbeeld een zorgbehoevende (met partner) onvoldoende inkomen of vermogen, dan neemt de overheid de kosten voor zijn rekening. De staat draait daar echter niet alleen voor op. Zijn er kinderen, dan kan de sociale dienst onder bepaalde voorwaarden de kosten bij de kinderen terugvorderen. Ouders en hun kinderen zijn in Duitsland namelijk over en weer wettelijk verplicht om bij te dragen aan het levensonderhoud.⁶ Ook in de toekomst zal informele zorg een van de belangrijkste pijlers in de maatschappelijke zorgverantwoordelijkheid zijn, temeer omdat de ‘familialistische’ benadering in het Duitse zorg- en welzijnssysteem ook inhoudt dat een beroep op algemene middelen pas in beeld komt, als voorliggende voorzieningen uitgeput zijn. En tot deze voorzieningen behoort naast de *Pflegeversicherung* ook de zorg door de familie.⁷ Binnen deze pijler nemen de zorgverplichtingen gestaag in betekenis toe, doordat mensen steeds ouder worden, de verzorging duurder wordt en de sociale fondsen leger raken (Seibl 2014, p. 1151). Sinds enkele jaren is de zorgverlening door vrouwelijke migranten uit de MOE-landen, met name uit Polen, sterk in opkomst en kan, als het zo doorgaat, worden gezien als ‘een derde pijler’ in de thuiszorg, naast de familiale en de professionele zorg.⁸

Met betrekking tot de ontwikkelingen in het aanbod van informele zorg verdient de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen de aandacht. Meer tijd voor betaalde arbeid betekent naar alle waarschijnlijkheid minder tijd voor zorg. Broese van Groenou wijst daarnaast op de meer complexe familiestructuren, de sterke toename van het aantal scheidingen en nieuwe relatie- en familievormen, die de vanzelfspre-

6. Deze vorm van solidariteit strekt ver. Ze kan maandelijks enkele honderden euro's bedragen, bestaat tot aan de dood en geldt bijvoorbeeld ook indien het contact jarenlang door de ouder is geweigerd (BGH 12 februari 2014 – XII ZB 607/12). Zij kan slechts in uitzonderlijke situaties gematigd worden of vervallen, bijvoorbeeld wanneer de ouder zelf zijn onderhoudsplicht jegens het kind heeft verzaakt. Daarnaast kent Duitsland ook een onderhoudsplicht tussen familieleden in rechte lijn. Deze kan zich theoretisch uitstrekken op (over)grootouders en (achter)kleinkinderen. Hier heeft de Sociale Dienst echter geen regresbevoegdheid in de aanspraak die de onderhoudsgerechtigde heeft op de onderhoudsplichtige.

7. § 2 SGB XII bepaalt, 'Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält'.

8. Momenteel zijn in Duitsland tussen 115 000 en 300 000 vrouwen voor een beperkte duur (tussen 6 weken en 3 maanden) in een huishouden in Duitsland aan het werk (ver.di 2014).

kendheid om zorg te willen geven bij de komende generatie informele zorgverleners (45-65-jarigen) naar alle waarschijnlijkheid negatief zullen beïnvloeden. Ook de feitelijke mogelijkheden zijn beperkter. Doordat huishoudens kleiner zijn (op dit moment is in Nederland ruim een derde van de huishoudens eenpersoonshuishouden) zijn er minder mensen in het huishouden om voor elkaar te zorgen. Bovendien is de geografische spreiding binnen families groter dan in eerdere generaties; ouders en kinderen wonen vaker ver uit elkaar, waardoor de mogelijkheden tot het verlenen van bepaalde vormen van mantelzorg, zoals persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp, beperkter zijn (Broese van Groenou 2012, p. 16).

Als gevolg van de hierboven beschreven demografische ontwikkelingen en de toename van het aantal eenpersoonshuishoudens zal de zorgvraag dus naar alle waarschijnlijkheid toenemen. Of in deze vraag kan worden voorzien, is onduidelijk. Wel ligt het in de verwachting dat in beide landen het aantal taakcombineerders zal toenemen doordat steeds meer werkenden vaker taken zullen combineren. Informele zorg wordt steeds minder als een uitsluitende activiteit verricht en steeds meer in combinatie met betaalde arbeid.

9.4 Kansen en uitdagingen van informalisering van zorg

Mantelzorg wordt vaak als een last en een verplichting gezien; mantelzorg kent echter ook belangrijke waarden, vooral vanwege de individuele aandacht en persoonlijke relatie. Bij mantelzorg gaat het niet alleen om activiteiten als eten, schoonmaken of het regelen van de financiën. Juist de emotionele verantwoordelijkheid is essentieel. Het gaat om zorgen voor elkaar (Beneken genaamd Kolmer 2011, p. 35; *Trouw* 17 september 2012, 'Andere mantelzorg vergt inleving vanuit de overheid').

Voor zowel Nederland als Duitsland geldt dat de overheid het belang van een florerend maatschappelijk middenveld onderkent, waarin burgers zich inzetten voor vrijwilligerswerk en tijd kunnen vrijmaken voor mantelzorg.⁹ Het doel is de sociale samenhang tussen burgers te versterken. Dit zorgt niet alleen voor een prettig leefklimaat, maar is ook van economische waarde. Door burgers bijvoorbeeld meer voor hun zieke en gehandicapte medeburgers te laten zorgen, kunnen de laatstgenoemden langer thuis blijven wonen en zal het beroep op (intramurale) professionele zorg kunnen verminderen.

In Nederland is het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving in de memorie van toelichting bij de Wlz dan ook als een van de belangrijkste motieven aangemerkt om het stelsel van langdurige zorg te herzien. Ook verwacht de regering een minder groot beroep op de collectieve voorzieningen als gevolg van een grotere zelfredzaamheid. Deze zelfredzaamheid kent verschillende componenten, zoals de mogelijkheid tot het inzetten van eigen vermogen en de mogelijkheid tot het inschakelen van het sociale netwerk. In de literatuur bestaat echter verschil van mening over de aard van de relatie tussen mantelzorg en professionele zorg (Verbeek-Oudijk 2013, p. 47). Als mantelzorg de professionele zorg niet vervangt maar vooral aanvult is het volgens sommigen niet realistisch te veronderstellen dat een

9. Voor Nederland zie de ontwikkelingen op het terrein van de Wmo 2015, *Stb.* 2014, 281, voorbereid in *Kamerstukken*, 33.841 en de Wet langdurige zorg, *Stb.* 2014, voorbereid in *Kamerstukken* 33.891, en voor Duitsland zie de beleidsdoelstellingen zoals opgenomen onder de titel '4. Zusammenhalt in der Gesellschaft' in *Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: Deutschlands Zukunft gestalten* 2013.

sterker beroep op mantelzorg zal leiden tot een kostenbesparing. Wel zou de informalisering, als bepaalde randvoorwaarden in acht worden genomen, bepaalde nieuwe vormen van zorg kunnen stimuleren (denk daarbij aan zorgcoöperaties of initiatieven van ouderen om zelf huisvesting te organiseren). Dergelijke initiatieven zouden wellicht op de langere termijn kunnen leiden tot een betere kwaliteit en een kostenbesparing.

Bij de informalisering ontstaan naast kansen ook risico's. Het voornaamste risico is dat beide doelen (bevorderen en/of behouden van de arbeidsparticipatie en zorgparticipatie) niet worden gerealiseerd. Enerzijds kan vanwege het streven de arbeidsparticipatie te verhogen een druk ontstaan op het (informele) zorgaanbod, anderzijds kan de toenemende behoefte aan informele zorg (c.q. de vraag naar tijd voor zorg) het arbeidsaanbod negatief beïnvloeden. Betaalde arbeid en mantelzorg concurreren in dat geval met elkaar. De vraag is of in de praktijk dergelijke spanningen zich ook daadwerkelijk zullen voordoen. Empirische studies zowel in Nederland als in Duitsland naar de relatie tussen arbeidsparticipatie en mantelzorg laten een wisselend beeld zien.

In Nederland laat een SCP-studie zien dat werkenden die intensieve mantelzorg verlenen (meer dan 4 uur per week) en relatief veel uren werken, hun arbeidsdeelname in verhoogde mate reduceerden. 17% van hen was minstens 4 uur per week minder gaan werken; 7% werkte niet meer. Ook het langdurend ziekteverzuim, van 2 weken of meer achtereenvolgend in een kalenderjaar, groeide sterk (Josten & De Boer 2015a, p. 35-36). Verder toont onderzoek van het CPB dat mantelzorg een negatieve invloed kan hebben op arbeidsmarktactiviteiten (zowel wat betreft de participatie, als wat het aantal uren en loon betreft), zeker als het om intensieve mantelzorg gaat (CPB 2013a, p. 32).

Ook in Duitsland zijn zorg en voltijd werken of werken in een grote deeltijd baan moeilijk realiseerbaar. Slechts een kwart van de mantelzorgers werkt fulltime en ongeveer 30% heeft de omvang van de dienstbetrekking als gevolg van de zorgactiviteiten gereduceerd en werkt meestal in een kleine deeltijd baan. 44% van de mantelzorgers in de leeftijd van de beroepsbevolking verricht helemaal geen betaalde arbeid (Rothgang 2015).

De uitdagingen van een informalisering van de zorg hebben niet alleen betrekking op het arbeidsaanbod, maar ook op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de informele zorg. Verschillende hulpvragers hebben geen toegang tot informele zorg omdat ze alleenstaand zijn of omdat ze slechts een heel klein netwerk hebben waarop zij een beroep kunnen doen.

Ook de potentiële overbelasting van de mantelzorgers vormt een risico (Dekker 2016). De meeste mensen kiezen niet voor het geven van mantelzorg, het overkomt hen en de belasting ervan neemt in de loop van der tijd toe. Men spreekt in dit verband wel over de mantelzorgval en/of mantelzorgklem (De Boer & De Klerk 2013, p. 26). Zowel in Duitsland als in Nederland zijn er studies die laten zien dat deze 'klem' zich voordoet.

Van de 1,9 miljoen mensen in Duitsland die mantelzorg met betaalde arbeid combineren vindt meer dan de helft de combinatie zwaar (Institut für Demoskopie Allensbach 2010). Onderzoek van de DGB (Duitse vakbond) laat zien dat werknemers met zorgverplichtingen met name lijden onder emotionele belasting en een voortdurende tijdsdruk. Ongeveer een derde van de 46-55-jarige werknemers met zorgverplichtingen geeft aan het werk onder de huidige omstandigheden niet tot

de pensioenleeftijd vol te kunnen houden. Het DAK (een grote ziektekostenverzekeraar) meldt dat meer dan de helft van de mantelzorgers door de zorgtaak minder tijd voor zichzelf heeft, wat vooral bij mantelzorgers in de leeftijd van 45 jaar en ouder negatieve gevolgen heeft voor het geestelijk welzijn (onder meer depressies). Het risico van overbelasting en sociaal isolement is volgens deze studies reëel aanwezig (DGB/Index Gute Arbeit 2010, p. 27-28; DAK 2015, p. 21 en 25).

Ook in Nederland voelt een substantieel deel van de mantelzorgers zich ernstig belast (De Boer et al. 2010, p. 313). Het geven van mantelzorg verhoogt de kans op problemen met de geestelijke gezondheid, vooral als het om intensieve mantelzorg gaat. Vooral de zorg voor een mens met dementie is zwaar, zeker als mantelzorg en patiënt samenwonen. In de *Dementiemonitor mantelzorg* zeggen bijna 4 op de 10 mantelzorgers (38%) zich door deze zorg tamelijk zwaar belast te voelen, 10% voelt zich zwaar belast en 3% voelt zich overbelast (Nivel & Alzheimer Nederland 2014, p. 12). Ook het RIVM concludeert dat participatie in de vorm van informele zorg vaak niet leidt tot een verbetering, maar tot een verslechtering van de gezondheid (RIVM 2014). Overbelasting brengt risico's mee voor de mantelzorgers en voor de afnemers daarvan. Door overbelasting en ziekte kunnen mantelzorgers uitvallen (en/of tijdelijk stoppen met betaalde arbeid) of ze kunnen niet meer de goede zorg leveren. In ernstige situaties kan dit zelfs leiden tot 'ontspoorde zorg'. In geval van overbelasting kan mantelzorg dus niet alleen maatschappelijke baten maar ook kosten met zich brengen.

De financiële consequenties van het verlenen van mantelzorg kunnen ook een risico vormen. Daarbij kan worden gedacht aan de extra kosten die mantelzorgers maken of het lagere inkomen dat zij genieten doordat zij een deel van de tijd aan zorg besteden. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een Duits onderzoek, dat werknemers die 20 uur of meer per week informele zorg verlenen, een uurloon hebben dat ongeveer 10% lager ligt dan bij collega's zonder zorgtaken (Schneider 2006, p. 502). Uit berekeningen van het Nibud blijkt dat het zorgen voor een ziek familielid kan leiden tot verlies van bijna een derde van het inkomen, als de mantelzorgers zich gedwongen voelt minder te gaan werken (Nibud 2014; *de Volkskrant* 12 september 2014, 'Mantelzorgers kunnen bijna een derde van hun inkomen verliezen'). De financiële consequenties zijn in de berekende situaties het grootst voor mantelzorgers die in de knel zitten tussen baan, gezin en zorg voor ouders. Wanneer zij noodgedwongen besluiten om minder te gaan werken of zelfs te stoppen met werken, zijn de financiële gevolgen fors.¹⁰

Tot slot kan erop worden gewezen dat een 'familialistisch systeem', waarbij de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg ligt bij naasten, familie of vrienden, een zekere 'gendergevoeligheid' kent. Omdat vrouwen (iets) vaker mantelzorg verrichten dan mannen en zij ook vaker vrijwilligerswerk met een verzorgend karakter doen, is de kans groot dat de zorg die de participatiesamenleving van burgers vraagt vooral op de schouders van (oudere) vrouwen zal neerkomen. Dit kan gevolgen hebben voor hun arbeidsdeelname of voor de zorg voor hun eigen gezin. Bovendien zijn het in dat geval ook vooral vrouwen die worden geconfronteerd met de financiële consequenties van het combineren van arbeid en mantelzorg.

10. In een brief van de staatssecretaris worden bij deze berekeningen van het Nibud kanttekeningen geplaatst. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat los van de exacte berekeningen het zeker zo kan zijn dat het verlenen van mantelzorg financiële consequenties kan hebben, zeker als mensen besluiten minder te gaan werken. Zie *Kamerstukken II 2014/15*, 30.169, nr. 38.

9.5 Toerusting en facilitering van mantelzorg in Nederland

De ondersteuning in Nederland van werknemers die informele zorg verlenen bestaat uit een breed scala aan tools, die overheid, sociale partners, arbeidsorganisaties en de markt aanbieden. De beschrijving richt zich in het onderstaande vooral op de mantelzorg en het wettelijk kader. Daarbij worden drie dimensies onderscheiden: tijd, geld en diensten. Van belang is dat bepaalde instrumenten specifiek betrekking hebben op de ondersteuning van mantelzorgers die naast het verlenen van mantelzorg ook betaalde arbeid verrichten (denk daarbij aan de verlofregelingen), terwijl andere instrumenten meer generiek worden ingezet, als ondersteuning voor alle mantelzorgers, ongeacht of zij wel of geen betaalde arbeid verrichten.

Tijd en geld

In Nederland is Wet arbeid en zorg (Wazo) de belangrijkste wet waarin verlofvormen zijn geregeld waar werknemers-mantelzorgers gebruik van kunnen maken. De Wazo geeft werknemers die mantelzorg verlenen tijd voor zorg in de vorm van verlof, al of niet met behoud van loon. Belangrijk om te benadrukken is dat de verlofregelingen verschillende doelen kunnen hebben. Zo geven bepaalde regelingen alleen recht op tijd (waarbij een garantie wordt geboden op terugkeer naar de 'oude' baan), terwijl andere regelingen tevens recht op geld bieden, waardoor het inkomensverlies dat optreedt door tijdelijk minder of niet te werken, wordt beperkt of gecompenseerd.

De Wazo is op 1 december 2001 in werking getreden (*Stb.* 2001, 567) en sindsdien een aantal keren gewijzigd. De meest recente wijziging betreft de invoering van de Wet modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden (*Stb.* 2015, 245). Volgens de memorie van toelichting bestaat de kern van de wet uit het wegnemen van belemmeringen in de Wazo en de Wet aanpassing arbeidsduur (WAA), zodat de daarin opgenomen voorzieningen flexibeler kunnen worden gebruikt (*Kamerstukken II* 2010/11, 32.855, nr. 3, zie ook Heeger-Hertter & Veldman 2015, p. 3). Met andere woorden, de Wet modernisering flexibiliseert een aantal verloven uit de Wazo. De Wazo regelt verlofvormen die met name ook van belang zijn voor het verrichten van mantelzorg. Dit zijn het calamiteitenverlof, het kortdurend zorgverlof en het langdurend zorgverlof (Burri & Heeger-Hertter 2015, p. 108).

Het recht op calamiteitenverlof bestaat voor kortdurende, bijzondere situaties waarin de werknemer zijn arbeid niet kan verrichten. Het calamiteitenverlof is bedoeld als oplossing voor onvoorziene omstandigheden; situaties die geen uitstel dulden. Met betrekking tot mantelzorg valt te denken aan de verzorging van een zieke naaste op de eerste ziekte dag of aan de begeleiding van een naaste naar een arts- of ziekenhuisbezoek. De kring van rechthebbenden omvat werknemers. Objectieve toegangsvoorwaarden ontbreken, behalve dan dat er sprake dient te zijn van een noodsituatie: zowel de verzorging als de begeleiding moet noodzakelijk zijn. De duur van het calamiteitenverlof omvat een beperkte tijd, van een paar uur tot hooguit enkele dagen. Het gaat om de tijd die nodig is om noodmaatregelen te treffen. De wet heeft het over een 'naar billijkheid te berekenen periode'. Er geldt een loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever. Daarover mogen echter af-

wijkende afspraken worden gemaakt. Dit impliceert dat er meer of minder kan worden geboden dan wettelijk geregeld.¹¹

Bij het zorgverlof kan een onderscheid worden gemaakt tussen een kortdurende variant van maximaal 2 weken en een langdurend zorgverlof van maximaal 6 weken per 12 maanden. Kortdurend zorgverlof biedt de mogelijkheid om een zieke naaste te verzorgen. Langdurend zorgverlof is mogelijk zowel voor personen die levensbedreigend ziek zijn als ook voor personen die ziek of hulpbehoevend zijn. Bij beide verlofvormen moet de zorg door de werknemer noodzakelijk zijn. De werknemer behoudt gedurende het kortdurend zorgverlof 70% van het loon (met een maximum van 70% van het maximumdagloon en minimaal het minimumloon). Het langdurend zorgverlof is onbetaald. In een cao kunnen voor beide verlofvarianten afwijkende afspraken worden gemaakt. Bovendien is het recht op het kortdurende en langdurende verlof geclausuleerd, dat wil zeggen dat het verlof kan worden geweigerd als er sprake is van een zodanig zwaarwegend bedrijfs- of dienstbelang.

De personenkring van het calamiteiten- en het kort- en langdurend zorgverlof is met de Wet modernisering regelingen voor verlof en arbeidsduur uitgebreid en geüniformeerd. Naast familieleden in de eerste graad kunnen deze verlofvormen nu ook worden opgenomen voor familieleden in de tweede graad (broer of zus, grootouders en kleinkinderen), andere huisgenoten dan kinderen of partner (bijv. inwonende tante) en anderen met wie de werknemer een sociale relatie heeft (bijv. vriend, vriendin, buurman, buurvrouw). De regering achtte dit nodig vanwege het groeiende aantal alleenstaanden, de toegenomen mobiliteit waardoor ouders en kinderen vaker op grote afstand van elkaar wonen en de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen. Door deze ontwikkelingen heeft een groeiende groep niet de beschikking over directe familieleden of huisgenoten op wie een beroep kan worden gedaan voor de noodzakelijke verzorging (*Kamerstukken II* 2013/14, 32.855, nr. 17, p. 4).

Hoewel de mogelijkheden voor verlof er dus zijn, blijkt het gebruik van de verlofregelingen laag te zijn, vooral het langdurende zorgverlof wordt niet of nauwelijks gebruikt. Slechts 2% van de werknemers neemt langdurig zorgverlof op. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: de geringe bekendheid met de regeling, de organisatiecultuur of de aanwezigheid van informele afspraken en maatwerkafspraken. Andere reden voor het geringe gebruik kan het wettelijke onbetaalde karakter zijn, temeer omdat ook in cao's maar relatief weinig afspraken gemaakt worden over loondoorbetaling bij langdurig zorgverlof (De Meester & Keuzenkamp 2011, p. 27). Uit het cao-onderzoek van SZW blijkt dat de afspraken over het langdurend zorgverlof veelal in lijn zijn met de wettelijke regelingen. In 15 cao's (waaronder 27% van de werknemers valt) is een afspraak gemaakt over de betaling van het verlof. Doorbetaling varieert van 25% tot 100 procent (Ministerie SZW 2015). Wel blijkt uit het cao-onderzoek van de AWVN dat er in toenemende mate afspraken worden gemaakt over de ondersteuning van werknemers die mantelzorg verlenen. Daarbij gaat het veelal over procedurele afspraken (zoals erkenning, het bespreekbaar maken en aandacht vragen voor mantelzorg) (SER 2016, p. 96).

11. Met dit zogeheten twee derde respectievelijk vijf achtste dwingend recht wilde de wetgever in de Wazo benadrukken dat het wettelijke recht normstellend, uitgangspunt is. Werknemers hebben dus een recht. Dit is alleen anders als er andere afspraken in een cao, of tussen werkgever en de ondernemingsraad respectievelijk de personeelsvertegenwoordiging gemaakt zijn. Zie *Kamerstukken II* 2001/02, 28.467, nr. 3, p. 5 en 12.

Naast de verschillende verlofregelingen kan flexibel werken een bijdrage leveren aan de combinatie van arbeid en mantelzorg. Sinds 1 januari 2016 vormt de Wet flexibel werken (Wfw) het wettelijk kader. De Wfw, die de WAA vervangt, heeft tot doel flexibel werken te bevorderen door werknemers meer mogelijkheden te geven om thuis te werken en op voor hen gunstige tijden te werken. Naast aanpassing van de arbeidsduur (dat was al mogelijk via de WAA) regelt de Wfw ook de aanpassing van de werktijden en de arbeidsplaats. Daarbij gaat het niet om een onvoorwaardelijk recht op thuiswerken. De wet regelt het recht om het verzoek te doen om te mogen thuiswerken. Daarnaast kan de werkgever het verzoek om aanpassing van de arbeidsduur of de werktijden afwijzen indien er een zwaarwegend bedrijfs- of dienstbelang is. Verder bepaalt de Arbeidstijdenwet (ATW) expliciet dat de werknemer zeggenschap heeft over zijn arbeidstijd(patroon). Bij het vaststellen daarvan moet namelijk, voor zover redelijkerwijs mogelijk, rekening worden gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de werknemer buiten de arbeid. Onder persoonlijke omstandigheden vallen nadrukkelijk ook zorg(taken) voor (afhankelijke) familieleden, verwanten en naasten (art. 4:1a ATW).

Tot slot kan nog een ‘tijdsregeling’ worden genoemd die specifiek op mantelzorgers is gericht: respijtzorg waarbij beroepskrachten of vrijwilligers de zorgtaken van mantelzorgers overnemen. Respijtzorg kan incidenteel worden gebruikt, ze kan echter ook structureel worden ingezet. Op deze manier kan de werkende mantelzorgers bijvoorbeeld een dagdeel per week of een weekend per maand verlof nemen. De betaling van respijtzorg (afhankelijk van de benodigde voorzieningen) gebeurt veelal uit de Wlz of via een persoonsgebonden budget (pgb). Daarnaast kan de gemeente financiële ondersteuning bieden vanuit de Wmo.

Diensten

Met de invoering van de Wmo in 2007 hebben gemeenten de taak om mantelzorgondersteuning te organiseren. Het aanbod varieert sterk; van individuele tot collectieve voorzieningen, van algemeen tot doelgericht aanbod. Uit de Wmo-evaluatie van het SCP (2014) blijkt dat de ondersteuning die gemeenten mantelzorgers bieden vooral bestaat uit: informatie (96%); advies, ondersteuning en begeleiding (94%); respijtzorg (82%); voorlichting en training (83%); emotionele ondersteuning (76%) en praktische hulp (70%). Gemeenten organiseren ook evenementen: bijvoorbeeld ontmoetingen met andere mantelzorgers of lotgenotencontact om de belasting van mantelzorgers te verlichten en waardering te uiten. Een enkele keer noemden gemeenten nog de bemiddeling in vrijwillige inzet – voor netwerkversterking of specifieke klusjes –, het aanbod van een abonnement op ShareCare (digitale tools om bijvoorbeeld de logistieke vragen rondom mantelzorg te organiseren) of een woonoplossing zoals een aanleunwoning (Klerk et al. 2015, p. 144). Daarnaast komen er op de markt allerlei initiatieven tot stand voor de ondersteuning van mantelzorgers, denk daarbij aan apps die erop gericht zijn aanbod en vraag te koppelen en de organisatie van de mantelzorg te vergemakkelijken. Technologische ontwikkelingen stimuleren deze initiatieven en bieden nieuwe mogelijkheden.

9.6 Facilitering van de informele zorg in Duitsland

Ook de ondersteuning in Duitsland van werknemers die informele zorg verlenen bestaat uit een breed scala aan instrumenten. In het onderstaande volgt een beschrijving van de verschillende dimensies tijd, geld en diensten.

Tijd en geld

In Duitsland hebben werknemers die tijd nodig hebben voor zorg op basis van het *Pflegezeitgesetz* (PflegeZG, Zorgtijdwet) uit 2008 en het *Familienpflegezeitgesetz* (FPFZG, Familiezorgtijdwet) uit 2012 drie opties, namelijk het kortdurend werkverzuim van 10 verlofdagen (vergelijkbaar met het Nederlandse kortdurend zorgverlof) en twee vormen van langdurend zorgverlof: de zorgtijd en de familiezorgtijd. De zorgtijd duurt 6 maanden en kan zowel voltijds als in deeltijd worden opgenomen, de duur van de familiezorgtijd is maximaal 2 jaar, maar kan alleen in deeltijd worden opgenomen. Om de band met de arbeidsmarkt in stand te houden, moet de werknemer minimaal 15 uur per week blijven werken. Hierdoor is de familiezorgtijd vooral bedoeld voor werknemers die voltijds werken of werkzaam zijn in grote deeltijdbanen. De maximale verlofduur geldt per zorgbehoevende per kalenderjaar. Werknemers met een grote familiekring kunnen dus meerdere keren per jaar zorgtijd opnemen. Tijdens de drie verlofvormen geldt een zeer vergaand opzegverbod voor de werkgever, waardoor de werknemer beschermd wordt voor het risico van ontslag.

Werknemers kunnen het kortdurend werkverzuim altijd claimen, ongeacht de grootte van het bedrijf. Het recht is zonder meer afdwingbaar. Dit is anders bij de zorgtijd en de familiezorgtijd. Een afdwingbaar recht dat niet geweigerd kan worden, bestaat hier alleen bij werkgevers met in de regel 15, respectievelijk 25 werknemers (Preis & Nehring, 2008). Bij de (familie)zorgtijd hoeft de werkgever echter niet in te stemmen met de verdeling van de arbeidstijd die de werknemer voorstelt, als dringende bedrijfsbelangen strijdig zijn met de wens van de werknemer. Werknemers zijn aan de afgesproken verlofperiode gebonden en behoeven toestemming van de werkgever voor voortijdige beëindiging.

De drie verlofvormen zijn mogelijk voor een ruime familiekring. Daartoe behoren sinds 1 januari 2015 ook de stiefvader, -moeder en -kinderen. Werknemers hebben alleen een recht op verlof als de naaste zorgbehoevende is in de betekenis van de *Pflegeversicherung* en thuis woont. Dit kan zowel het huis van de zorgbehoevende zijn, als ook de woning van de mantelzorger of van een derde. Deze 'wooneis' past bij het streven van de wetgever om zorgverlening buiten de instellingen te ondersteunen. Per 1 januari 2015 is hij echter versoepeld. Voor minderjarigen en voor de begeleiding van naasten in de laatste levensfase bestaan de verlofrechten ook als de zorgbehoevende opgenomen is in een (intramurale) instelling.

Sinds 2015 is de financiële positie van de verlofganger met de invoering van twee *Pflegestärkungsgesetzen* (Wetten ter verbetering van zorg) verbeterd. Werknemers hebben een recht op renteloos krediet dat de staat verstrekt. Bij de (parttime) familiezorgtijd bedraagt de hoogte van het krediet de helft van het door het verlof geleden inkomensverlies. De zorgtijd kent een kredietplafond dat de werknemer moet beschermen tegen te hoge financiële lasten in de fase van terugbetaling (BT-Drs. 18/3124, p. 35). De krediethoogte is gemaximeerd tot de helft van het loonverlies behorend bij een verlofomvang van 25 uur en geldt dus ook voor de voltijdse ver-

lofvariant. Recht op het renteloze krediet bestaat in alle ondernemingen, ongeacht de grootte. Terugbetaling van het krediet gebeurt maandelijks na het verlof als de werknemer weer in zijn oude omvang werkt. Is de werknemer daartoe niet in staat (bijvoorbeeld door arbeidsongeschiktheid of door overlijden), dan komen deze kosten voor rekening van de staat.

Tijdens het kortdurend werkverzuim (tiendaags verlof) hebben werknemers recht op een looncompensatie. De hoogte bedraagt bruto 90% van het gederfde netto-inkomen (tot een maximuminkomen). Dit zogeheten *Pflegeunterstützungsgeld* (zorgsubsidie) wordt betaald door de *Pflegeversicherung* van de zorgbehoevende (door deze maatregel steeg de premie van de *Pflegeversicherung* met 0,3%).

Over het gebruik van de regelingen zijn nog weinig gegevens beschikbaar. Uit een enquête onder meer dan 1000 huishoudens met een inwonende zorgbehoevende blijkt dat nog slechts 1% gebruik heeft gemaakt van het kortdurend werkverzuim van 10 werkdagen.¹² De helft van de ondervraagden gaf als reden voor het niet-gebruik aan dat er nog geen noodzaak bestond, bij een kwart was de regeling niet bekend en 10% zag ervan af uit vrees voor moeilijkheden met de werkgever. 9% was zzp'er of voldeed om andere redenen niet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het verlof. Ook de zorgtijd werd weinig gebruikt: slechts 6% van de mantelzorgers maakte hiervan gebruik. De eerste grote evaluatie in opdracht van het Federale Ministerie voor Familie, Senioren, Vrouwen en Jeugd wordt in 2019 verwacht.

Een andere optie, naast de (familie)zorgtijd en het kortdurend werkverzuim, is een reductie van de arbeidstijd op basis van het *Teilzeitbefristungsgesetz*, het Duitse equivalent voor de Nederlandse Wet flexibel werken. De werkgever mag – net als in Nederland – een verzoek van de werknemer slechts weigeren bij zwaarwegende bedrijfsbelangen.

Op het terrein van arbeidstijden is er weinig steun voor mantelzorgers. Het *Arbeitszeitgesetz* (Arbeidstijdenwet) houdt alleen expliciet rekening met werknemers in ploegendienst. Als zij belast zijn met de zorgplicht voor een zwaar zorgbehoevende naaste kunnen ze van nachtdiensten worden vrijgesteld, vooropgesteld dat geen zwaarwegende bedrijfsbelangen hieraan in de weg staan. De wet biedt wel de mogelijkheid om in collectieve arbeidsovereenkomsten ten gunste van de werknemer met zorgverplichtingen van de vrij strikte Arbeidstijdenwet af te wijken.

Diensten

Informele zorgverleners, ongeacht of ze betaalde arbeid verrichten of niet, worden vaak geconfronteerd met allerlei praktische problemen. Daarom heeft de wetgever *Pflegestützpunkte* (zorgsteunpunten) in het leven geroepen, die mantelzorgers kunnen informeren en adviseren en daarmee helpen een ongewenste opname in een instelling te voorkomen. Ook zijn er cursussen voor mantelzorgers. Deze worden door verschillende organisaties aangeboden, zoals zorgverzekeraars, buurthuizen, charitatieve instellingen, maatschappelijk werk, etc. en kunnen, indien gewenst, ook in de woonomgeving van de zorgbehoevende worden gevolgd. Onlinecursussen zijn in ontwikkeling. De inhoud van de cursussen is uiteenlopend en kan betrekking

12. De enquête vond plaats tussen november 2015 en juni 2016 en werd uitgevoerd door het ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Saarbrücken in opdracht van de Hans-Böckler-Stiftung (Hielscher, Kirchen-Peters & L. Nock 2017, p. 92-93).

hebben op hulpmiddelen en woningaanpassingen, op het leren van verpleegkundige handelingen (hartslag en bloeddruk meten, lichaamsverzorging, decubitus en trombose profylaxe, terminale zorg, etc.) of op uitwisseling van ervaringen met andere informele zorgverleners. De kosten voor deze cursussen komen over het algemeen ten laste van de *Pflegeversicherung* van de zorgbehoevende. Diensten worden ook aangeboden op het terrein van vervanging van informele zorgverleners. Bij de *Tagespflege* (dagopvang) gaat de zorgbehoevende enkele uren per dag naar een intramurale instelling. *Kurzzeitpflege* en *Verhinderungspflege* (respitzorg) maken opname voor maximaal 8 weken per jaar in een instelling, respectievelijk vervanging van mantelzorg gedurende 6 weken per jaar door professionele zorg mogelijk. Voor deze diensten betaalt de *Pflegeversicherung* een vaste vergoeding. Recht op deze vergoeding bestaat ook als de zorgbehoevende in het buitenland verblijft.¹³ Ten slotte bestaat voor mantelzorgers onder bepaalde voorwaarden de mogelijkheid van een *Erholungskur* (rustkuur) op kosten van de *Pflegeversicherung*.

Met bovengenoemde regelingen beoogt de wetgever de maatschappelijke betrokkenheid ten aanzien van langdurige zorg te versterken en de kwaliteit ervan te verbeteren. Het doel is om informele zorgverlening te ondersteunen en het risico op lichamelijke en mentale overbelasting bij de mantelzorgers te verlagen. Daar past ook bij dat mantelzorgers die wekelijks minimaal 14 uur zorg verlenen en niet meer dan 30 uur betaald werken, verzekerd zijn tegen ongevallen tijdens het verrichten van de mantelzorgactiviteiten.

Ook kunnen werknemers die omwille van familie­zorg een tijdlang niet betaald hebben gewerkt en na de zorg­tijd weer terug willen keren naar de arbeidsmarkt, ondersteuning krijgen bij re-integratie. De ondersteuning kan bestaan uit coaching en bemiddeling. Herintreders die niet over een afgeronde beroepsopleiding beschikken, kunnen onder bepaalde voorwaarden de kosten voor een opleiding of scholing vergoed krijgen.

9.7 Toekomstige vraagstukken: wat kunnen we leren van de vergelijking tussen Nederland en Duitsland?

In veel Europese landen is op dit moment een discussie gaande over de wijze waarop de facilitering van het combineren van betaalde arbeid met (mantel)zorg-taken dient te worden vormgegeven. De urgentie van dit vraagstuk vloeit voort uit zowel maatschappelijke als beleidsmatige veranderingen. Zo zorgen de toenemende levensduur en het toenemende aantal chronische zieken voor een groeiende zorgbehoefte en tegelijkertijd neemt door de vergrijzing de druk op de arbeidsparticipatie toe. Ook vindt in veel landen een hervorming van het systeem van langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken, gehandicapten plaats.

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de oplossingen ten aanzien van ondersteuning van de werkende mantelzorger in Nederland en Duitsland verschillen. De verschillen zijn uiteraard voor een deel te verklaren doordat de vertrekpositie van de genoemde landen anders is. Duitsland kent vanouds her een meer 'familialistisch' systeem,

13. BSG 20.04.2016 – B 3 P 4/14 R. In deze zaak verzorgde een familielid een zorgbehoevende. Samen gingen ze op vakantie naar Zwitserland. Een derde reisde mee om respitzorg te verlenen. Het *Bundessozialgericht* oordeelde dat niet alleen de zorgkosten van de zorgbehoevende maar ook de reis- en verblijfkosten van de meereizende derde door de *Pflegeversicherung* moeten worden vergoed.

waarbij het gezin de primaire verantwoordelijkheid draagt voor het welzijn van het individu. In Nederland is daarentegen lange tijd sprake geweest van ‘defamilialisering’ van zorgactiviteiten; de langdurige zorg was in hoge mate gecollectiviseerd, waarbij de overheid diverse voorzieningen aanbood en de informele zorg een minder grote rol speelde.

Tegelijkertijd zijn deze verschillen te herleiden tot andere keuzes. De vormgeving van de facilitering en de toerusting van de werkende die rollen en taken combineert verschilt. Opvallend is dat in Duitsland sterk wordt ingezet op zowel tijd als geld en dat in de financiering van het verlot de werkgever buiten schot blijft.

De Duitse wetgever heeft, in vergelijking tot Nederland, gekozen voor verlofvormen met een vrij lange verlofduur en een vérgaande bescherming. In ondernemingen met een bepaalde omvang geven de Duitse verlofvormen de werknemer een afdwingbaar recht, terwijl de Nederlandse verlofrechten geclausuleerd zijn. Bij de familiezorgtijd wordt de band met de arbeidsmarkt behouden doordat men minimaal 15 uur per week moet blijven werken. Ook anders is dat er in Duitsland een verlofduur per zorgbehoevende bestaat en niet, zoals in Nederland, een jaarlijks absoluut maximum aantal verlofdagen per werknemer. Verder kennen de Duitse verlofregelingen, in vergelijking met de Nederlandse, een strikt ontslagverbod. Ten slotte gelden voor mantelzorgers die omwille van zorgverplichtingen helemaal zijn gestopt met werken specifieke rechten op ondersteuning bij de terugkeer naar de arbeidsmarkt, zoals coaching, bemiddeling en scholing.

Alle verlofvormen in Duitsland kennen sinds de invoering van de *Pflegestärkungsgesetzen* in 2015 een voorziening voor het opvangen van het inkomensverlies. De inkomensderving bij de twee lange verlofvormen is beperkt tot het verlies van de helft van het aantal uren dat men minder werkt en wordt gedragen door verlofganger en overheid gezamenlijk. Werkgevers in Duitsland spelen daarbij geen rol. Het (familie)zorgverlof in Duitsland wordt gefinancierd middels een krediet, terwijl in Nederland het langdurende zorgverlof, met uitzondering van bepaalde cao-afspraken, onbetaald is. Ook bij het kortdurende tiendaagse verlof blijft de werkgever in Duitsland buiten beeld. Hier komt de compensatie van de volledige loonderving ten laste van de *Pflegeversicherung* van de zorgbehoevende en niet, zoals in Nederland, voor rekening van de werkgever. De toerusting in Duitsland blijkt dus meer dan in Nederland een gedeelde verantwoordelijkheid te zijn, waarbij de overheid en het individu een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben.

In Nederland wordt de ‘oplossing’ voor de toerusting van de werkende mantelzorgers tot nu toe vooral gezocht in het arbeidstijdenregime en niet zozeer in een uitbreiding van de verloffaciliteiten. Het in deeltijd werken en de mogelijkheid om de arbeidsduur aan te passen bieden het ‘ventiel’ voor de toenemende combinatiedruk. Daarbij ligt het financiële risico om arbeid en mantelzorg te combineren vooral bij het individu en de werkgever.

Alleen op het terrein van de praktische ondersteuning van mantelzorgers(diensten) speelt in Nederland de overheid een rol. Daarbij hebben gemeenten een regiefunctie als het gaat om het versterken van de positie van mantelzorgers, het verbinden van informele en formele ondersteuning en zorg en het verlichten van mantelzorg.

Gezien de maatschappelijke en demografische veranderingen is het de vraag of de Nederlandse vormgeving van toerusting en facilitering in de toekomst voldoende robuust zal zijn om de risico's van het combineren van arbeid en zorg te verminderen. Twee vraagstukken springen daarbij in het oog. Allereerst de toerusting van de werkende mantelzorgers die langdurig en/of intensief mantelzorg verleent en ten tweede de toerusting en facilitering van bepaalde sociale groepen in de samenleving die mantelzorg verlenen.

Het eerste vraagstuk is complex, omdat mantelzorg (intensief of minder intensief) een grote diversiteit kent waar het gaat om de verleende hulp als om de mantelzorgers en de zorgbehoevende. Gezien deze diversiteit varieert ook de behoefte aan ondersteuning. Sommige mantelzorgers hebben behoefte aan tijd, bijvoorbeeld in de vorm van verlof, of aan een flexibele indeling van de tijd, zoals flexibele werktijden en de mogelijkheid tot thuiswerken, anderen hebben baat bij praktische ondersteuning, bijvoorbeeld diensten zodat bepaalde taken kunnen worden uitbesteed of er is behoefte aan respijtzorg. De vraag is hoe aan deze diversiteit tegemoet kan worden gekomen en hoe die toerusting (in een samenleving waarin iedereen ook op de arbeidsmarkt participeert) kan worden vormgegeven.

De Duitse vormgeving van de familiezorgtijd, waarbij gekozen is voor een meer publiek arrangement en een uniforme regeling, zou voor dit vraagstuk aanknopingspunten kunnen bieden. Ondersteuning voor langdurige en/of intensieve mantelzorg bestaat er niet alleen in de vorm van tijd, maar ook in de vorm van geld. Daarbij dient echter te worden aangetekend dat het nog wat vroeg is om beleidslessen uit de Duitse casus te trekken, simpelweg omdat de maatregelen daar pas net zijn ingevoerd, en er nog weinig inzicht is in het gebruik ervan en weinig zicht is op de effecten van een dergelijk langdurig verlof op bijvoorbeeld de arbeidsparticipatie. De in 2015 ingestelde onafhankelijke Adviesraad voor de combinatie van arbeid en zorg zal naar verwachting pas in juni 2019 de eerste bevindingen naar buiten brengen.¹⁴

In de tussentijd zou voor Nederland wel kunnen worden nagegaan wat de voordelen van een kredietregeling met terugbetalingsverplichting zijn en of een kredietregeling een goede aanvulling biedt op bestaande Nederlandse cao-bepalingen. Een voordeel van een kredietregeling is naar alle waarschijnlijkheid dat de faciliteit niet snel oneigenlijk zal worden gebruikt, juist omdat de inkomensaanvulling door de werknemer zelf wordt betaald. Een mogelijk nadeel is dat de toegankelijkheid van een dergelijke regeling beperkt zal zijn voor de lage inkomens.

Het tweede vraagstuk verwijst naar de vraag of bepaalde sociale groepen in de samenleving voldoende mogelijkheden hebben om werk en zorg te kunnen combineren. Dit hangt tevens samen met de veranderingen die op de arbeidsmarkt plaatsvinden, zoals de toename van het aantal zzp'ers en de flexibilisering op de arbeidsmarkt. Zelfstandigen hebben minder toegang tot de arrangementen dan werknemers. Daar staat echter tegenover, dat zolang het verlof onbetaald is, een zzp'er geen behoefte heeft aan een afdwingbaar recht op tijd zolang hij of zij eigen

14. <http://www.bafza.de/aufgaben/unabhaengiger-beirat-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-geschaefsstelle.html>.

baas is (Plantenga 2017). Voor flexwerkers en laagopgeleiden geldt dat zij minder gemakkelijk een beroep kunnen doen op de regelingen om arbeid en mantelzorg te combineren. Laagopgeleid werk biedt namelijk vaak minder mogelijkheden voor flexibiliteit in tijd en plaats en het is veelal voor deze groep financieel minder haalbaar om verlof op te nemen.

Dit vraagstuk raakt dus aan een bredere discussie die vooral in Nederland speelt en te maken heeft met het snel groeiend aantal zzp'ers en werknemers met een tijdelijk contract. Ook de Duitse regelingen bieden geen pasklare oplossingen voor de toerusting van deze specifieke groepen. Het verlofstelsel is daar in de praktijk voornamelijk toegankelijk voor werknemers met een vast contract en voor de kredietfaciliteit komen vooral werknemers in aanmerking met een (enigszins) vast dienstverband.

De vergelijking laat zien dat het nog niet gemakkelijk is om voor beide vraagstukken een passend antwoord te formuleren. Een duidelijke les die wel kan worden getrokken uit de vergelijking is dat de Duitse casus laat zien dat ondanks de nadruk die gelegd wordt op de informele zorg er meer ondersteuning wordt geboden en de overheid een belangrijke rol blijft spelen bij de toerusting van de mantelzorger, vooral op het moment dat hij of zij intensieve en langdurige mantelzorg verleent. Mantelzorg is zeker niet alleen een verantwoordelijkheid van het individu en/of de werkgever. Die keuze kan ook worden verdedigd op grond van efficiëntie argumenten. Het is immers niet mogelijk om voor het verlenen van mantelzorg een verzekering op de particuliere markt af te sluiten, omdat er sprake is van een niet-verzekerbare risico (vanwege de aard van het risico, namelijk het is beïnvloedbaar). Daarnaast zijn er aan het verlenen van mantelzorg (vooral intensieve en langdurige mantelzorg) negatieve externe effecten verbonden, die samenhangen met de vermindering van arbeidsparticipatie en de daaraan verbonden kosten voor de maatschappij (Barr 2004; Koopmans 2007).

Bij de facilitering en toerusting van de werkende mantelzorger dient de overheid dus een rol te spelen. Zeker in een samenleving waarin in toenemende mate verschillende rollen en taken zullen worden gecombineerd en werkenden meer en meer verantwoordelijk zullen zijn voor het verlenen van mantelzorg.

9.8 Bijlage

| Regelingen → Aspecten ↓ | NEDERLAND | | | DUITSLAND | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | Calamiteiten- verlof | Kortdurend zorgverlof | Langdurend zorgverlof | Kort- durend werk- verzuim | Zorgtijd | Familie- zorgtijd |
| Afdwingbaar- heid van de vrijstelling | Wettelijk recht met afwijkings- mogelijkheden | Wettelijk recht met afwijkings- mogelijkheden | Wettelijk recht met afwijkings- mogelijkheden | Wettelijk recht | Wettelijk recht | Wettelijk recht |
| Eisen t.a.v. bedrijf | Nee | Zwaarwegend bedrijfsbelang | Zwaarwegend bedrijfsbelang | Nee | Meer dan 15 werk- nemers | Meer dan 25 werk- nemers |
| Doel verlof | Onvoorzienbare omstandig- heden; zeer bijzondere persoonlijke omstandig- heden | Noodzakelijke verzorging van zieke naaste | Noodzakelijke verzorging van naaste die levensbedrei- gend ziek, ziek of hulpbe- hoevend is | | | |
| Relatie tot zorg- ontvanger | Familie in de eerste en tweede graad; sociale relatie (al dan niet inwonend) | Familie in de eerste en tweede graad; sociale relatie (al dan niet inwonend) | Familie in de eerste en tweede graad; sociale relatie (al dan niet inwonend) | Ruime familie- kring | Ruime familie- kring | Ruime familie- kring |

| Tijd | Korte tijd | Maximaal 2 weken / jaar*; **** | Maximaal 6 weken / jaar**; **** | 10 dagen | 6 maanden / zorgbehoevende | 2 jaar / zorgbehoevende |
|--|---------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
| Aard van de vrijstelling | Volledig | Volledig / deeltijd | Volledig / deeltijd | Volledig | Volledig / deeltijd | Deeltijd |
| Geld | Loondoorbetaling*** | 70% (max.dag)loon (minstens wettelijk minimumloon)* ** | Onbetaald, tenzij afspraak (in cao) | 90% (max.dag) loon | Loonaanvulling als voorschot ter hoogte van de hoogte van de maximaal 12,5 uur | Loonaanvulling als voorschot ter hoogte van de helft van het loonverlies |
| Financiering | Werkgever | Werkgever, tenzij uitkering uit verzekering | Werknemer, tenzij afspraak in (cao); dan (mede) door werkgever | Zorgverzekering van zorgbehoevende | Werknemer, overheid (renteloos krediet) | Werknemer, overheid (renteloos krediet) |
| Mogelijkheid tot voor-tijdige beëindiging | N.v.t. | N.v.t. | Ja | N.v.t. | Ja, met toestemming werkgever | Ja, met toestemming werkgever |
| Opzegverbod wegens verlof | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Opzegverbod tijdens verlof | Nee | Nee | Nee | Ja | Ja | Ja |

* Bij kortdurend zorgverlof heeft de werknemer recht op maximaal 2 maal het aantal uren dat hij/zij per week werkt.

** Bij langdurend zorgverlof heeft de werknemer recht op maximaal 6 maal het aantal uren dat hij/zij per week werkt.

*** Afwijking in het nadeel van de werknemer is mogelijk bij cao of, bij gebreke daarvan, bij schriftelijke overeenkomst met de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging.