

NOVAcura, 43(4), 45-47, ©2012 Verlag Hans Huber Hogrefe

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift veröffentlichten Artikel. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

Careum unterstützt Open Access und stellt diesen Artikel als Post-Print (letzte Manuskript-Fassung nach dem Peer Review-Verfahren) online zur Verfügung. Die Verlagsfassung darf aus urheberrechtlichen Gründen nicht online zugänglich gemacht werden. Sie ist unter der doi:10.1024/1662-9027/a000034 abrufbar.

Globalisierung im Privathaushalt

Care-Migration ist offensichtlich Teil des Pflegemarktes, auch in der häuslichen Versorgung. Vermittelt über Agenturen oder über persönliche Netzwerke sind Care-Migrantinnen Teil eines häuslichen Versorgungssystems, in dem sie allein, gemeinsam mit Angehörigen oder zusätzlich mit kommerziellen oder gemeinnützigen Spitexdiensten tätig sind. Somit hält der globalisierte Arbeitsmarkt in Schweizer Privat-haushalten Einzug.

Von Karin van Holten und Iren Bischofberger

In der Schweiz werden Leistungen der häuslichen Versorgung vermehrt an sogenannte Care-Migrantinnen delegiert. Vornehmlich sind dies Frauen aus Ostdeutschland oder osteuropäischen EU-Ländern, die einige Wochen oder Monate in Privathaushalten von pflegebedürftigen Personen arbeiten und dazwischen vorübergehend in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Dabei wechseln sich in der Regel mehrere Care-Migrantinnen im selben Haushalt turnusmässig ab. Entsprechend wird auch von «Pendelmigrantinnen» gesprochen. In vielen Fällen leben diese als sogenannte «Live-Ins» im selben Haushalt mit den Pflegebedürftigen.

Zusammenwirken im Privathaushalt

Wenn vielfältige Akteure in der häuslichen Versorgung tätig sind, drängen sich Fragen auf, wie im Privathaushalt zusammen gearbeitet und kommuniziert werden soll. Wie sind die jeweiligen Verantwortlichkeiten geregelt? Wie und von wem werden Aufgaben zugewiesen, erklärt und kontrolliert? Wer steuert die Zusammenarbeit? Angesichts zunehmend anspruchsvoller und lang dauernder Krankheits- oder Behinderungsverläufe und weil Pflege, Betreuung und Behandlung vermehrt vom stationären in den ambulanten Raum verlagert werden, ist eine gut durchdachte Arbeitsteilung angezeigt. Für die Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen gibt es bislang keinerlei Vorgaben oder Qualitätsstandards. Deshalb sind Privathaushalte und häusliche Pflegedienste weitgehend auf sich selber gestellt. Von der professionellen Pflege wird oft die Frage nach der Qualifikation für die Pflege- und Betreuungsarbeit im Privathaushalt aufgeworfen. Care-Migrantinnen verfügen in der Regel nicht über die notwendige Ausbildung für pflegetechnische, kommunikative oder koordinative Massnahmen. Entsprechend ist diese Frage durchaus gerechtfertigt. Allerdings gibt es kaum Hinweise, ob professionelle Kriterien der Versorgungsqualität auch den Vorstellungen von Pflegebedürftigen, bzw. von Angehörigen entsprechen. Insofern die Versorgungsqualität nicht pauschal als genügend oder ungenügend bewertet werden. Ein wichtiger Qualitätsfaktor sind sicherlich die Arbeitsbedingungen und die Begleitung der Care-Migrantinnen. Meistens arbeiten diese in einer stark isolierten Situation und sind viele Stunden pro Tag alleine auf sich gestellt. Deshalb sind ein kluger Qualifikations-Mix und die Erreichbarkeit von Beratungspersonen im betreffenden Privathaushalt ein wichtiger Baustein.

Kluger Qualifikations-Mix

Für den Qualifikations-Mix gilt es abzuwägen, welche Handlungskompetenzen über den Tag verteilt verfügbar sein müssen, um die individuelle häusliche Versorgungssituation für die pflegebedürftige Person und auch die Angehörigen physisch, psychisch und sozial stabil zu halten. In der Regel ist ein Tätigkeitskatalog von erlaubten und unerlaubten Handlungen der verschiedenen Akteure im Privathaushalt wenig hilfreich, denn die Versorgung ist situativ mehr oder weniger gut handhabbar. Wesentliche Einflussfaktoren sind: Dynamik und Symptomatik der Krankheit oder Behinderung, Versorgungslogistik von Hilfsmaterialien und Apparaturen, räumliche Gegebenheiten, finanzielle Ressourcen und nicht zuletzt der Bildungsstand und das Informationsverhalten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. In manchen Haushalten sind all diese Einflussfaktoren genügend handhabbar, so dass auch eine Kumulation von Schwierigkeiten gemeistert werden kann. Oft sind jedoch zusätzlich zu den Care-Migrantinnen koordinative und kommunikative Hilfen von häuslichen Pflegediensten oder Hausarztpraxen nötig, um reibungslose Abläufe zu sichern.

Ins Feld geführten werden – nebst Sprachkompetenzen – auch immer wieder Qualitäten wie emotionale Zuwendung, Fürsorge, Geduld und Einfühlungsvermögen. Sie sind ein integraler Teil jeglicher Arbeit mit pflegebedürftigen Personen – unabhängig vom Qualifikationsniveau. Mit dieser Auflistung sogenannter Alltagsqualifikationen, die den Care Migrantinnen zugesprochen werden, läuft man Gefahr, deren Arbeit als reine emotionale Zuwendung zu fassen und damit das Verhältnis eher als Privatbeziehung denn als Arbeitsbündnis zu definieren. Dies gilt es zu vermeiden, da eine klare Trennung zwischen Arbeits- und Freizeit aufgrund des Arbeitsfelds Privathaushalt ohnehin schon schwierig ist. Die Arbeitsbeziehung sollte vielmehr durch eine durchdachte Arbeitsteilung mit den Angehörigen, den häuslichen Pflegediensten, den Hausärzt/innen und weiteren Dienstleistern bestimmt sein. Dies optimiert die Versorgungsqualität und verhindert die soziale Isolation der Care-Migrantinnen.

Aussenpolitische Änderungen und ihre Auswirkungen

Seit Mai 2011 ist die erweiterte Personenfreizügigkeit in Kraft. Staatsangehörige der EU-8-Staatenii haben uneingeschränkt Zugang zum Schweizer Arbeitsmarkt.iii Dies entschärft die Problematik der Schwarzarbeit von Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, mit der manche Haushalte mit Pflegebedürftigen konfrontiert waren. Für Care-Migrantinnen aus Drittstaaten (ausserhalb der EU/EFTA) gibt es jedoch weiterhin keinen legalen Zugang zu diesem Bereich des Schweizer Arbeitsmarkts. Obwohl noch keine verlässlichen Zahlen vorliegen, ist davon auszugehen, dass das Angebot an Care-Migrantinnen in Schweizer Privathaushalten nun steigen wird. Weitere wichtige Rechtsfragen bleiben jedoch offen, so beispielsweise im Bereich des Arbeits- und Sozialversicherungsrechts. Aufgrund der Arbeitsverhältnisse und Anstellungsbedingungen ist die Arbeit in vielen Privathaushalten als prekär zu bezeichnen. Das gilt besonders für Live-In-Arrangements. Selbst wenn Freizeit gewährt wird, verwischen hier aufgrund des Zusammenlebens und der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit, die Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit. Auch Fragen zu Sozialleistungen bei Krankheit oder Unfall und zu Lohnfortzahlung bei Tod der gepflegten Person sind oft nicht klar geregelt.

Schweizer Lösungsansätze

Auch wenn sich die Globalisierung im Privathaushalt nicht aufhalten lässt, sollte sich das Augenmerk auf «hauseigene» Lösungsansätze, das heisst Schweizer Angebotsstrukturen und Dienstleistungen, richten. Denn der Mangel an bedarfsgerechten Angeboten für die häusliche Versorgung ist ebenfalls «hausgemacht». Im Folgenden werden fünf Ansätze kurz skizziert, die sich für die hiesige Situation eignen:

1. Die Vermittlung von Care-Migrantinnen in Schweizer Privathaushalten kann gemeinnützig und ethisch vertretbar(er) gestaltet werden. Projekte im Tessin zeigen, wie die Spitex gezielt mit sogenannten «Badanti» (Altenpfleger/in) zusammen arbeitet.
2. Die Qualifizierung von in der Schweiz wohnhaften Personen für Versorgungsaufgaben im Privathaushalt ist zu fördern – durchaus auch von Personen ausländischer Herkunft. Dazu gehört bei-

spielsweise die Attestausbildung «Gesundheit und Soziales», die als neues Angebot in der Berufsbildung entwickelt wurde. Sie fördert und fordert weniger die fachpflegerischen Fähigkeiten als vielmehr Sprach- und Sozialkompetenz, Assistenz- und Dienstleistungsfähigkeit im Alltag.

3. Neben Angeboten für den Privathaushalt sollte das Angebot von teilstationären Dienstleistungen erweitert und flexibel ausgestaltet werden. Tages- und insbesondere auch Nachtstätten bieten pflegenden Angehörigen zeitlichen Freiraum für die Berufstätigkeit oder Erholung. Vor allem die Nachtstätten sind dann ein vielversprechender Baustein, wenn sie strukturell und finanziell optimal in die Angebotsstrukturen eingebettet sind.
4. In jüngerer Zeit gibt es Versuche, pflegende Angehörige für die häusliche Versorgung von der lokalen Spitex anzustellen. Dies erhöht ihre soziale Sicherheit und bietet die Integration in ein professionelles Team. Allerdings sind arbeitsrechtliche Fragen genau zu klären (siehe Kasten).
5. Ansätze wie das Assistenzbudget der IViv sollten dahingehend geprüft werden, ob die vorgesehenen Lohnansätze die häusliche Sorgetätigkeiten nicht marginalisieren.

Grundsätzlich gilt: Am wirksamsten sind die Angebote und Dienstleistungen für die häusliche Versorgung wenn sie praxisnah und flexibel aufgebaut und als integrierte Dienstleistungskette aus einer Hand eingekauft werden können.

Laufende Projekte zu Care Migration

Die Datenlage zur Ausprägung und Grössenordnung, wie auch zur strukturellen Ausgestaltung des Phänomens der Care-Migration ist in der Schweiz noch lückenhaft. Zwei Kooperationsprojekte von Careum F+E setzen hier an. Die Ergebnisse beleuchten das Phänomen aus drei unterschiedlichen Perspektiven: Fachpersonen bei Behörden, Spitexmitarbeitende sowie Angehörige, die Care-Migrantinnen beschäftigen. Dieser multiperspektivische Ansatz leistet einen wichtigen Beitrag zu einer weiterführenden und differenzierten Diskussion der Care-Migration im Schweizer Gesundheitssystem.

Literatur

Holten van , K. (2011). Ein zweischneidiges Schwert: Care-Migrantinnen als optimale Lösung für den wachsenden Versorgungsbedarf? *Care Management*, 4(6), 21-23.

Medici, G. (2012). Hauswirtschaft und Betreuung im Privathaushalt: Rechtliche Rahmenbedingungen. Juristisches Dossier im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, der Gewerkschaft VPOD und der Gewerkschaft Unia. Download: www.stadt-zuerich.ch → Migration → Betagtenbetreuung

Zwei Forschungsprojekte zu Care-Migration in der Schweiz

«Care-Migrant/innen in der häuslichen Versorgung aus Sicht der Spitex» – Projektkooperation Careum F+E mit der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich

Das Projekt analysiert die Organisation von häuslichen Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen für den Raum Zürich. Dabei wird die Perspektive der Mitarbeitenden der Spitex fokussiert. Berücksichtigt werden Fragen zum Versorgungsbedarf und zur Versorgungsqualität. Quantitative und qualitative Daten geben Aufschluss über die Situation in der Stadt Zürich und bilden die Grundlage für praxisorientierte Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Das Projekt ist Teil eines Schwerpunkts der Zürcher Fachstelle für Gleichstellung zum Thema «Betagtenbetreuung durch Migrantinnen». Untersucht wird in weiteren Teilprojekten, welche Agenturen aktuell im Raum Zürich Migrantinnen in Privathaushalte vermitteln und welches die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Arbeitsverhältnisse sind. Die Ergebnisse aller Teilprojekte werden Anfang Juni 2012 in Zürich präsentiert.

Weitere Informationen: www.careum.ch/care-migration

«Transnationale Arrangements in der häuslichen Versorgung» – Projektkooperation Careum F+E mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Die Studie ermöglicht, das Phänomen der transnationalen Care-Arrangements in der Schweiz besser zu verstehen. Berücksichtigt werden einerseits die gesundheitspolitische Relevanz, d.h. das Ausmass des Phänomens sowie potenzielle Auswirkungen für das Gesundheitssystem und andererseits die konkrete Ausgestaltung solcher Arrangements. Das Projekt besteht aus zwei Teilprojekten. Im ersten quantitativen Teilprojekt analysiert das Obsan Daten aus der Zentralen Migrationsdatenbank (ZEMIS) und der SRK-Statistik zur Diplomanerkennung. Das Teilprojekt sucht Antworten auf die Frage: Wie hat sich die Zuwanderung im Bereich von Home-Care in den letzten Monaten angesichts der erweiterten Personenfreizügigkeit entwickelt? Im zweiten Teilprojekt untersucht Careum F+E mittels qualitativen Methoden die Nachfragesicht, d.h. die Perspektive der pflegenden Angehörigen. Dieser subjektbezogene Ansatz wird ergänzt durch eine gezielte Befragung von Fachexpert/innen aus dem In- und nahen Ausland. Informationen werden eingeholt zu den strukturellen Rahmenbedingungen und der Bedeutung für das Schweizer Gesundheitswesen. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis des Systems zu erhalten, welches diese spezifische Form der häuslichen Versorgung erzeugt oder erfordert. Die Ergebnisse beider Teilprojekte werden im Herbst 2012 veröffentlicht.

Weitere Informationen: www.careum.ch/care-migration

ⁱ Da fast ausschliesslich Frauen im Bereich der Pflege und Betreuung in Privathaushalten arbeiten, verwenden wir in diesem Beitrag konsequent die weibliche Form des Begriffs.

ⁱⁱ Mitgliedsstaaten der EU-8, welche der EU 2004 beigetreten sind: Polen, Ungarn, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Estland, Litauen und Lettland.

ⁱⁱⁱ Zugang zum schweizerischen Arbeitsmarkt für Staatsangehörige der EU-25/EFTA-Länder: a) Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung mit einer Gültigkeit von 5 Jahren, sofern ein unbefristeter Arbeitsvertrag oder ein Vertrag mit einer Dauer ≥ 1 Jahr vorliegt. b) Anspruch auf Kurzaufenthaltsbewilligung, wenn ein befristeter Arbeitsvertrag mit Dauer ≤ 1 Jahr vorliegt. c) Wenn der Arbeitsvertrag für weniger als 3 Monate abgeschlossen wurde, ist keine Aufenthaltsbewilligung erforderlich; aber eine Meldepflicht besteht. Für Staatsangehörige aus Rumänien/Bulgarien gelten bis Juni 2014 Kontingente und zusätzliche arbeitsmarktliche Vorschriften.

^{iv} Der Assistenzbeitrag ermöglicht es Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung der IV, die auf regelmässige Hilfe angewiesen sind, aber dennoch zu Hause leben möchten, eine Person einzustellen, die die erforderlichen Hilfeleistungen erbringt. Für mehr Informationen: www.fassis.net