



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN BERICHT 57

57

Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt

Karin van Holten, Anke Jähne, Iren Bischofberger

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen

Karin van Holten, Anke Jähnke, Iren Bischofberger, Careum F+E, Forschungsinstitut Kalaidos FH Departement Gesundheit, Zürich

Reviewboard

– Gabriela Medici, Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich
– Karin Gasser, Sektion Migration und Gesundheit, BAG

Projektleitung Obsan

Laila Burla

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 57

Zitierweise

van Holten, K., Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2013). *Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt* (Obsan Bericht 57). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Bestellungen

Tel. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer

873-1302

Preis

Fr. 19.– (exkl. MWST)

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen

ISBN

978-2-940502-10-3

© Obsan 2013

Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt

Autorinnen Karin van Holten
Anke Jähne
Iren Bischofberger

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5	3 Ziele, Fragestellungen und methodisches Vorgehen	22
Zusammenfassung	6	3.1 Ziele und Projektdesign	22
Résumé	8	3.2 Fragestellungen der Angehörigeninterviews und methodisches Vorgehen	22
1 Einleitung und Relevanz	10	3.3 Fragestellungen der Experteninterviews und methodisches Vorgehen	24
2 Hintergrund und Stand der Forschung	12	4 Ergebnisse der Angehörigeninterviews	26
2.1 Rahmenbedingungen der häuslichen Gesundheitsversorgung in der Schweiz	12	4.1 Hintergründe für die Inanspruchnahme einer Care-Migrantin	26
2.1.1 Pflegebedürftigkeit in der Schweiz	12	4.1.1 Wunsch nach individueller Versorgung im eigenen Haushalt	26
2.1.2 Pflegende Angehörige in der häuslichen Gesundheitsversorgung	12	4.1.2 Bedürfnis nach Sicherheit und Entlastung durch eine stabile Versorgung	27
2.1.3 Strukturierung der häuslichen Langzeitversorgung	13	4.1.3 Triebkräfte der Entscheidung für ein transnationales Care-Arrangement	28
2.1.4 Finanzierung und Vergütung von Versorgungsleistungen im Privathaushalt	14	4.2 Zur praktischen Ausgestaltung der transnationalen Care-Arrangements	29
2.2 Care-Migration als Versorgungsoption	15	4.2.1 Wie erfolgte die Auswahl der Care-Migrantin?	29
2.2.1 Merkmale der Globalisierung im Privathaushalt	16	4.2.2 Rechtlicher Rahmen: Wer agiert als Arbeitgeber?	30
2.2.2 Quantifizierung des Phänomens Care-Migration	17	4.2.3 Formale Vereinbarungen und Arbeitsbedingungen: Entlohnung, Kosten, Freizeit	31
2.2.3 Forschungslücke Care-Arrangement	18	4.2.4 Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Care-Migrantinnen	33
2.3 Arbeitsort Privathaushalt – eine rechtliche Grauzone in der Schweiz	18	4.3 Bewertung von transnationalen Care-Arrangements	34
2.3.1 Arbeitsrecht und Sozialversicherung	19	4.3.1 Qualitätserwartungen und Zufriedenheit mit der erbrachten Betreuung	34
2.3.2 Personalverleih, Entsendung und der Diskurs um das Weisungsrecht	19	4.3.2 Kooperation im Privathaushalt mit anderen Dienstleistungsanbietern	36
2.4 Exkurse ins benachbarte Ausland	20	4.3.3 Lücken des Versorgungssystems und Verbesserungsvorschläge	37
2.4.1 Österreich: Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung und Qualitätssicherung	20		
2.4.2 Deutschland: Steuerermässigung und Cash for Care	21		
2.4.3 Frankreich: Dienstleistungsscheck CESU	21		

5	Ergebnisse der Experteninterviews	40	6	Diskussion	52
5.1	Merkmale und Ausmass des Phänomens der Care-Migration	40	6.1	Spannungsfelder rund um Care-Migration	52
5.1.1	Von Ost nach West und zurück: Pendelmigration	40	6.1.1	Rechtliche Situation	52
5.1.2	Care-Migration in der Schweiz – ein «statistisches No Man's Land»	41	6.1.2	Ungenügende Datenlage	53
5.1.3	Organisation und Struktur des Care-Migration-Marktes	41	6.1.3	Nationales und geopolitisches Zusammenspiel	54
5.1.4	Volkswirtschaftliche Bedeutung der Care-Migration	42	6.1.4	Wenn Frauen migrieren	55
5.2	Kontextfaktoren der Care-Migration	43	6.2	Diskurse in der Langzeitversorgung im Lichte von Care-Migration	55
5.2.1	Care-Migration in familienorientierten Versorgungssystemen	43	6.2.1	Pflege- versus Betreuungsfinanzierung	55
5.2.2	Unterscheidung von Pflege und Betreuung – Konsequenzen für die Finanzierung	43	6.2.2	Individualbetreuung versus kollektive Versorgungsformen	56
5.2.3	Globale Ungleichheit als Voraussetzung	44	6.2.3	Nutzer- versus institutionell definierte Versorgungsqualität	57
5.2.4	Steigender Bedarf an Dienstleistungen im Privathaushalt	45	7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	59
5.2.5	Hilfe und Pflege zu Hause – Potentiale und Grenzen der Akteure	45	7.1	Versorgungspraxis und Fachorganisationen	59
5.3	Spannungsfelder im Rahmen der Care-Migration	46	7.2	Behörden und Politik	60
5.3.1	Prekarität der Arbeitsbedingungen	46	7.3	Wissenschaft und Forschung	61
5.3.2	Merkmale der Versorgungsqualität	47	Literatur		62
5.3.3	Konkurrenzsituationen zwischen verschiedenen Akteuren	47	Anhang		69
5.4	Handlungsbedarf und Empfehlungen	48			
5.4.1	Probleme sehen, Daten generieren und Lösungen suchen	49			
5.4.2	Neuorganisation der Finanzierung der häus- lichen Betreuung und neue Versorgungsformen	49			
5.4.3	Massnahmen gegen Personalmangel in der Pflege und Betreuung	50			
5.4.4	Kontrolle verbessern	50			

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterbliebenenversicherung	Unia	Gewerkschaft in den Branchen Industrie, Gewerbe, Bau und privaten Dienstleistungsbereichen
AVG	Arbeitsvermittlungsgesetz	UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development
AWA	Amt für Wirtschaft und Arbeit	VPOD	Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste
BFM	Bundesamt für Migration	WHO	World Health Organization
CESU	Chèque emploi service universel	ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem
DEVAP	Deutscher Evangelischer Verband der Altenarbeit und Pflege		
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit		
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann		
EFTA	European Free Trade Association		
ELKV	Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen		
EL	Ergänzungsleistungen		
ELG	Ergänzungsleistungsgesetz		
EU	Europäische Union		
IDWN	International Domestic Worker Network		
ILO	International Labour Organization		
IV	Invalidenversicherung		
IVG	Invalidenversicherungsgesetz		
IWAK	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur		
NAV	Normalarbeitsvertrag		
NFA	Neuordnung Finanzausgleich		
NOGA	Nomenclature Générale des Activités économiques		
NPO	Non-Profit Organisation		
KVG	Krankenversicherungsgesetz		
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung		
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium		
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development		
OR	Obligationenrecht		
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung		
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner		
Seco	Staatssekretariat für Wirtschaft		
SNF	Schweizerischer Nationalfonds		
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups		

Zusammenfassung

Stand des Wissens zu transnationalen Arrangements in der häuslichen Gesundheitsversorgung

Pflegebedürftigkeit nimmt in der Schweiz wie im gesamten Europa zu. Dabei werden Fragen für eine finanziell tragbare und personell realisierbare häusliche Gesundheitsversorgung immer virulenter. Forschungserkenntnisse zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege («work & care») zeigen, dass transnationale Sorgearrangements mit Care-Migrantinnen in diesen Situationen eine Option bieten, vor allem wenn die Pflegebedürftigkeit Monate oder Jahre dauert.

In der Schweiz hat sich in den zurückliegenden Jahren ein Markt für Betreuungsdienstleistungen im Privathaushalt entwickelt. Vorrangig aus Mittel- und Osteuropa kommen Care-Migrantinnen in hiesige Haushalte, um für eine gewisse Zeit Sorgearbeiten für hilfe- und pflegebedürftige Personen zu übernehmen. Ein komplexes Spannungsfeld von gesellschaftlichen und (sozial-)politischen Rahmenbedingungen kennzeichnet diesen weitgehend unkontrollierten Markt.

Fokus und Methode

Die vorliegende Untersuchung ergründet die bislang unberücksichtigte Perspektive der Angehörigen, die im Haushalt der betreuungsbedürftigen Personen eine Care-Migrantin beschäftigen. Angehörige nehmen generell eine zentrale Position in der Organisation der häuslichen Versorgung ein und speziell wenn sie eine Care-Migrantin engagieren. Die Nutzerperspektive aus Sicht der Angehörigen wird ergänzt und erweitert mit Einschätzungen von Expertinnen und Experten aus der Schweiz, Deutschland und Österreich. Mit einem explorativen Forschungsansatz und qualitativen Methoden der Datenerhebung wurden 11 Angehörigeninterviews und 28 Experteninterviews geführt und deren Kernaussagen rekonstruiert.

Zentrale Ergebnisse und Konsequenzen

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das Ausmass der Care Migration in Privathaushalte in der Schweiz verglichen zum benachbarten Ausland (noch) überschaubar ist. Eine valide Quantifizierung ist allerdings aufgrund mangelhafter statistischer Sichtbarkeit grundsätzlich schwierig.

Auch wenn sich die 11 untersuchten transnationalen Care-Arrangements in wesentlichen Merkmalen unterscheiden, so ist doch allen gemeinsam, dass die Care-Migrantin als Live-in im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person wohnte und dort Vollzeit arbeitete. Die befragten Angehörigen nahmen insgesamt acht verschiedene Vermittlungsagenturen in Anspruch. Zwei organisierten die Care-Migrantin über ein informelles Netzwerk, und eine Care-Migrantin wurde von einem vorhergehenden Haushalt empfohlen. Sämtliche Care-Migrantinnen waren weiblich und zwischen 24 und 62 Jahren alt. Ihre Herkunftsländer waren Polen, Slowakei, Deutschland und Kosovo.

Aus Angehörigensicht waren folgende Beweggründe besonders wichtig für die Anstellung einer Care-Migrantin: der Wunsch der betreuten Person daheim zu bleiben, die Sicherheit im Leben zuhause sowie eine personell konstante Betreuung und Zuwendung. Dies geht einher mit Lebensqualität, die mit Freiheit, Individualität und Autonomie umschrieben wird. Die Finanzierbarkeit der zeitintensiven Betreuung daheim sowie das zeitlich limitierte und zuweilen wenig verlässliche Angebot der bestehenden Dienstleister waren weitere Triebkräfte für ein transnationales Arrangement. In den meisten Fällen berichteten die Angehörigen von einer engen Kooperation und Abstimmung vor allem mit den lokalen Non-Profit-Spitex-Organisationen. Insgesamt vermitteln die befragten Angehörigen, dass sie der Pflege und Betreuung daheim den Vorrang geben im Vergleich zur tendenziell negativ wahrgenommenen institutionellen Pflege im Pflegeheim. Allerdings mangelt es ihnen bei diesem

Entscheid an flexiblen und erprobten Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten die zwischen den Polen «Privathaushalt» und «Pfleheim» angesiedelt sind.

Die Experteninterviews decken strukturelle Schwächen in der häuslichen Langzeitversorgung in der Schweiz auf. Zum einen stellen für die langdauernde Betreuung daheim weder Angehörige noch Gesundheitsfachpersonen ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung, so dass Care-Migrantinnen diese Lücke füllen. Zum andern wird die Nachfrage nach transnationalen Sorgearrangements durch die unterschiedliche Finanzierungslogik von Pflege- und Betreuungsleistungen im häuslichen Versorgungssetting gefördert. Letztere sind alltagsnahe Hilfen im Tagesverlauf, die aufgrund der Funktionseinschränkungen der betroffenen Person nötig sind. Betreuungsleistungen werden bei langfristigen Verläufen jedoch nur unzulänglich durch Kranken- oder Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Arrangements mit Care-Migrantinnen liefern gemäss den Expertinnen und Experten die benötigten umfassenden Dienstleistungen aus einer Hand und zu einem für den Privathaushalt bezahlbaren Preis.

Dass die Schweiz zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung auf vergleichsweise günstige und mehrheitlich weibliche Arbeitskräfte aus dem Ausland zurückgreift, wirft Fragen zur Verteilung der Sorgearbeit zwischen Frauen und Männern wie auch zur globalen Ungleichheit und der sozialen Verantwortung der Schweiz über die Landesgrenzen hinaus auf. Besonders kritisch diskutiert wurden die als prekär eingestuften Arbeits- und Lebensbedingungen vieler Care-Migrantinnen im Privathaushalt und die Folgen der Care-Migration in den Herkunftsländern.

Insgesamt treten beim Thema Care-Migration die strukturellen Unzulänglichkeiten der hiesigen häuslichen Gesundheitsversorgung bei dauerhafter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wie in einem Brennglas zu Tage. Durch die forschungsgestützte Auseinandersetzung mit dem Phänomen Care-Migration bietet sich die Chance, die Konzeption der häuslichen Langzeitversorgung genauer zu beleuchten und auf den Prüfstand zu stellen.

Empfehlungen für Praxis, Behörden und Wissenschaft

Übergreifend für alle drei Bereiche wird empfohlen, ein neues Nationales Forschungsprogramm (NFP) «Long-Term Care» zu lancieren. Dieses würde an den unlängst veröffentlichten OECD-Bericht zu diesem Themenkomplex anknüpfen und über die Schweizer Situation der Langzeitversorgung Aufschluss geben.

Aus Sicht der Praxis – dazu gehören Leistungserbringer, Bildungsinstitutionen oder Gesundheitsligen – stehen die sektorenübergreifende Sensibilisierung, Meinungsbildung und Beratung der Akteure an, um eine professionelle Haltung zur Care-Migration als einem neuen Phänomen zu entwickeln. Zudem sind Kriterien für die Leistungserbringer nötig, woran sich eine gute häusliche Versorgungspraxis aus Sicht der Angehörigen und Betreuungsbedürftigen messen lässt, um die gewünschte Lebensqualität im Privathaushalt zu erreichen.

Behörden und Politik wird empfohlen, die Arbeitsbedingungen von Care-Migrantinnen nachhaltig zu kontrollieren. Dazu sind sowohl Wirtschafts- als auch Gesundheitsämter gefragt, denn in den Privathaushalten wirken sich die Arbeitsbedingungen von Care-Migrantinnen auch auf die Versorgungsqualität der betreuungsbedürftigen Person aus. Anzudenken wäre zudem eine verstärkte internationale Kooperation, um den sozialen und globalen Ungleichheiten besser Rechnung zu tragen, die zur Care-Migration beitragen.

Die Wissenschaft sollte die Datenlage weiter verdichten, damit Leistungserbringer, Behörden und Politik wie auch Angehörige und ihre Nächsten datengestützte Entscheidungen bezüglich Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen fällen können. Darüber hinaus sind neue Wohn- und Pflegeformen zu entwickeln und zu erproben, um eine Alternative zur 1:1 Betreuung im Privathaushalt zu ermöglichen. Dabei sind für Kollektivhaushalte die heutigen Ansprüche bezüglich Lebensqualität und der entsprechenden Freiheit und Autonomie zu berücksichtigen.

Care-Migration im Privathaushalt birgt für die Schweiz neue Herausforderungen, die pflege- und gesundheitswissenschaftliche, rechtliche wie auch sozialpolitische Diskussionen und Entscheidungen erfordern. Dem komplexen Phänomen entsprechend sollte ein kooperatives und sektorenübergreifendes Vorgehen die Auseinandersetzung mit dem Thema prägen.

Résumé

Etat des connaissances sur les arrangements transnationaux dans le domaine de la prise en charge à domicile

La dépendance en matière de soins augmente en Suisse comme dans toute l'Europe. La question du coût et de l'organisation de la prise en charge à domicile se pose ainsi avec toujours plus de virulence. Les résultats de recherches réalisées sur la possibilité de concilier activité professionnelle et soins aux proches («work & care») montrent que les arrangements transnationaux avec du personnel migrant représentent une option valable, notamment quand la dépendance dure des mois ou des années.

Un marché s'est développé en Suisse ces dernières années pour les prestations d'aide à domicile fournies par des personnes venues de l'étranger (essentiellement des femmes). Ces personnes viennent avant tout d'Europe centrale ou d'Europe de l'Est dans les ménages privés pour prodiguer de l'aide et des soins pour une période déterminée aux personnes qui en ont besoin. Ce marché encore largement incontrôlé se caractérise par des conditions cadre complexes au niveau sociétal et sociopolitique.

Thématique et méthode

La présente étude s'intéresse au point de vue, ignoré jusque-là, des proches qui recourent aux services d'une main-d'œuvre venue de l'étranger pour s'occuper à domicile de personnes dépendantes d'aide et de soins. Les proches jouent en général un rôle déterminant dans l'organisation de la prise en charge à domicile, en particulier lorsqu'ils engagent de la main-d'œuvre en provenance de l'étranger. Leur point de vue est complété dans cette étude par des avis d'experts de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche. Ces interviews ont été réalisées selon une approche exploratrice et des méthodes de relevé des

données qualitatives. En tout, onze entrevues ont été effectuées auprès de proches et 28 auprès d'experts, qui ont permis de collecter les messages clés.

Principaux résultats et conséquences

Dans l'ensemble, il ressort que le phénomène de la migration de personnel soignant engagé par des ménages privés est (encore) limité en Suisse par rapport à d'autres pays. Il est toutefois difficile de le quantifier de manière fiable en raison de son manque de visibilité statistique.

Si les onze situations d'arrangements transnationaux examinées avaient des caractéristiques fondamentales différentes, elles avaient toutes un point commun: la migrante venue en Suisse pour s'occuper d'une personne ayant besoin d'aide et de soins vivait chez cette personne et travaillait pour elle à plein temps. En tout, les services de huit agences de placement ont été utilisés par les proches interrogés. Deux parmi ces derniers organisaient le placement en passant par un réseau informel et une migrante avait été recommandée par un autre ménage. Le personnel en question était composé uniquement de femmes âgées de 24 à 62 ans qui venaient de Pologne, de Slovaquie, d'Allemagne ou du Kosovo.

Pour les proches, les raisons suivantes ont été particulièrement importantes dans la décision d'engager une personne de l'étranger: le souhait exprimé par la personne dépendante de rester chez elle, la sécurité que lui procure le fait de vivre à la maison et le fait de bénéficier d'une assistance et d'une attention personnelles en permanence. Il s'agissait de lui garantir une certaine qualité de vie empreinte de liberté, d'individualité et d'autonomie. Le financement d'une telle assistance à domicile et l'offre limitée dans le temps et parfois peu fiable des fournisseurs de prestations du marché ont également fait pencher la balance en faveur d'un arrangement transnational. Dans la plupart des cas, les proches déclaraient avoir bénéficié de l'étroite collaboration des organisa-

tions locales d'aide et de soins à domicile à but non lucratif. Dans l'ensemble, ils étaient favorables à l'aide et aux soins à domicile plutôt qu'aux soins prodigués en institution, dont l'image tend à être négative. Dans ce contexte, il manque à leur avis de solutions intermédiaires d'hébergement et de prise en charge, souples et reconnues, qui se situent entre le ménage privé et l'établissement médicosocial.

Les interviews d'experts montrent les lacunes structurelles de la prise en charge à long terme à domicile en Suisse. Ni les proches ni le personnel de santé ne peuvent répondre aux besoins en personnel requis pour la prise en charge à domicile de longue durée, besoins qui sont donc satisfaits par de la main-d'œuvre venue de l'étranger. De plus, le recours à cette main-d'œuvre est favorisé par les différentes logiques de financement des prestations selon qu'il s'agit de soins ou d'aide à domicile. Enfin, cette main-d'œuvre répond au besoin des personnes ayant des limitations fonctionnelles de bénéficier d'une aide tout au long de la journée. Lorsqu'elle est de longue durée, la prise en charge n'est plus couverte que de manière insuffisante par l'assurance-maladie ou les assurances sociales. De l'avis des experts, en concluant des arrangements avec de la main-d'œuvre venue de l'étranger pour la prise en charge à domicile, les ménages privés bénéficient des prestations nécessaires à un prix abordable.

Le fait que la Suisse fasse appel pour la prise en charge à domicile à de la main-d'œuvre de l'étranger comparativement meilleur marché et principalement féminine soulève les questions de la répartition du travail dans ce domaine entre les femmes et les hommes, des inégalités globales et de la responsabilité sociale de la Suisse au-delà des frontières nationales. Les conditions de travail et de vie souvent précaires de cette main-d'œuvre étrangère employée par des ménages privés et les conséquences de cette pratique pour les pays de provenance ont suscité des débats particulièrement vifs.

La question du recours à ce personnel soignant migrant par les ménages privés met en lumière les lacunes structurelles du système suisse de prise en charge à domicile en cas de dépendance de longue durée. L'analyse des résultats des études sur le phénomène de la migration de personnel soignant est l'occasion de jeter une nouvelle lumière sur le système de prise en charge à domicile de longue durée en Suisse et de repenser celui-ci.

Recommandations pour la pratique, les autorités et la science

D'une manière générale, il est recommandé de lancer un nouveau programme national de recherche (PNR) sur les soins de longue durée («Long Term Care»). Ce programme ferait suite au rapport publié depuis peu par l'OCDE sur le sujet et fournirait des informations complémentaires sur la situation de la prise en charge de longue durée en Suisse.

Du point de vue de la pratique – qui inclut les fournisseurs de prestations, les établissements de formation et les ligues de la santé – il s'agit de sensibiliser et de conseiller les acteurs de tous les secteurs afin qu'ils puissent se former une opinion pour favoriser le développement d'une attitude professionnelle face à ce nouveau phénomène de recrutement de main-d'œuvre en provenance de l'étranger pour l'aide et les soins à domicile. Un dossier d'information sur le sujet pourrait constituer une base de travail commune. En intégrant l'avis des proches et des personnes dépendantes, il faudrait également définir les critères d'une bonne prise en charge à domicile qui garantisse la qualité de vie souhaitée.

Il est recommandé aux autorités et aux politiques de contrôler durablement les conditions de travail du personnel soignant migrant. Cette recommandation vaut aussi pour les offices de l'économie et de la santé publique. Les conditions de travail de la main-d'œuvre étrangère dans les ménages privés influent en effet aussi sur la qualité de la prise en charge. Il serait souhaitable par ailleurs de renforcer la coopération internationale, afin de mieux pouvoir tenir compte des inégalités sociales et globales qui favorisent cette migration.

Les milieux scientifiques devraient densifier les données disponibles afin que fournisseurs de prestations, autorités, politiques, proches et personnes nécessitant de l'aide et des soins puissent prendre leurs décisions en connaissance de cause. Par ailleurs, il convient de développer et de tester de nouvelles formes d'hébergement et de soins pour proposer des alternatives à la prise en charge dans le ménage privé prévoyant un soignant par patient. Il s'agit pour les ménages collectifs de tenir compte des exigences actuelles en termes de qualité de vie et, partant, de liberté et d'autonomie.

La migration de personnel soignant recruté par des ménages privés met la Suisse devant de nouveaux défis. Des discussions et des décisions sont nécessaires sur des questions scientifiques concernant les soins et la santé, au niveau juridique et au plan de la politique sociale. Pour gérer ce phénomène complexe, il faudrait définir une stratégie basée sur la coopération entre tous les secteurs.

1 Einleitung und Relevanz

Was tun, wenn eine nahestehende Person hilfe- und pflegebedürftig wird? Diese Frage bewegt viele Personen und Familien in der Schweiz. Die vorliegende Studie untersucht transnationale Sorgearrangements aus der Optik der Angehörigen von hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die zuhause leben. Dieser Themenfokus resultierte aus Erkenntnissen des langjährigen Forschungs- und Entwicklungsprogramms «work & care – Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege»¹. Wenn die Angehörigen erwerbstätig sind, tritt unweigerlich die Frage ins Zentrum, wie die Pflege und Betreuung der kranken, behinderten oder hochaltrigen Person zu arrangieren ist. Vor allem stehen Entscheidungen an, wo diese Person leben soll: weiter daheim oder im Heim? In den vergangenen Jahren trat dabei – gefördert durch internationale Entwicklungen – das Phänomen Care-Migration zunehmend ins Blickfeld. Dabei stehen folgende Brennpunkte im Zentrum:

1. Zwar ist eine hohe Migration von Fachpersonen in das hiesige, vor allem stationäre Gesundheitswesen bereits seit Jahrzehnten zu beobachten. Aber seit Inkrafttreten der Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und den EU/EFTA Ländern im Jahr 2011 sind nun vermehrt auch ausländische Personen in Schweizer Privathaushalten von hilfe- und pflegebedürftigen Personen tätig. Diese Versorgungsarrangements mit sogenannten Care-Migrantinnen weisen charakteristische Merkmale auf: Der Begriff Care-Migration umschreibt ein Arrangement, bei dem Migrantinnen, vornehmlich aus Mittel- und Osteuropa, dauerhaft oder in der spezifischen Form der «Pendelmigration» in Haushalten von pflege- und hilfebedürftigen Personen arbeiten. Dabei bedeutet Pendelmigration, dass die Migrantinnen nach einer bestimmten Zeitspanne (häufig 3 Monate) wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren, um nach einer Pause wiederzukom-

men (Greuter & Schilliger, 2009; van Holten, 2011). Da diese Migrationsbewegung nahezu ausschliesslich von Frauen erfolgt, verwenden wir in diesem Bericht den weiblichen Begriff Care-Migrantin zur Bezeichnung der Personen, die für die Sorgearbeit in Privathaushalten migrieren. Mehrheitlich handelt es sich dabei um Live-in-Verhältnisse, bei denen die Care-Migrantin im selben Haushalt mit der pflegebedürftigen Person lebt. Davon unterschieden werden Live-out-Verhältnisse, bei denen die Migrantin zwar im Haushalt arbeitet, aber nicht dort wohnt.

2. Hierzulande sind Tätigkeiten aus den Bereichen «Betreuung» und «Hauswirtschaft» im Privathaushalt von pflegebedürftigen Personen von der Krankenversicherung nicht vergütet und von den Sozialversicherungen unterschiedlich konzeptualisiert. Deshalb sind Angebote für den alltäglichen Unterstützungsbedarf vorrangig dem freien Markt überlassen und gehen zu einem grossen Teil zu Lasten der Budgets von Privathaushalten. Inzwischen lässt sich die Herausbildung eines weitgehend unkontrollierten Marktes von Betreuungs- und Haushaltsleistungen beobachten, der im Kontext der Care-Migration entweder durch Vermittlungsagenturen oder über soziale Netzwerke der Care-Migrantinnen organisiert wird. Diese transnationalen Sorgearrangements wurden bisher aus der Sicht der Migrantinnen (Karakayali, 2010; Truong, 2011) und aus rechtlicher Perspektive (Medici, 2011; Scheiwe & Krawietz, 2010b) untersucht. Bislang gibt es jedoch keine Erkenntnisse über die Sichtweisen der Privathaushalte und dort insbesondere der pflegenden Angehörigen, d.h. der Auftraggebenden der Care-Migrantinnen.

¹ Siehe www.workandcare.ch zu Schweizer Nationalfondsprojekten (SNF) und Projekten des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG). Diese Thematik wird international seit mehreren Jahrzehnten (Reichert & Naegle, 1998) und in der Schweiz seit 2007 diskutiert (Bischofberger et al., 2009).

3. Die hiesigen Strukturen der Leistungserbringer und Kostenträger sind ausgesprochen ausdifferenziert und fragmentiert. Es ist entsprechend anspruchsvoll, sie zu recherchieren, zu koordinieren und zu administrieren. Insbesondere die kantonalen Alterspolitiken sind von heterogenen Ansätzen und geringer Koordination zwischen den Kantonen sowie zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden geprägt (Martin et al., 2010). So lässt sich auch die Wirksamkeit der definierten Politiken mangels Indikatoren nur schwer erfassen.² Die Nutzenden, d.h. die hilfe- und pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen, sind mit einer intensiven Suche und Organisation nach passender Betreuung aus einer Hand beschäftigt. Hier bieten sich Care-Migrantinnen mit ihrer ausgedehnten zeitlichen Präsenz an.

Diese Brennpunkte sind vor dem Licht zu sehen, dass die hiesige Gesundheitsversorgung im Privathaushalt wesentlich vom personellen und finanziellen Engagement einzelner Individuen, Paare und Familien getragen wird. Der Standort Privathaushalt ist dabei zunehmend an moderne Vorstellungen der Lebensqualität und Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit geknüpft. Bislang fehlen jedoch hierzulande differenzierte Zukunftsstrategien für die häusliche Langzeitversorgung, die diesen Präferenzen nachhaltig gerecht werden und dabei die personellen und finanziellen Ressourcen der Privathaushalte berücksichtigen. Neben forschungsgestützten Daten aus der Schweiz – dazu trägt diese Studie bei – dienen dazu auch internationale Erkenntnisse der letzten Jahre unter dem Schirmbegriff «Long-Term Care». Besonders zu erwähnen ist die vor wenigen Jahren erschienene Analyse der OECD «Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care» (Colombo et al., 2011), in der die fachliche, infrastrukturelle und gesetzgeberische Situation der Langzeitversorgung mit einem Fokus auf das Alter untersucht wird. Andere umfassende Datenbestände, Politiken und Konzeptionen tragen zum weiteren Wissensbestand bei (exemplarisch Frampton et al., 2010).

Angesichts des steigenden Bedarfs an häuslicher Langzeitversorgung sowie mangelnder Zukunftsstrategien scheint der Griff nach verfügbaren und finanzierbaren Personen – also Care-Migrantinnen – naheliegend, um die gewünschte Gesundheitsversorgung im Privathaushalt zu organisieren. Welche Hintergründe und

Herausforderungen dabei zu Tage treten, ist vor allem aus der Nutzerperspektive bislang kaum bekannt. In der vorliegenden Studie werden deshalb mit einem qualitativen Forschungsdesign explorative Fragestellungen bearbeitet, die insbesondere die Nachfragesicht beleuchten und so Bedarf und Motive erheben, die pflegende Angehörige – in Absprache mit oder stellvertretend für die unterstützungsbedürftige Person – dazu bewegen, Care-Migrantinnen zu beschäftigen. Dadurch wird einerseits eine bisher bestehende Datenlücke in der Forschungsliteratur gefüllt und andererseits die Prämisse der Selbstbestimmung aus Angehörigenoptik aufgegriffen. Darüber hinaus wird die Perspektive von Expertinnen und Experten aus dem europäischen Raum erhoben und in die Analyse und Empfehlungen aufgenommen.

² Seit kurzem stellt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium entsprechende Indikatoren für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung (Obsan, 2012b). International sind auch Indikatoren spezifisch für das Alter verfügbar (Vladeck et al., 2010).

2 Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Rahmenbedingungen der häuslichen Gesundheitsversorgung in der Schweiz

2.1.1 Pflegebedürftigkeit in der Schweiz

Weltweit und in der Schweiz ist ein wachsender Bedarf an Langzeitversorgung von dauerhaft erkrankten, hochaltrigen oder behinderten Personen zu beobachten (Trigg, 2011; Colombo et al., 2011). Aufgrund unterschiedlicher Definitionsansätze von Pflege- und Hilfsbedürftigkeit kann der hiesige Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen nur grob geschätzt werden. Im Jahr 2005 lebten in der Schweiz rund 115'000 bis 135'000 über 65-jährige pflegebedürftige Personen, wobei nur diejenigen mit einer hohen Pflegebedürftigkeit erhoben wurden (Höpflinger & Hugentobler, 2005: S. 48). Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl bis ins Jahr 2030 weiter steigen wird, je nach Szenario bis auf 170'000 bis 230'000 Personen (Höpflinger et al., 2011: S. 10). Für den Bedarf an Hilfe und Pflege zuhause sind vor allem Funktionseinschränkungen relevant. Dazu zeigen Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, dass die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahre vor allem funktionale Einschränkungen bei der Verrichtung von Haushaltsaufgaben angibt, und dass der Anteil der Personen mit Einschränkungen bei Tätigkeiten des Alltagslebens mit steigendem Alter exponentiell zunimmt (Lieberherr et al., 2010: S. 23 ff.). Der daraus resultierende Hilfe- und Pflegebedarf wird basierend auf hiesigen Versorgungsprinzipien vorwiegend privat und vor allem von Angehörigen geleistet.

Diese epidemiologische und demographische Begründung des steigenden Bedarfs an personellen Hilfeleistungen ist mit der längeren Dauer und höheren Verlaufsdynamik von chronischen Erkrankungen zu ergänzen, ebenso dem Wandel der Familienstrukturen, der steigenden Zahl von Einzelhaushalten und der zunehmenden Erwerbsbeteiligung der Frauen (Colombo et al., 2011). Kaum diskutiert wird allerdings, dass auch das wachsende und immer stärker ausdifferenzierte Angebot der Gesundheitsversorgung, der (hoch-)spezialisierten Medizin und der pharmazeutisch-technische Fortschritt den Ver-

sorgungsbedarf beeinflussen (Vuilleumier et al., 2007). Das steigende Angebot erhöht die Therapieintensität und -dauer und damit die Anbindung der betroffenen Person je nach Krankheitszustand an das medizinische und pharmazeutische System. Die Fortschritte in diesen Bereichen der Gesundheitswirtschaft erlauben heute neben der deutlich längeren Lebenszeit von Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen auch die Stabilisierung von lebensbedrohlichen Gesundheitszuständen und Unfallfolgen. Dies geht nicht selten mit bleibenden Beeinträchtigungen oder Behinderungen einher und resultiert in lang dauernden Versorgungssituationen.

2.1.2 Pflegende Angehörige in der häuslichen Gesundheitsversorgung

Pflegebedürftigkeit – vor allem in der häuslichen Versorgung – ist dabei für die Lebens- und Erwerbsbiographie der pflegenden Angehörigen eine grosse Herausforderung (Colombo et al., 2011), vor allem vor dem Hintergrund, dass der Position der pflegenden Angehörigen das traditionelle Rollenverständnis der Frau als Verantwortliche für alle Care-Arbeiten zugrunde liegt. Care-Arbeit wird hier als private und soziale Verpflichtung gesehen, die es unbezahlt zu erfüllen gilt (Stutz & Knupfer, 2012), ohne zu berücksichtigen, dass zunehmend Angehörige berufstätig sind (Bischofberger, 2011a). Bei Übergängen zwischen Versorgungssettings und bei lang dauernden Versorgungsverläufen kommt den Angehörigen die Funktion des «Rückgrats» in der Langzeitversorgung zu (Levin et al., 2010). Dabei wird die Gesundheit der Angehörigen international und national seit Jahrzehnten untersucht, und Ergebnisse weisen stets auf ein erhebliches Gesundheitsrisiko hin (exemplarisch Pinquart & Sörensen, 2003; Kesselring et al., 2001). Das Tätigkeitsprofil der Angehörigen zugunsten ihrer hilfe- und pflegebedürftigen Nächsten ist vielfältig: Es umfasst körpernahe und haushalterische Tätigkeiten, organisatorische, administrative und kommunikative Aufgaben, ebenso wie Such- und Entscheidungsarbeiten, die in der Infor-

mationsgesellschaft zunehmend relevanter werden. Zudem sind Angehörigen auch an der Sicherstellung der Versorgungskontinuität beteiligt (Bischofberger, 2011b).

Dieses Tätigkeitsspektrum der Angehörigen ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass in der Schweiz rund 60% der pflegebedürftigen hochaltrigen Personen zu Hause leben (Höpflinger & Hugentobler, 2005: S. 55). Studien aus gerontologischer Sicht (Höpflinger et al., 2011) und eigene Untersuchungsergebnisse aus dem «work & care»-Programm (Bischofberger et al., 2013) zeigen, dass sich dieses Verhältnis bis dato nicht grundlegend geändert hat. Der Verbleib zu Hause ist zum einen durch die Autonomiebestrebung der pflege- und hilfebedürftigen Person motiviert (Tarricone & Tsouros, 2008). Andererseits sind mit einem Heimeintritt häufig Schuldgefühle und Verlusterfahrungen der Angehörigen verbunden, weshalb dieser in der Regel so lange wie möglich hinausgezögert wird und häufig als letzter Schritt oder gar aus einer Notsituation heraus erfolgt (Koch-Straube, 1997). Entsprechend dauert der Heimaufenthalt weniger lang, durchschnittlich noch knapp drei Jahre (Kaeser & Storni, 2012).

Es entspricht heute europaweit einem gesundheits- und finanzpolitischen Ziel, dass pflegebedürftige Personen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben (Tarricone & Tsouros, 2008). In praktisch allen europäischen Staaten wird eine Politik verfolgt, stationäre Einrichtungen aufzulösen oder zu reduzieren und die häusliche Versorgung auszuweiten (Anderson, 2006: S. 139). Parallel zu diesem Trend wird die Aufenthaltsdauer in der akutstationären Versorgung stetig verkürzt. In der Schweiz dauert sie heute durchschnittlich 6,7 Tage – vor 8 Jahren waren es noch 9,6 Tage (Bundesamt für Statistik, 2012: S. 74). Auch wenn noch unklar ist, inwiefern die Einführung der Fallkostenpauschalen (Swiss-DRG, schweizweit tarifwirksam eingeführt 2012) die Akut- und Übergangspflege beeinflusst, so steht doch fest, dass der postakute Pflegebedarf in der häuslichen Gesundheitsversorgung zunimmt und somit den Druck auf das Leistungsspektrum der pflegenden Angehörigen weiter erhöht (Bischofberger, 2011a; Egger, 2007). Dies resultiert in einer höheren Komplexität in der häuslichen Gesundheitsversorgung und lässt sich sowohl in der Schweiz (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012) als auch international beobachten (z.B. Mestheneo et al., 2005; Reinhard et al., 2012).

Wie der Privathaushalt die Pflegesituation meistert, wird wesentlich durch die Strukturierung, Organisation und Finanzierung der häuslichen Gesundheitsversorgung

beeinflusst, insbesondere bei pflege- und betreuungsintensiven Beeinträchtigungen wie etwa Mehrfachbehinderung oder fortgeschrittene Demenz.

2.1.3 Strukturierung der häuslichen Langzeitversorgung

In der Schweiz waren im Jahr 2011 insgesamt 1162 Leistungserbringer im Rahmen von Spitex-Organisationen oder als selbstständige Pflegefachpersonen für 263'000 Patientinnen und Patienten tätig (Weiss Zbinden, 2011). Hinzu kommen rund 7500 ärztliche Leistungserbringer in Praxen der medizinischen Grundversorgung (Obsan, 2012a). Dazu werden Fachausweise der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Pädiatrie gezählt. Davon sind 59% ärztliche Einzelpraxen (Vilpert, 2012). Diese ausgewählten Eckwerte der hiesigen Versorgungsstruktur weisen darauf hin, dass die Leistungsangebote lokal kleinteilig organisiert sind. Akzentuiert werden dürfte diese Situation durch den heutigen und prognostizierten Personalmangel in der professionellen Pflege und der Hausärzteschaft (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009), denn es stellt sich die Frage, mit welchen Personalressourcen die zeitaufwändigen Versorgungsprozesse in der Primärversorgung zu begleiten und zu koordinieren sind. Diese Koordinationsproblematik und deren Verbesserung wurde in der OECD-Beurteilung des Schweizer Gesundheitssystemes angemahnt (OECD, 2011). Auch aus der Sicht der pflegenden Angehörigen ist eine geringere personelle Fragmentierung bei den Spitex-Mitarbeitenden wünschenswert (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Diese Unzulänglichkeit wird inzwischen – auch basierend auf Erkenntnissen der Palliative Care Strategie des Bundes – angegangen. Seit Januar 2012 ist die Vergütung von Koordinationsleistungen bei komplexen und instabilen Pflegesituationen im Rahmen des Leistungskatalogs der Krankenpflege-Leistungsverordnung möglich (siehe KLV, Abs. 7c).

Im ähnlich föderalen und fragmentierten Gesundheitssystemen, wie etwa den USA, hat sich hier die in unterschiedlicher Ausprägung beschriebene Funktion einer «care coordinator», die in der Regel von einer Pflegefachperson ausgeübt wird, bewährt (Peikes et al., 2009; Case Management Society of America, 2010). Die auch als Case Management bezeichnete Funktion ist hierzulande in der Strategie des Spitex Verbandes Schweiz integriert (Spitex Verband Schweiz, 2008).

2.1.4 Finanzierung und Vergütung von Versorgungsleistungen im Privathaushalt

Bezüglich Finanzierung der häuslichen und stationären Langzeitversorgung leisten die Privathaushalte in der Schweiz einen Viertel der Gesamtkosten der Gesundheitsausgaben (Bundesamt für Statistik, 2012). Dieser Anteil ist im internationalen Vergleich hoch (OECD, 2011). Hinzu kommen die Erwerbsreduktion und Lohn-einbussen der pflegenden Angehörigen sowie Opportunitätskosten für die Zeit, während der unbezahlte Hilfe und Pflege geleistet wird. Bedeutsam ist auch, dass 69% der Personen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, zusätzlich von der Familie betreut werden (Höpflinger & Hugentobler, 2005: S. 19). Insgesamt wird der Wert der unbezahlten Pflege von Erwachsenen im eigenen und fremden Haushalt auf CHF 3,1 Mia. pro Jahr geschätzt (Zumbrunn & Bayer-Oglesby, 2010: S. 276).

Pflegerische Leistungen im Privathaushalt können basierend auf einer standardisierten Bedarfserhebung über die Grundversicherung der Krankenkassen vergütet werden. Dies erfolgt anhand einer abschliessenden Liste von Massnahmen (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV Art. 7), sofern die Leistungen auf ärztliche Verordnung durchgeführt werden, und sofern die beauftragte Organisation der Krankenpflege und Hilfe zuhause (Spitex) ein kantonal zugelassener Leistungserbringer ist. Seit Januar 2012 ist auch die Vergütung von Koordinationsleistungen bei komplexen Pflegesituationen möglich. Die Aufteilung in die Kategorien der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der sogenannten Grundpflege und Behandlungspflege ist mit je unterschiedlichen Tarifen hinterlegt. Der Selbstbehalt von 10% der Krankenkassenrechnungen kann von den Steuern abgezogen werden, sofern sie einen bestimmten Selbstbehalt übersteigen. Dieser beträgt in den meisten Kantonen und bei der direkten Bundessteuer fünf Prozent des Reineinkommens.

Die Finanzierung der unter dem Begriff «Betreuung» bezeichneten Dienstleistungen, die oft über Monate oder gar Jahre hinweg nötig sind, geht in der Regel zu Lasten der Privathaushalte. Dazu gehören etwa Leistungen für die Zubereitung der Mahlzeit oder Hilfestellung bei Aktivitäten der sozialen Teilhabe. Die Vergütung über die Sozialversicherung kann mittels der vermögensunabhängigen Hilflosenentschädigung der AHV oder IV beantragt werden. Dazu existiert ein Verfahren der Bedarfserhebung, das drei Stufen der Hilflosigkeit vorsieht (leicht, mittel, schwer). Zudem können Aufwendungen für Hilfe, Pflege und Betreuung im Rahmen der vermögensabhängigen Ergän-

zungsleistungen (EL) und dabei der sogenannten Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden. Der Bund legt dazu im Ergänzungsleistungsgesetz (ELG) die Mindestbeiträge fest, die Kantone können Höchstbeiträge definieren. Im ELG ist der nicht zu unterschreitende Betrag für allein lebende Personen für die gesamthaft anfallenden Krankheits- und Behinderungskosten (z.B. Selbstbehalt gemäss KVG, Hilfsmittel, Transporte oder Hilfe, Pflege und Betreuung zuhause) derzeit auf CHF 25'000 pro Jahr festgelegt (ELG, Stand 2013). Zudem ist im Invalidenversicherungsgesetz (IVG) unter der Prämisse der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung seit Januar 2012 der Assistenzbeitrag in Kraft (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2010). IV-Bezügerinnen und -Bezüger im Erwerbsalter können den Assistenzbeitrag beantragen und erhalten je nach Hilflosigkeitsgrad den Zeitumfang und den vom Bund festgesetzten Stundenansatz (derzeit CHF 32.80/Std., durchschnittlicher Maximalbetrag CHF 2700/Monat), mit dem sie ihre eigenen Assistenzpersonen anstellen können (Laâmir-Bozzini, 2012a, 2012b). Zur Qualifikation der Assistenzperson macht der Gesetzgeber keine Vorgaben, d.h. die behinderte Person kann die Assistenzperson auf dem freien Arbeitsmarkt suchen. Ausgeschlossen ist die Anstellung von nahen Verwandten, bzw. Ehe- oder Lebenspartnerinnen oder -partnern. Die Anstellungsmöglichkeit im Rahmen des Assistenzbeitrags erlischt mit dem Pensionsalter der behinderten Person. Um die Anstellung zu realisieren kann zusätzlich für Beratungsleistungen ein Beitrag von max. CHF 75.– pro Stunde bis zu einer Maximalhöhe von CHF 1500.– gewährt werden. International wird dazu auch von der Unterstützung durch ein integriertes Case Management berichtet und ebenso von Bildungsoptionen für die behinderte Person, um die mit der Anstellung einer persönlichen Assistenzperson einhergehenden Anforderungen wie bspw. die Rolle des Arbeitgebers oder das Vorgehen bei der Suche nach einer geeigneten Assistenz zu erlernen (Baumgartner et al., 2007; Brown et al., 2007). Ziel dieser Fördermassnahmen ist, die Inanspruchnahme der Assistenz als nutzerorientierte Lebensgestaltung zu steigern. Der Bedarf für diese Unterstützungsmassnahmen wurde auch in der Schweiz im Rahmen der Evaluation des Assistenzbudgets anerkannt (Dubach et al., 2007).

Für Fragen oder die Antragstellung bei Kranken- oder Sozialversicherungen können die betroffenen Personen oder ihre Angehörigen die Hilfe unter anderem von der Pro Senectute oder Pro Infirmis in Anspruch nehmen. Diese beiden Organisationen erhalten jährliche Mittel von der AHV bzw. der IV und können so landesweit Beratungen zu Sozialversicherungsfragen kostenlos oder zu güns-

tigen Konditionen anbieten. Ebenso stellen sie Dienste für Hauswirtschaft oder Betreuung zur Verfügung. Die IV alimentiert subsidiär die so genannten Entlastungsdienste (www.entlastungsdienste.ch). Kantonal oder lokal unterschiedlich bieten auch Gesundheitsligen oder Spitex-Organisationen Hilfe bei Finanzierungsfragen.

Die bisher aufgeführten Finanzierungs- und Vergütungsoptionen gelten für die Leistungen zugunsten der *pflegebedürftigen Person*. Hingegen ist die finanzielle Unterstützung für die *pflegenden Angehörigen* entweder nicht vorgesehen, nur unter restriktiven Vorgaben zugänglich oder, falls durch die Sozialversicherung möglich, wird sie kaum beantragt. Letzteres wird damit begründet, dass das Wissen insbesondere bezüglich Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten – und darin integriert zur Vergütung von Einkommensausfällen – gering ist. Zudem sind die Verfahren aus Angehörigenoptik aufwändig und kompliziert, und sie dauern im Verhältnis zum Beginn der Lohnneinbusse lange (Latzel & Andermatt, 2008; Bischofberger, 2009; Despland & von Ballmoos, 2010). Seit 2008 wird die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten aufgrund der heute geltenden Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (Neuordnung Finanzausgleich, NFA) ausschliesslich durch die Kantone finanziert. Auf Bundesebene wurde deshalb die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) aufgehoben. Der Art. 13b sah unter gewissen Voraussetzungen eine Vergütung von Einkommensausfällen pflegender Angehöriger vor (EL-Anspruch der gepflegten Person, länger dauernde und wesentliche Erwerbsneinbusse). Nach der neuen Rechtslage liegt es im Ermessen der Kantone, ob sie eine Entschädigung für den Verdienstaufschlag pflegender Angehöriger vorsehen. Im Kanton Aargau gilt beispielsweise ein Erwerbsausfall der Angehörigen von mindestens 4 Wochen und von mindestens 10% als Voraussetzung für einen Antrag der EL-berechtigten Person (Regierungsrat Kanton Aargau, 2010).

Zu erwähnen ist noch die Möglichkeit der jährlich zu beantragenden Betreuungsgutschriften, die bei pflegenden Angehörigen ohne oder mit geringfügigem Einkommen zur Sicherung der Altersrente beiträgt (Informationsstelle AHV/IV, 2012). Zudem praktizieren verschiedene Spitex-Organisationen seit einigen Jahren ein neues Beschäftigungsmodell, indem sie pflegende Angehörige anstellen (Leu & Bischofberger, 2012). Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt über die Vergütung der KLV-pflichtigen Leistungen. Für die Anstellung und die entsprechende Qualifikation der Angehörigen trägt die

Spitex-Organisation als zugelassener Leistungserbringer im Rahmen ihres Qualitätsmanagements die Verantwortung. In der Regel wird entweder von kantonalen Regelungen oder von der Spitex-Organisation im Minimum der Lehrgang zur «SRK Pflegehelfer/in» verlangt.

Vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen und Problemkreise in der häuslichen Gesundheitsversorgung stellt sich einerseits die Frage, wie das Wissen zur Unterstützung der Langzeitversorgung für die Zielgruppen der behinderten oder hochaltrigen Personen wie auch deren Angehörigen in der Schweiz und deren föderalen Strukturen, nutzerfreundlich gebündelt und aufbereitet werden können. Ansätze dazu sind im ebenso föderalen US-amerikanischen Versorgungssystem in Form einer «State Score Card Long-Term Services» entwickelt worden (Reinhard et al., 2011). Andererseits ist relevant, inwiefern im Privathaushalt flächendeckend die funktionale Stabilität, die finanzielle Nachhaltigkeit und die personelle Kontinuität bei zeitintensivem Betreuungsbedarf möglich sind. Aus der Optik der Angehörigen lauten die Fragen: Was tun, wenn die Spitex-Angebote nicht mehr ausreichen und die Angehörigen mit ihren zeitlichen und gesundheitlichen Ressourcen an die Grenzen stossen? Welche finanziell erschwierlichen Alternativen gibt es, die eine flexible, den Bedürfnissen der Angehörigen angepasste und dem Bedarf der pflegebedürftigen Person angemessene Betreuung im häuslichen Setting garantieren können? Wie sind diese Hilfen verlässlich zu koordinieren?

2.2 Care-Migration als Versorgungsoption

Vor dem Hintergrund des wachsenden Bedarfs an häuslicher Versorgung und den personellen und finanziellen Engpässen in der professionellen und familialen Pflege mehrten sich Hinweise aus Europa (Neuhaus et al., 2009) und der Schweiz (Medici & Schilliger, 2012; Schilliger, 2012; Schilliger, 2013; van Holten, 2011), dass Haushalte auf Care-Migrantinnen als Versorgungsoption ausweichen. In diesem Abschnitt werden Ergebnisse der Literaturanalyse zu folgenden vier Forschungsschwerpunkten zu Care-Migration präsentiert: Merkmale der Globalisierung im Privathaushalt, rechtliche Situation in der Schweiz, Quantifizierung des Phänomens sowie Forschungslücken.

2.2.1 Merkmale der Globalisierung im Privathaushalt

Was mit der Beschäftigung von ausländischen Haushalts-hilfen begann (Anderson, 2006; Lutz, 2011), verlagert sich zunehmend in Tätigkeitsbereiche, die sich mit Versorgungsaufgaben bei Personen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen überlappen. Der Bedarf für die Leistungen von Care-Migrantinnen orientiert sich somit an der Problemlage der pflege- und hilfebedürftigen Person, aber auch am Angebot eines globalisierten Arbeitsmarktes und bringt eine neue Form der Arbeitsmigration in die Schweiz hervor: die transnationalen Care-Arrangements in Schweizer Privathaushalten. So haben in Europa private Home-Care-Angebote bzw. Anbietende eine Lücke zu füllen begonnen, die von Pflegediensten und Angehörigen offensichtlich nicht (mehr) gefüllt werden kann (Greuter & Schilliger, 2009: S. 152–153). Aus Deutschland wird von einem «grauen Pflegemarkt» bzw. von einem «florierenden Schwarzmarkt im Bereich der Betreuung und auch der häuslichen Pflege» berichtet (DEVAP, 2007: S. 3). Ähnliches hört man u.a. auch aus Österreich (Bachinger, 2009), Italien und Griechenland (EUROFAM-CARE, 2005: S. 11). Die Schweiz ist von dieser Entwicklung eines neuen Marktes im Bereich häuslicher Betreuung nicht ausgenommen (Greuter & Schilliger, 2009: S. 5). Die Arbeitskräfte kommen über Vermittlungsagenturen oder über soziale und familiäre Netzwerke der Migrantinnen in die Privathaushalte (Anderson, 2006; Lutz, 2005; Wenger, 2010). In vielen Fällen arbeiten die Care-Migrantinnen turnus- oder intervallmässig in der Schweiz und kehren zwischen den Arbeitseinsätzen in ihr Herkunftsland zurück. Diese Migrationsform wird als «Pendelmigration» bezeichnet und weist Züge einer zirkulären Migration als neuer Form der Gastarbeit auf (Döhner et al., 2008: S. 6; Metz-Göckel, 2010: S. 116–117; Truong, 2011: S. 1).

In den letzten Jahren entstanden in der Gender- wie Migrationsforschung qualitative Untersuchungen, die sich mit dem Privathaushalt als Arbeitsort für Migrantinnen beschäftigen (Lutz, 2011; Metz-Göckel, 2010; Metz-Göckel et al., 2008; Schilliger & Stingelin, 2012). Im Zentrum dieser Forschungsarbeiten stehen vornehmlich die Veränderungen im Bereich Privathaushalt, wie die (neue) Arbeitsteilung in den Ländern des Westens und der sich in Folge dessen bildende globale Arbeitsmarkt Privathaushalt. So geht beispielsweise Bachinger (2009) am Beispiel von Österreich dem «Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege» nach. Forschungsarbeiten richten hier das Augenmerk auf (fehlende) Veränderungen der Geschlech-

terrollen und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Care-Arbeit. Eine zentrale Aussage dieser Forschungsarbeiten ist, dass im Rahmen der steigenden Erwerbsintegration der Frauen eine Delegation der traditionell als weiblich verstandenen Sorgearbeit von Frauen des Westens und Nordens an Migrantinnen des Ostens und Südens erfolgt. So lässt sich mit Blick auf die zugrundeliegende Geschlechterdynamik für das Phänomen der Care-Migration zugespitzt formulieren: «[...] Indem die Migrantinnen die unsichtbare Hintergrundarbeit in der Familie übernehmen, stabilisieren sie den prekären Frieden im Geschlechterverhältnis. In ähnlichem Sinne profitieren auch der Staat bzw. die Politiker, Kommunenvertreter, Behördenleiter. Auch sie werden durch die Arbeit der Migrantinnen vor lästigen Forderungen und Ansprüchen verschont.» (Beck-Gernsheim, 2009: S. 95) Kritisch diskutiert wird ausserdem der Abzug von Fürsorgekapital (Care-Drain) in den Herkunftsländern durch Privathaushalte der hoch entwickelten Industrieländer und die Entstehung von sogenannten «Care Chains» (Hochschild, 2000; Lutz, 2008; Lutz & Palenga-Möllnbeck, 2011). Unter Care Chain wird der Abzug von (weiblichem) Care-Potential aus den Herkunftsländern verstanden, in Folge dessen Sorgearbeit weiter delegiert wird – versinnbildlicht über den Begriff der «Verkettung» – an andere, meist weibliche, Familienmitglieder oder wiederum andere Care-Migrantinnen. In der Folge entstehen transnationale Formen der Mutterschaft und globale Betreuungsketten, die sich über Länder und Kontinente spannen (Beck-Gernsheim, 2009: S. 97). Grundsätzlich gilt es anzuerkennen, dass die Verwandlung der familialen Alltagsarbeit und die Entstehung einer transnationalen privaten Schattenwirtschaft in den Grauzonen der Legalität nicht nur eine Sache des persönlichen Lebensstils oder des eigenen Geldbeutels darstellt, sondern direkt verknüpft ist mit Fragen der globalen Gerechtigkeit und der Ressourcenverteilung (Beck-Gernsheim, 2009: S. 100). Wichtige Denkanstösse zum dynamischen Verhältnis zwischen Rechtsstruktur und sozialer Praxis liefert der Sammelband von Scheiwe und Krawietz (2010b).

Zusätzlich zur Darstellung makro-struktureller Rahmenbedingungen und der Rekonstruktion gesellschaftlicher, ethnisierender und sexualisierender sozialer Diskurse und Praktiken beschäftigen sich Forschende mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Care-Migrantinnen in den Privathaushalten (für einen biographischen Ansatz siehe Karakayali, 2009; für einen international vergleichenden Ansatz Anderson, 2006; für die Schweiz Truong, 2011). In diesen Arbeiten stehen die migrierenden Personen, d.h. deren Motivlagen, ihre oft als prekär

bezeichneten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie auch die besondere Beziehung zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden im Zentrum des Interesses. Auch wenn nicht ausschliesslich der Bereich Betreuung und Pflege fokussiert wird, zeigt sich doch, dass dieser für viele Migrantinnen ein wichtiger Tätigkeitsbereich darstellt. Gleichzeitig wird auch ersichtlich, dass viele transnationale Care-Arbeiterinnen entweder gleichzeitig oder auch nacheinander unterschiedlichen Beschäftigungen nachgehen und dass eine klare Abgrenzung derselben in vielen Fällen nicht möglich ist (Anderson, 2006; Huber, 2006; Lutz, 2007; Metz-Göckel, 2010). Weiter wird aufgezeigt, dass sich der Arbeitsbereich Privathaushalt durch eine unklare Rollendefinition charakterisiert. Die Care-Migrantin ist oft sowohl Arbeitnehmerin wie auch (Ersatz für) Familienangehörige. Diese unklare Rollendefinition wird durch die lebensräumliche Nähe von Care-Migrantin und betreuter Person in Live-in-Verhältnissen verstärkt. Sie geht aber auch auf die widersprüchliche Konzeption von Hausarbeit als Eigenarbeit einerseits und als Dienstleistung andererseits zurück. Care-Migrantinnen in Live-in-Verhältnissen sind in ihrer Rolle als Arbeitnehmerin und als Familienersatz gefordert, quasi in Personalunion beiden Aspekten gleichermassen gerecht zu werden (Metz-Göckel, 2010: S. 29).

Aufgrund der engen Verwobenheit von Arbeitsbereichen der Pflege, Betreuung und Hausarbeit ist ein einheitlicher Definitionsansatz von häuslicher Versorgung schwierig. So zählen etwa «zweistündige wöchentliche Putzjobs» genauso zur Hausarbeit wie «Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung in der Altenbetreuung» (Metz-Göckel et al., 2010: S. 40). Eine Studie zu Situation und Bedarfslagen von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen geht davon aus, dass die Beschäftigten in aller Regel keine reinen Haushaltshilfen sind, sondern oftmals «auch pflegerische und zumindest beaufsichtigende Tätigkeiten ausüben, die das Kerngeschäft von «Pflege» berühren oder sich überschneiden» (Neuhaus et al. 2009: S. 13).

Arbeiten, die spezifisch die Situation osteuropäischer Care-Arbeiterinnen in der Schweiz untersuchen, verweisen auf wesentliche Merkmalsverteilungen der Care-Migrantinnen. So handelt es sich mehrheitlich um Frauen – vielfach gut qualifiziert – ab 45 Jahren, die aufgrund fehlender Erwerbsmöglichkeiten und tiefer Löhne im Westen Arbeit suchen (Schilliger 2012: S. 68–69). Es wird vermutet, dass Care-Migrantinnen hauptsächlich aus den neuen EU-Ost-Staaten kommen und das Phänomen der

Care-Migration seit der Personenfreizügigkeit zugenommen hat oder zumindest sichtbarer geworden ist (Jähne et al., 2012; Truong et al., 2012).

2.2.2 Quantifizierung des Phänomens Care-Migration

Hinsichtlich der Grössenordnung des Beschäftigungsfeldes ist die Forschung zur häuslichen Betreuung und Pflege durch Migrantinnen lückenhaft. Döhner et al. (2008: S. 4) sprechen von einem «enormous gap in research, on national and European level as well as on a global perspective, touching not only the care sector but all forms of irregular migrant work as well as the knowledge about the number of irregular migrants». In Deutschland variieren die Schätzungen bezüglich der Anzahl Pflege- und Betreuungskräfte, die regulär oder irregulär in Haushalten von hochaltrigen, kranken oder behinderten Menschen arbeiten. Döhner et al. (2008: S. 4) quantifizieren das Ausmass basierend auf Einschätzungen von Expertinnen und Experten zwischen 70'000 und 100'000 Personen. Auch Neuhaus et al. (2009: S. 9), die auf Basis allgemeiner Statistiken eine Modellrechnung durchführten, gehen von ca. 100'000 Pflege- und Betreuungskräften aus, wobei sie annehmen, dass die Zahl tendenziell ansteigt. Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) geht hingegen im Bericht zum EU-Projekt «Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly» mit 500'000–600'000 Personen von einer wesentlich höheren Zahl informeller Beschäftigungsverhältnisse in Deutschland aus (Larsen et al., 2011: S. 16). Allerdings umfasst diese Zahl sowohl informelle Arbeit von Migrantinnen wie auch von Nachbarn und Nachbarinnen oder anderen nahestehenden Personen. Das IWAK macht jedoch keine Aussagen über das Verhältnis von Arbeit, die von Migrantinnen geleistet wird und derjenigen der nachbarschaftlichen Hilfe.

In Österreich präsentiert sich die Datenlage aufgrund der erfolgten Regularisierung (vgl. Kapitel 2.4.1) seit 2007 besser als in Deutschland oder der Schweiz. So waren im September 2011 offiziell 37'000 selbständige und 500 unselbständige 24h-Betreuer/innen registriert. In der Regel wechseln sich zwei Betreuende in einem Haushalt ab, was bedeutet, dass ca. 18'000 Haushalte eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen (Haidinger, 2011). Diese Zahl deckt sich ziemlich gut mit Schätzungen des Ausmasses vor der Legalisierung, die davon ausgehen, dass ca. 5% der Pflegegeldbezüglerinnen, d.h. ca. 20'000 Personen diese Dienstleistung in Anspruch nehmen würden (Rudda & Marschitz, 2007: S. 1).

Aus der Schweiz liegen kaum Zahlen zum Umfang von transnationalen Arrangements in der häuslichen Pflege vor. Die bestehenden Datenbanken erlauben keine Aussagen zur Anzahl Care-Migrantinnen in der Schweiz. Im Zentralen Migrationsinformationssystem (Zemis) des Bundesamts für Migration (BFM) werden zwar die in die Schweiz eingewanderten ausländischen Arbeitnehmenden erfasst. Die enthaltenen Variablen zur ausgeübten Tätigkeit sowie dem Wirtschaftszweig des Arbeitgebers (NOGA-Klassifikation) erlauben es jedoch nicht, Care-Migrantinnen zu identifizieren. Es existieren zwar verschiedene Studien, diese ermöglichen jedoch nur eine grobe Schätzung des Phänomens. Die Gewerkschaft Unia schätzte 2007 auf Basis verschiedener Studien rund 125'000 Vollzeitstellen im Sektor der privaten Haushalte. Dabei handelt es sich aber nicht ausschliesslich um häusliche Pflege- und Betreuungsaufgaben (Jaun & Alleva, 2007: S. 3). Daneben liegen Studien aus den Kantonen Genf (Flückiger & Pasche, 2005), Basel-Stadt (Studer et al., 2007) und Zürich (Frick, 2010) vor, die die quantitative Bedeutung von Sans Papiers im Bereich der Arbeit in Privathaushalten erheben. Die in diesen Studien eruierten Zahlen beruhen auf Schätzungen, da es für diese Bevölkerungsgruppe notgedrungen keine offiziellen Statistiken gibt. Die Zahlen sind somit mit «unbekannter Unsicherheit» behaftet (Frick, 2010: S. 5). Die Studie von Frick geht davon aus, dass in etwa jedem 17. Haushalt im Kanton Zürich eine irregulär beschäftigte Hausarbeiterin beschäftigt ist (Frick, 2010: S. 6). Auch diese Untersuchung spricht allerdings von Hausarbeit im umfassenden Sinne, wobei häusliche Pflege darunter subsummiert wird. In verschiedenen Medienberichten wie bspw. in der Sendung «Rundschau» des Schweizer Fernsehens vom 29. Juni 2011³ wird die Zahl von 30'000 osteuropäischen Arbeiterinnen in Schweizer Privathaushalten erwähnt. Auf welcher Grundlage diese Quantifizierung erfolgt, bleibt aber offen. Eigene Forschungen zu transnationalen Care-Arrangements in der Stadt Zürich (Jähnke et al., 2012) sowie eine Marktstudie über Vermittlungsagenturen im Raum Zürich (Truong et al., 2012) lassen vielmehr vermuten, dass diese Zahl deutlich zu hoch angesetzt ist.

2.2.3 Forschungslücke Care-Arrangement

Es fällt auf, dass bei den bisher angeführten Studien das Care-Arrangement an sich, d.h. die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsverhältnisse im Privathaushalt, nur

selten näher betrachtet wird. Dabei bleiben Fragen etwa zur nachhaltigen Sicherung der Care-Arrangements, zur Qualität der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen oder zur Zusammenarbeit mit anderen (Pflege-)Anbietern wie beispielsweise den Spitex-Organisationen nahezu unbeachtet. Eine eigene Studie, welche die Sichtweise von Spitex-Mitarbeitenden auf diese Care-Arrangements untersuchte, zeigt hier eine unterschiedliche Beurteilung der Versorgungsqualität. So wurde diese von sehr gut bis äusserst prekär eingeschätzt (Jähnke et al., 2012).

Im Bereich der häuslichen Versorgung ist von einer weiteren Diversifizierung und Heterogenisierung der Akteure auszugehen. Derzeit dominiert in der bestehenden Literatur die Rekonstruktion der Lebenssituation der Migrantinnen. Die Nachfrageperspektive der Haushalte und hier insbesondere der Angehörigen fehlt. Das heisst, die Frage, welche Einflussfaktoren für die Beschäftigung der Migrantinnen tragend wirken, blieb bisher weitgehend unbeantwortet. Im Weiteren bleibt offen, inwiefern die Studienresultate anderer Länder auf die Schweiz übertragbar sind. Die Studie von Anderson (2006), die in fünf europäischen Städten (Athen, Barcelona, Paris, Bologna, Berlin) die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Migrantinnen in der bezahlten Hausarbeit untersucht, zeigt wie vielfältig die Situation in verschiedenen Regionen Europas sein kann. Dies ist auf unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen (historisch, sozial, kulturell, rechtlich) zurückzuführen. Entsprechend gilt es, die für die Schweiz relevanten Rahmenbedingungen, die das Phänomen der Care-Migration strukturieren, empirisch heraus zu arbeiten.

2.3 Arbeitsort Privathaushalt – eine rechtliche Grauzone in der Schweiz

Die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen zur Anstellung von Care-Migrantinnen im Privathaushalt sind kompliziert und weisen teilweise Lücken auf. Rechtsfragen tangieren im Wesentlichen das Arbeitsrecht, das Sozialversicherungsrecht sowie das Migrations- und Aufenthaltsrecht.

Im Folgenden werden die wichtigsten Bereiche kurz skizziert. Diese Ausführungen sind allerdings aufgrund der Komplexität des Themas lückenhaft. Für genauere Informationen verweisen wir auf das Rechtsgutachten, das im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich gemeinsam mit den Gewerkschaften Unia und VPOD erstellt wurde und welches die rechtlichen Rah-

³ Schweizer Radio und Fernsehen SRF, Rundschau vom 29. Juni 2011 zum Thema: «Billige Polinnen». <http://www.srf.ch/player/tv/rundschau/video/billige-polinnen?id=2c86ba50-7ebf-49d7-8124-09d15b88b46e>

menbedingungen sowie allfällige bestehende Grauzonen der Gesetzgebung im Zusammenhang mit der Anstellung von ausländischen Arbeitskräften in Privathaushalten detailliert dokumentiert (Medici, 2011) sowie auf die darauf basierende Broschüre «Ratgeber: Haushaltshilfe beschäftigen – das müssen Sie wissen» der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (2012b).

2.3.1 Arbeitsrecht und Sozialversicherung

Hausangestellte sind in der Schweiz nicht dem Arbeitsgesetz unterstellt. Zur Anwendung kommen der nationale Normalarbeitsvertrag (NAV) Hauswirtschaft, die kantonalen Normalarbeitsverträge (NAV) Hauswirtschaft sowie das zwingende Arbeitsrecht gemäss Obligationenrecht (OR).

Auf Schweizer (vgl. Alleva & Moretto, 2009) wie internationaler Ebene (vgl. Pape, 2009) beschäftigt man sich von gewerkschaftlicher Seite mit den Arbeitsbedingungen im Privathaushalt und der Forderung, diesen dem Arbeitsrecht zu unterstellen. So hat die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) das Thema «Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte» in Folge von Aktivitäten des «International Domestic Worker Network» (IDWN) auf die Tagesordnung der internationalen Arbeitskonferenzen von 2010 und 2011 gesetzt. Am 16. Juni 2011 konnte schliesslich die Konvention zum Schutz von Hausangestellten verabschiedet werden (International Labour Conference ILO, 2011). Die Schweiz hat diese nicht ratifiziert. Voraussetzung dafür wäre nämlich, den Haushalt als Arbeitsort dem Arbeitsgesetz zu unterstellen. Zwar hat Nationalrätin Regula Rytz am 29. September 2012 eine Motion zur Ratifizierung der ILO-Konvention eingereicht (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2012). Auch die Caritas Schweiz fordert in ihrem Positionspapier zur Care-Migration in der Schweiz erneut die Anerkennung des Berufs Hausangestellte (Hochuli, 2013: S. 9). In der Stellungnahme des Bundes vom 14.11.2012 wurde die Motion zur Ablehnung empfohlen.

Da der Arbeitsort Privathaushalt nicht dem Arbeitsgesetz unterstellt ist, gelten arbeitsrechtlich festgelegte Höchstarbeitszeiten sowie Regeln bezüglich Nacharbeit hier nicht. Zwar definieren die kantonalen Normalarbeitsverträge (NAV) gewisse Rahmenbedingungen. Diese sind aber nicht zwingend, das heisst, sie können mittels eines schriftlichen Vertrags wegbedungen werden. Der national verbindliche NAV für Hauswirtschaft (seit dem 1. Januar 2011 in Kraft) definiert für Arbeitsverhältnisse im Privathaushalt im Umfang von mindes-

tens fünf Stunden einen Mindestlohn von CHF 18.20 pro Stunde für Tätigkeiten wie Putzen, Kochen, Kinderhüten und Betreuung. Pro Tag können allerdings bis zu CHF 33.– für Kost und Logis abgezogen werden. Ohne verbindliche Regelung der Arbeitszeit ist der Mindestlohn ausserdem nicht aussagekräftig. In Live-in-Verhältnissen ist die Abgrenzung aufgrund der sozialen und räumlichen Nähe schwierig. Care-Migrantinnen sind oft während 24-Stunden auf Abruf bereit. Dieser Bereitschaftsdienst wird oft nicht vergütet. Weiter kommt hinzu, dass Tätigkeiten wie Fernsehen oder Spazieren mit der betreuten Person vielfach nicht als Arbeitszeit anerkannt werden (siehe dazu auch die Stellungnahme der Leiterin der privaten Spitex-Organisation im 10vor10 Beitrag vom 1. Mai 2013)⁴. In der Realität arbeiten die Care-Migrantinnen oft wesentlich mehr, als ihnen tatsächlich als Arbeitszeit angerechnet wird. Berechnet man den Lohn aufgrund der effektiven Arbeitszeit, sinkt der Stundenlohn deshalb in vielen Fällen markant unter den definierten Mindestlohn.

Auch in Bezug auf Lohnfortzahlung bei Krankheit oder Unfall sind Care-Migrantinnen ungenügend oder gar nicht abgesichert. Ihr Arbeitsplatz ist darüber hinaus aufgrund der extrem kurzen Kündigungsfristen von minimal 2 Tagen im Bereich der befristeten und temporären Arbeit unsicher. Im Todesfall der betreuten Person kann es vorkommen, dass die Care-Migrantin von einem Tag auf den anderen ohne Arbeit ist und bei Live-in-Arrangements ausserdem wortwörtlich «auf der Strasse» steht. Insgesamt präsentiert sich damit der Arbeitsort Privathaushalt für die Care-Migrantinnen aus arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Sicht als äusserst prekär.

2.3.2 Personalverleih, Entsendung und der Diskurs um das Weisungsrecht

Seit dem 1. Mai 2011 haben Personen aus EU-25 Staaten grundsätzlich freien Zugang zum Schweizer Arbeitsmarkt (mit Ausnahme von Bulgarien und Rumänien, hier besteht eine Sonderregelung bis Juni 2014). Entsprechend können Care-Migrantinnen bei bestehendem Arbeitsvertrag regulär in die Schweiz einreisen. Für Kurzaufenthalte von bis zu 90 Tagen braucht es darüber hinaus keine Bewilligung. Es besteht lediglich eine Meldepflicht gegenüber dem Arbeitsamt (Medici & Schilliger, 2012; Schilliger, 2012 und 2013). Gemäss dem dualen Zulassungssystem steht dem freien Personenverkehr

⁴ Schweizer Radio und Fernsehen SRF, Sendung 10vor10 vom 1. Mai 2013. Sieben Tage Arbeit fünf Tage Lohn. www.srf.ch/news/schweiz/sieben-tage-arbeit-fuenf-tage-lohn (Zugriff am 23. Mai 2013)

im EU-Raum die komplementäre Zulassungspraxis für Drittstaaten gegenüber, d.h. Zugang zum Arbeitsmarkt gibt es hier nur für besonders gut qualifiziertes Personal oder wenn ein Bedarf nachgewiesen werden kann. Damit besteht so gut wie keine reguläre Eintrittsmöglichkeit in den Markt der häuslichen Betreuungsarbeiten für Personen aus Drittstaaten.

Mit dem Entsendegesetz haben europäische Firmen die Möglichkeit, Mitarbeitende für maximal 90 Tage pro Jahr in die Schweiz zu entsenden. Diese Option nutzen verschiedene Vermittlungsorganisationen aus dem Ausland. Bei der Entsendung bleibt die entsandte Person in dem Land sozialversichert, in dem der Betrieb ansässig ist. Sie ist ausserdem dem Entsendeunternehmen als Arbeitnehmende unterstellt. Das heisst, das Weisungsrecht bleibt beim Unternehmen. Bei transnationalen Sorgearrangements wird das Weisungsrecht besonders diskutiert: Care-Migrantinnen übernehmen im Privathaushalt Leistungen, wie kochen, putzen, anziehen, einkaufen etc. Es ist kaum vorstellbar, dass weder die betreuten Personen noch deren Angehörige diese Arbeiten nicht zumindest ansatzweise (mit-)definieren. Naheliegender ist vielmehr, dass diese auch Weisungen erteilen. Da in diesem Fall aber der Haushalt ein Weisungsrecht ausübt, handelt es sich hier nicht um Entsendung, sondern um Personalverleih. Somit gelten die Bestimmungen des Arbeitsvermittlungsgesetz (AVG). Dieses regelt die private Arbeitsvermittlung und den Personalverleih.

Bezüglich der Frage, wer im Privathaushalt das Weisungsrecht ausübt, besteht allerdings oft Unklarheit (zur bestehenden Rechtsunklarheit siehe auch die Motion Schneeberger vom 14.12.2012 und die Stellungnahme des Bundes vom 20.02.2013). Agenturen werben mit ihrer Bereitschaft, die Selbstbestimmung der betreuten Person in den Mittelpunkt zu stellen. Umgekehrt argumentieren sie gegenüber dem Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), dass die Weisungsbefugnisse bei ihnen liegen – und stellen damit die Selbstbestimmung der betreuten Person in Frage. Dass die Agenturen betonen, das Weisungsrecht liege bei ihnen und folglich ihre Tätigkeit als Entsendung und nicht als Personalverleih klassifizieren, ist darin begründet, dass sie für den Personalverleih gemäss AVG eine Bewilligung benötigen. In erster Instanz stellen diese die Kantone aus, in denen die Betriebe ihren Sitz haben. Wenn die Firmen grenzüberschreitend tätig sind, brauchen sie zusätzlich eine eidgenössische Bewilligung vom Seco. Personalverleih ist nach AVG nur zulässig, wenn das Unternehmen einen Sitz oder eine Niederlassung in der Schweiz hat und über

eine entsprechende Bewilligung verfügt. Das heisst konkret: Ausländische Firmen ohne Sitz in der Schweiz dürfen hier kein Personal verleihen.

Darüber hinaus gibt es Agenturen, die angeben, Selbstständige an Privathaushalte zu vermitteln. Allerdings ist der Status der Selbstständigkeit gemäss Schweizer Verständnis nicht gegeben, da die Care-Migrantin in Live-in-Arrangements ausschliesslich in *einem* Haushalt arbeitet und somit nur einen Arbeitgeber bzw. eine Arbeitgeberin hat. Sie wird deshalb als «Schein-Selbstständigkeit» bezeichnet und ist ebenfalls nicht zulässig.

2.4 Exkurse ins benachbarte Ausland

Die folgenden Ausführungen beschreiben verschiedene Ansätze in Österreich, Deutschland und Frankreich im Umgang mit irregulären Arbeitsverhältnissen im Privathaushalt. Angesichts der Komplexität der jeweiligen Systeme erheben die Abschnitte in diesem Kapitel keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sollen vielmehr unterschiedliche Ansätze unserer Nachbarstaaten skizzieren.

2.4.1 Österreich: Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung und Qualitätssicherung

Im Jahre 2007 wurde in Österreich die bis dahin mehrheitlich irregulär organisierte 24-Stunden-Betreuung im Privathaushalt legalisiert. Damit sollten die bisherigen Tätigkeiten der meist ausländischen (und überwiegend illegal tätigen) Betreuerinnen in rechtliche Rahmenbedingungen gegossen werden. Zudem wurden die daraus für die Privathaushalte entstehenden Sozialversicherungskosten durch eine Förderung des Bundes zu 80% abgedeckt (Rupp & Schmid, 2008: S. 3). Mit der Legalisierung wurde der Beruf der (selbständigen) Personenbetreuerin geschaffen und im Hausbetreuungsgesetz verankert. Das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz regelt spezifisch die unselbständige Beschäftigung von Personen in Privathaushalten. Der Anteil der unselbständigen Personenbetreuerinnen ist aber verschwindend klein. So waren 2011 37'000 selbständige gegenüber 500 unselbständigen Personenbetreuerinnen registriert (Haidinger, 2011). Da sich zumeist zwei Betreuerinnen einen Haushalt «teilen», entspricht dies ungefähr 18'500 Haushalten, die Dienstleistungen einer Personenbetreuerin in Anspruch nehmen.

2001 wurde eine gesetzliche Grundlage für ein neues Qualitätssicherungssystem für die häusliche Pflege geschaffen (Nemeth & Pochobradsky, 2004 zit. nach Buchinger,

2008: S. 10). In Österreich gibt es 400'000 Bezügerinnen und Bezüger von Pflegegeld. Davon werden 80–85% zu Hause gepflegt. 2008 wurden 17'000 Qualitätsvisiten durchgeführt, d.h. ca. 5% der Haushalte mit pflege- und hilfebedürftigen Personen wurden besucht (Buchinger, 2008: S. 12). Die Resultate der Hausbesuche zeigten bei 98% eine sehr gute oder gute Pflegequalität. Werden Defizite festgestellt, erfolgt eine Meldung an die zuständigen Pensionsversicherungsträger. Diese können Massnahmen ergreifen, beispielsweise indem das Pflegegeld teilweise oder gänzlich durch Sachleistungen ersetzt oder sogar ruhend gestellt wird, wenn diese Massnahme verweigert wird (Buchinger, 2008: S. 12–13). Die Qualitätssicherung bei Care-Arrangements mit 24-Stunden-Betreuungspersonen wurde unmittelbar nach deren Legalisierung in das System der Qualitätskontrolle integriert (Buchinger, 2008: S. 14). Durch die Legalisierung von Sorgearrangements im Bereich der 24-Stunden-Betreuung und die systematische Qualitätssicherung in der häuslichen Versorgung unterscheidet sich die Situation in Österreich wesentlich von derjenigen in Deutschland und der Schweiz.

Kritisiert wird allerdings, dass in Österreich die Frage des Mindestlohnes und der Arbeitszeitregelung durch den Status der selbständigen Erwerbstätigkeit umgangen wurde. Trotz regulären und legalen Arbeitsverhältnissen dominieren weiterhin prekäre Arbeitsbedingungen. Die bereits vor der Legalisierung bestehenden Organisationsprinzipien wurden lediglich in die rechtliche Grundlage der Regularisierung integriert (Haidinger, 2011). Im Falle der Legalisierung in Österreich handelt es sich deshalb um eine Legalisierung «auf tiefem Niveau». Eine Legalisierung in dieser Form stellt somit nicht wirklich eine geeignete Massnahme gegen prekarierte Arbeitsverhältnisse in Privathaushalten dar. Wohl aber ermöglicht sie, transnationale Arrangements systematisch in die Qualitätskontrolle im Bereich der häuslichen Versorgung zu integrieren. Darüber hinaus verfügt Österreich über vergleichsweise valide Zahlen zum Ausmass des Phänomens.

2.4.2 Deutschland: Steuerermässigung und Cash for Care

Eine Studie des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) hat die Wirkung verschiedener bestehender Subventions- und Fördermittel zur Sicherung der häuslichen Versorgung in Deutschland untersucht (Rand et al., 2012). Deutschland weist mit einem geschätzten Anteil von 90–95% ein extrem hohes Ausmass informeller Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten auf und ge-

hört in diesem Bereich zu den Spitzenreitern in Europa (Rand, 2011: S. 16). Zwar kennt Deutschland verschiedene Subventionsinstrumente, diese greifen aber nur begrenzt und schaffen teilweise Fehlanreize. Steuerermässigungen sollen beispielsweise formale Beschäftigungsformen fördern. Allerdings wird diese Option hauptsächlich von Steuerpflichtigen mit hohem Einkommen in Anspruch genommen. Die Betagten, die diese Dienstleistungen hauptsächlich einkaufen, profitieren von dieser Steuerermässigung nicht, da sie mehrheitlich von der Steuerpflicht befreit sind (Rand et al., 2012: S. 4). Auch von dem Angebot von Minijobs profitieren eher Familien mit kleinen Kindern als Haushalte mit bestehendem Pflege- und Betreuungsbedarf (Rand et al., 2012: S. 4). Minijobs sind sozialversicherungsfreie Anstellungen in geringem zeitlichem Umfang oder zu geringer Entlohnung von maximal EUR 450.–/Monat (Bundesregierung Deutschland, 2012). Gemäss dem IWAK fördern letztlich nicht zielgerichtete Geldleistungen die Entstehung einer Schattenwirtschaft (Rand, 2011: S. 16).

2.4.3 Frankreich: Dienstleistungsscheck CESU

Im Vergleich zu Deutschland hat Frankreich mit einem gebündelten Massnahmenpaket in den letzten Jahren den Anteil legaler Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten wesentlich ausbauen können (Richter, 2010: S. 134). Wichtig beim französischen Ansatz ist die Tatsache, dass er sich nicht an bestimmten Zielgruppen wie beispielsweise Haushalte von Betagten orientiert. Vielmehr wird der Ansatz des personenorientierten Dienstleistungsmarktes entwickelt und professionalisiert (Ekert, 2011b). Das französische Erfolgsmodell profitiert einerseits von historisch bedingten Faktoren wie lange Tradition und hohe Akzeptanz von Dienstleistungen im Privathaushalt wie auch vom zentralistischen Regierungsmodell. Darüber hinaus handelt es sich um ein «gebündeltes Massnahmenpaket», das alle relevanten Ministerien von Beginn weg (2004) integrierte (Ekert, 2011a: S. 12). Wichtige Instrumente sind unter anderem der Aufbau einer Nationalen Agentur für Personendienstleistungen, Steuererleichterungen, die Einführung eines Dienstleistungsschecks (*chèque emploi-service universel* – CESU) und Massnahmen zur Qualifikation der Hausarbeiterinnen und Hausarbeiter (Ekert, 2011a: S. 13–14). Für weitere Informationen zur Funktion des Haushaltsscheckverfahrens (CESU) in Frankreich siehe auch Pape (2010: S. 5–7).

3 Ziele, Fragestellungen und methodisches Vorgehen

3.1 Ziele und Projektdesign

Ziel dieser explorativen Studie ist es, ein detailliertes und vertieftes Verständnis zum Phänomen der transnationalen Care-Arrangements in der Schweiz zu erlangen. Dabei wird ein Perspektivenwechsel vorgenommen, indem das Versorgungsgeschehen im Privathaushalt erstmals aus der Nachfragesicht, d.h. der Perspektive der Angehörigen von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen beleuchtet wird. Dieser Ansatz ergänzt eigene Studienergebnisse sowie Untersuchungen anderer Forschenden zu transnationalen Sorgearrangements in der Schweiz, die bis dato auf die Situation von Migrantinnen, Spitex-Mitarbeitenden und Vermittlungsagenturen fokussierten (Truong, 2011; Schilliger, 2012; Truong et al., 2012; Jähne et al., 2012). Die Erhebung bei den Angehörigen wird ergänzt durch eine gezielte Befragung von Fachpersonen aus dem Inland und deutschsprachigen Ausland (siehe Anhang 4). Dazu gehören sowohl Meinungsbildnerinnen und Meinungsbildner aus der Politik, von Behörden und Fachverbänden sowie von Sozialpartnern. Damit wird der Kontext, in den Privathaushalte mit Care-Migrantinnen eingebettet sind, abgesteckt. Diese verschiedenen Perspektiven erlauben es, wahrgenommene Ursachen und Einflussfaktoren aufzunehmen, die Rolle von Care-Migration im Gesundheitssystem zu beleuchten und so das komplexe Phänomen

der transnationalen Sorgearrangements zu rekonstruieren. Schliesslich bilden die Ergebnisse eine Basis für Empfehlungen zur häuslichen Langzeitversorgung.

Die spezifischen Ziele zur Angehörigen- und Expertenbefragung werden in der nachfolgenden Tabelle 1 vergleichend dargestellt:

3.2 Fragestellungen der Angehörigeninterviews und methodisches Vorgehen

Die Fragestellungen für die Angehörigeninterviews richten das Augenmerk auf die Motive und den Bedarf der Angehörigen, die in ein transnationales Care-Arrangement eingebunden sind. So soll untersucht werden, aus welchen Gründen und unter welchen Bedingungen auf informelle (reguläre und irreguläre) Beschäftigungsformen zurückgegriffen wird. Die forschungsleitenden Fragen sind:

1. Warum nehmen Angehörige von hilfe- und pflegebedürftigen Personen Dienstleistungen von Migrantinnen in Anspruch?
 - Welche Faktoren begünstigen das Zustandekommen transnationaler Arrangements?
 - Welche Strategien verfolgen Angehörige mit dem Eingehen eines solchen Arrangements?

Tab. 1 Ziele der Angehörigen- und der Experteninterviews

Ziele der Angehörigeninterviews	Ziele der Expertenbefragung
Die Versorgungsprozesse im Privathaushalt analysieren	Strukturelle Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren aus unterschiedlichen Fachperspektiven beschreiben sowie Massnahmen und deren Auswirkungen im nahen Ausland eruieren
Die Nachfragesituation, Motive und Erwartungen rekonstruieren	Entwicklungen und Ausmass des Phänomens Care-Migration für die Schweiz einschätzen
Die Kriterien der Versorgungsqualität aus Nutzersicht der Angehörigen erheben	Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitssystem und Dienstleistende innerhalb desselben einschätzen
Allfällige Mängel und Defizite des häuslichen Versorgungsarrangements identifizieren	Handlungsbedarf und Rollen verschiedener Akteure diskutieren
Empfehlungen für Praxis, Politik und Wissenschaft formulieren	

- Wie werden transnationale Arrangements begründet?
 - Welche Relevanz hat diese Betreuungsform im Kontext der Erwerbstätigkeit der Angehörigen?
2. Wie sind transnationale Care-Arrangements aus Sicht der Angehörigen strukturiert?
- Für welche spezifischen Aufgaben werden die Care-Migrantinnen engagiert und warum?
 - Wie werden die einzelnen Aufgabenbereiche und Tätigkeiten voneinander abgegrenzt?
 - Wie laufen die Aushandlungsprozesse zwischen Beschäftigten und Arbeitgebenden (Arbeitsbedingungen, Aufgaben, Rechte und Pflichten, etc.)? Gibt es Vermittler?
 - Welche Qualitätsanforderungen und Erwartungen stellen die Angehörigen an die Pflege und Betreuung durch die transnationalen Care-Arbeiterinnen?
 - Wie sind die Arrangements formal ausgestaltet?
 - Wie sehen die spezifischen Pflege- und Betreuungserfordernisse je nach Betreuungs- und Krankheitssituation aus?
3. In welchem Verhältnis zum Schweizer Gesundheits- und Versorgungssystem stehen transnationale häusliche Care-Arrangements?
- Inwiefern decken die Arrangements gezielt Lücken des Schweizer Versorgungssystems? Welche?
 - Wie werden die Leistungen der transnationalen Dienstleistenden mit Angeboten des Schweizerischen Versorgungssystems kombiniert?
 - Wie präsentiert sich die Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen involvierten professionellen Schweizer Dienstleistenden (u.a. Spitex, Hausärztin/-arzt, Hauswirtschaftsdienste) und den Care-Migrantinnen?
 - Wie sind die Aufgaben zwischen den verschiedenen Dienstleistenden aufgeteilt?

Um die Nachfrageperspektive auf transnationale Arrangements in der häusliche Versorgung zu erheben, wurden qualitative Interviews mit Angehörigen von betreuungsbedürftigen Personen durchgeführt, die transnationale Dienstleisterinnen im Haushalt engagierten. Das Vorgehen bei der Datenerhebung orientierte sich an den methodologischen Paradigmen der rekonstruktiven Sozialforschung (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009).

Dem explorativen Charakter der Fragestellungen entsprechend, erhielten die Gesprächspartnerinnen und -partner während des Interviews die Möglichkeit, ihre je spezifischen Erfahrungs-, Interaktions- und Bedeutungszusammenhänge darzulegen. Das heisst, die Gespräche verliefen bezüglich der Inhalte thematisch fokussiert und strukturiert (Anhang 1). Gleichzeitig bestand im Rahmen der einzelnen vorgängig definierten Themenblöcke narrativer Freiraum, damit die interviewten Personen die für sie zentralen Aspekte darlegen konnten.

Zur Rekrutierung wurden verschiedene Strategien verfolgt:

- a. Verschiedene Institutionen, die Kontakte zu Haushalten mit pflegebedürftigen Personen haben, wurden via Kontaktpersonen angeschrieben mit der Bitte um Weiterleitung von Dossiers an mögliche Interviewpersonen. Die Dossiers enthielten ein Fact-Sheet zum Gesamtprojekt, ein Informationsschreiben zum Angehörigeninterview auf Deutsch bzw. Französisch, einen Antworttalon sowie ein frankiertes Rückantwortcouvert (siehe Anhang 2).
- b. Bestehende Praxispartnerschaften und das Netzwerk von Careum F+E wurden als Feldzugang genutzt, um mögliche Interviewpartnerinnen und -partner anzufragen und die Dossiers auszuhändigen (z.B. Spitex-Dienste der Stadt Zürich, Schweizerische Alzheimervereinigung).
- c. Personen wurden direkt angefragt, von denen bekannt war, dass sie Kontakt zu Haushalten mit Care-Migrantinnen haben.
- d. Nach einem erfolgten Angehörigeninterview wurde die interviewte Person gefragt, ob sie noch weitere Personen kenne. Falls ja, wurden ein bis drei Dossiers ausgehändigt mit der Bitte, sie diesen Personen weiterzugeben (Snowball-Sampling).

Nach der ersten erfolgten Anfrage wurde bei den Institutionen im Abstand von zwei Wochen noch zweimal nachgefragt. Bei Privatpersonen wurde im Abstand von maximal zwei Wochen einmal nachgefragt.

Im Forschungsplan waren Interviews mit Angehörigen aus der Deutschschweiz (ca. 11) und der Romandie (ca. 4) vorgesehen. Aufgrund der unklaren Datenlage zur Nachfrageperspektive sollten möglichst vielfältige Spielarten von häuslichen Care-Arrangements mit transnationalen Dienstleistenden identifiziert werden. Geplant war eine Fallauswahl nach der von Glaser und Strauss entwickelten Methode des theoretischen Sampling

(Glaser & Strauss, 1974). Dabei werden gezielt minimal und maximal kontrastierende Fälle gesucht, um so das Forschungsfeld möglichst breit zu erschliessen. Die Anzahl von gesprächsbereiten Angehörigen erwies sich jedoch in der Praxis als zu gering, um diese gezielte Fallauswahl vornehmen zu können. Folglich wurde der Entscheid für ein Convenience Sample getroffen.

Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen und -partnern erwies sich als herausfordernd, was auf die Sensibilität des zu untersuchenden Themas hinweist. Besonders schwierig war die Gewinnung von potentiellen Interviewpartnerinnen und -partnern beispielsweise im Frühsommer 2012, nachdem im Juni 2012 die Ergebnisse des Projekts «Arbeitsmarkt Privathaushalt» der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich präsentiert wurden (Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, 2012a). Im Zentrum des Medieninteresses standen v.a. die prekären Arbeitsbedingungen der Care-Migrantinnen oder die unklare Rechtslage. Im Zuge dieser medialen Aufmerksamkeit für das Thema erfolgten Interviewabfragen für bereits terminierte Interviews. Auch gingen einige Wochen danach keine Antworttalons mehr ein, so dass keine Kontaktaufnahme mit potentiellen Interviewpersonen erfolgen konnte. Die Rekrutierung wurde im September 2012 nochmals intensiviert. Dennoch wurden in der Romandie verschiedene Anfragen und Nachfragen abschlägig beschieden, so dass sich das Sample auf die Deutschschweiz beschränkt.

Gemäss Planung musste eine zu interviewende Person das Einschlusskriterium erfüllen, Ansprechperson einer betreuungsbedürftigen Person zu sein, die im Privathaushalt durch mindestens eine Care-Migrantin betreut wird. Bei der Rekrutierung wurde betont, dass als *Care-Migrantin* Personen aus dem Ausland verstanden werden, die für die häusliche Betreuung und Hilfe von kranken, behinderten oder hochaltrigen Personen mit Unterstützungsbedarf (Care-Arbeit) in die Schweiz gekommen sind. Nicht eingeschlossen wurden Personen mit Situationen, in denen ausschliesslich Haushaltsarbeit verrichtet wurde. Der Erkrankungs- respektive Betreuungskontext wurde nicht eingeschränkt. Die Untersuchung folgte forschungsethischen Prinzipien, wie u.a. der prinzipiellen Freiwilligkeit der Teilnahme (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2009).

Die Gespräche wurden auf Deutsch geführt. Im Anschluss an das Gespräch wurden die Interviewpartnerinnen und -partner um einige sozialstatistische Angaben gebeten (z.B. Alter, Erwerbsstatus, Verwandtschaftsgrad zur betreuungsbedürftigen Person). Alle Interviews wur-

den vollständig transkribiert. Für die Datenauswertung wurde die Analysesoftware MaxQDA® eingesetzt. Die strukturierende Inhaltsanalyse der Daten erfolgte in Anlehnung an Mayring (2002). Als Grundlage der Analyse wurde ein Kodierleitfaden entwickelt (Anhang 3). Das Kategoriensystem wurde damit definiert und strukturiert sowie durch Ankerbeispiele illustriert. Die Formulierung von Kodierregeln ermöglichte somit die eindeutige Zuordnung des Textmaterials zu den Kategorien.

3.3 Fragestellungen der Experteninterviews und methodisches Vorgehen

Die Interviews mit Fachpersonen aus dem In- und Ausland zielten darauf ab, deren spezifische Sichtweise auf transnationale Sorgearrangements aus unterschiedlichen Fachbereichen zu erschliessen. Da die Auswahl der Expertinnen und Experten möglichst unterschiedliche Wissensbestände zugänglich machen sollte, wurden gezielt Fachpersonen aus dem schweizerischen, deutschen und österreichischen Kontext integriert. Diese Staaten sind stark mit Arbeitsmigration konfrontiert. Zur Care-Migration lassen sich deshalb vielschichtige Erfahrungen gerade auch in Bezug auf getroffene Massnahmen und deren Auswirkungen erheben. So erschlossen wir nebst einem auf die Schweiz bezogenen bereichsspezifischen Fokus auch den Blick auf Erfahrungen und Wissensbestände aus den nationalen Migrationsregimes und Gesundheitssystemen der Nachbarländer.

Unter Expertinnen und Experten für den zu untersuchenden Forschungsgegenstand verstehen wir Repräsentantinnen und Repräsentanten von verschiedenen Organisationen und Institutionen, die aufgrund ihrer Tätigkeit über ein spezifisches Wissen verfügen, das für die Fragestellung des Projekts relevant sein könnte (Meuser & Nagel, 2009).

Folgenden Fragestellungen wurde nachgegangen:

- Wie gross ist das Ausmass des Phänomens?
Wie gross wird es geschätzt?
- Welche Entwicklungen lassen sich in den letzten Jahren beobachten?
- Wie sind die Einschätzungen für die Zukunft?
Was gilt es zu beachten?
- Wo liegen mögliche Spannungsfelder?
Wo wird dringender Handlungsbedarf verortet?

- Welche Auswirkungen hat das Phänomen auf das Schweizer Gesundheitswesen und seine Angebote verschiedener Dienstleister?
- Welche Massnahmen könnten sinnvoll sein? Inwiefern? Auf welcher Ebene müssten diese ansetzen und warum?
- Wo liegen Probleme in der Umsetzung bestimmter Massnahmen? Welche Risiken sind damit verbunden?

Insgesamt wurden 28 Gespräche (basierend auf 38 Anfragen) mit Fachexpertinnen und -experten aus der Schweiz (Deutschschweiz und Romandie) und den Nachbarländern Deutschland und Österreich durchgeführt (Liste der befragten Expertinnen und Experten siehe Anhang 4). Grundsätzlich erwies sich die Interviewbereitschaft bei den meisten Fachpersonen als gross. In Einzelfällen wurden wir an weitere Expertinnen und Experten oder an andere Fachstellen oder Behörden weiterverwiesen. In einem Fall erfolgte eine klare Absage, denn die angefragte Person betrachtete sich nicht als Experte für unsere Fragestellung. Die Auswahl der Fachpersonen orientierte sich an den von Scheiwe und Krawietz (2010a: S. 8–9) beschriebenen relevanten Akteuren auf nationaler und internationaler Ebene. Sie umfasst politische Akteure auf nationaler Ebene, Vertreterinnen und Vertreter von relevanten Bundesstellen sowie internationalen Organisationen, Fachpersonen des Schweizer Rechts mit Schwerpunkt auf Aufenthalts-, Migrations- und Arbeitsrecht, Akteure im Pflegemarkt wie beispielsweise Spitalsozialarbeitende sowie Vertreterinnen und Vertreter von Gewerkschaften und Forschende, die sich mit dem Phänomen der Care-Migration auseinander setzen.

Alle Experteninterviews erfolgten in deutscher Sprache. Mit Ausnahme von drei Gesprächen fanden alle Experteninterviews telefonisch statt. Für die Interviews wurde ein Interviewleitfaden erstellt (Anhang 5). Abhängig vom jeweiligen Fachgebiet der Expertinnen und Experten wurden jeweils nicht alle Aspekte des Interviewleitfadens mit derselben Tiefe behandelt. Auf der Basis der Aufnahme der Interviews wurde ein Inhaltsprotokoll erstellt. Die strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring, 2002) erfolgte mit Unterstützung durch die Analysesoftware MaxQDA®.

4 Ergebnisse der Angehörigeninterviews

Im Erhebungszeitraum von März bis November 2012 wurden insgesamt 11 Angehörige befragt. Die Gesprächsdauer lag zwischen 1 Stunde und 2 Stunden 40 Minuten mit einem Durchschnitt von 92 Minuten. Es nahmen 5 Frauen und 6 Männer teil. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 52 Jahren mit einer Spannweite zwischen 37 und 63 Jahren. Sieben Angehörige arbeiteten zum Zeitpunkt des Interviews Vollzeit, 3 Personen waren teilzeitbeschäftigt (zwischen 60% und 95%), und eine Person war Rentner. Die Befragten arbeiteten in unterschiedlichen Branchen wie Bildung, Wirtschaft oder Handwerk. Sechs Personen hatten einen Hochschulabschluss, drei eine Berufslehre und zwei Personen machten keine Angaben.

Die betreuten Personen waren zwischen 62 und 99 Jahren alt. In 9 Fällen betraf es die Mutter der interviewten Person, einmal gleichzeitig Mutter und Schwester und einmal die Ehefrau. Anlass der Betreuungsbedürftigkeit war in 7 Situationen eine Demenzerkrankung. Als Zusatzdiagnosen wurden dabei Sarkoidose, Morbus Parkinson und Oberschenkelfraktur genannt. Bei je einer Person wurde als Betreuungsgrund Schlaganfall, Krebserkrankung oder Alter/Hüftarthrose angegeben. Eine befragte Person machte hier keine Angabe. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte eine Person im Heim, alle anderen zu Hause. Zwei der betreuungsbedürftigen Personen waren bereits verstorben.

Die Analyse zeigt ein Spektrum von Vorgehensweisen bei der Ausgestaltung der transnationalen Care-Arrangements sowie unterschiedlichste Erfahrungen und Einschätzungen der Angehörigen. Ihre Beurteilung der Versorgungssituation lag zwischen den beiden Polen «es war die falsche Entscheidung – ich würde es nie mehr so machen» und «es war das Beste für meine Mutter/Ehefrau – ich würde es sicher wieder so machen». Die folgende Ergebnisdarstellung nimmt sowohl Gemeinsamkeiten der Versorgungsarrangements als auch die wesentlichsten Unterschiede in den Blick.

4.1 Hintergründe für die Inanspruchnahme einer Care-Migrantin

Die befragten Angehörigen spielten alle eine Rolle bei der Realisierung des jeweiligen transnationalen Arrangements. Dies reichte von einer unterstützend-beratenden Funktion bis hin zur Übernahme der Entscheidungshoheit im Sinne einer fürsprechenden Stellvertretung für die zu betreuende Person, vor allem dann, wenn diese an Demenz erkrankt war.

4.1.1 Wunsch nach individueller Versorgung im eigenen Haushalt

Von zentraler Bedeutung war für die Angehörigen der Wunsch der betreuungsbedürftigen Person, zu Hause in den eigenen vertrauten vier Wänden und so selbständig wie möglich bleiben zu können. Dabei wurde die individuelle Betreuung und persönliche Zuwendung besonders betont, die durch eine Care-Migrantin zu Hause erbracht werden kann.

«*Meine Mutter lebt wirklich mit und bekommt auch Sachen mit durch die persönliche, also die persönliche Betreuung, die sie halt bekommt, sie wird als Individuum wahrgenommen, als Mensch, und das ist im Spital, in einem Heim nicht möglich.*» (4D)

Bei allen Angehörigen hatte «das Zuhause» einen sehr hohen Stellenwert. Übereinstimmend benannten sie als ihr Ziel beim Eingehen eines transnationalen Arrangements, die Versorgung der betreuungsbedürftigen Person bestmöglich zu gewährleisten. Freiheit, Individualität und Autonomie der betreuungsbedürftigen Person zu erhalten sowie ihre Lebensqualität sicherzustellen, waren wichtige Anliegen:

«*Sie ist an Freiheiten gewohnt, und sie liebt das und braucht das.*» (15O)

« [...] uns geht es um die Lebensqualität der Mutter, oder? Und ihr ist es pudelwohl [vögelwohl], also IHR ist es wohl gewesen. Also sie hat eben wieder einmal gelacht. » (5E)

Bestmögliche Versorgung wurde dabei von der Mehrzahl der Angehörigen gleichgesetzt mit der Betreuung zu Hause. Dies erfolgt über die Kontrastierung zum Heim:

« Also das ist das beste [Heim], das ich bis jetzt gesehen habe, aber es ist nicht gut genug, also es ersetzt nicht das Daheim. Ein Heim ersetzt das nicht. Daheim ist immer noch am besten, also da bin ich überzeugt. » (4D)

Die überwältigende Mehrheit der befragten Angehörigen war der Ansicht, dass es im Interesse der betreuungsbedürftigen Person ist, durch den Einsatz einer Care-Migrantin einen Heimaufenthalt zu verzögern bzw. zu vermeiden. Dabei zeigte sich ein negatives Bild von der Situation und den Möglichkeiten innerhalb von Heimen. Allerdings gab es auch eine ausdrücklich gegenteilige Stellungnahme, die im Zusammenhang mit Demenz für eine spezialisierte institutionelle Versorgung und gegen den Einsatz einer Care-Migrantin im häuslichen Setting votierte. Sie strich vorrangig die Herausforderungen der Betreuung und die damit verbundenen Belastungen für die betreuende Person heraus:

« Es ist sehr schwierig, sie [die Mutter] zu beschäftigen. Sie hat zum Beispiel in diesem Alterszentrum, wo sie jetzt ist, doch immer ein bisschen Leben um sich, Gleichgesinnte, die auch Probleme haben. Daheim ist sie mit einer gesunden Person allein, und es braucht wahnsinnig viel Kraft von dieser Betreuerin, Aufmerksamkeit nonstop, für eine Person da zu sein... ich glaube, es ist wahnsinnig belastend für eine Person alleine. Sie [die Care-Migrantin] kann ihr ja nicht sagen, Frau F., jetzt bleiben Sie zwei Stunden dort sitzen oder schauen ein Heft an oder machen ein Kreuzworträtsel, das geht alles nicht, mein Mami weiss das nicht mehr nach zehn Sekunden. » (6F)

Die jeweilige soziale Beziehung zwischen Angehörigen und betreuungsbedürftiger Person war über Jahrzehnte gewachsen und vielfach mit wechselseitigen Erwartungen verbunden. Vor allem bei den intergenerationellen Beziehungen kam zum Ausdruck, dass verschiedene Zu-

kunftsszenarien, z.B. die Möglichkeit des Sterbens zu Hause, bereits in der Vergangenheit hypothetisch besprochen wurden:

« Sie [die Mutter] hat immer gesagt, das wäre so schön daheim zu sterben. Und ich habe immer gesagt, wenn es irgendwie möglich ist, dann helfe ich dir dabei. » (6F)

Konsequenterweise fühlte sich die Angehörige verpflichtet, diesen Wunsch nach häuslicher Versorgung zu unterstützen und ihren Beitrag zu seiner Erfüllung zu leisten.

4.1.2 Bedürfnis nach Sicherheit und Entlastung durch eine stabile Versorgung

Die Angehörigen äusserten mehrheitlich das Bedürfnis nach Sicherheit für die betreuungsbedürftige Person, die sie im vertrauten häuslichen Umfeld mit der Unterstützung einer Care-Migrantin eher gewährleistet sahen. Sie hofften auf eine stabile Versorgung, die mit der Anstellung einer Care-Migrantin rund um die Uhr abgedeckt sein würde. Für die Mehrzahl der Angehörigen war ein wichtiges Ziel, sich von Betreuungsaufgaben zu entlasten und dabei selbst die Sicherheit zu haben, dass während ihrer Abwesenheit eine Person da ist, die die betreuungsbedürftige Person unterstützt und nach ihr schaut:

« Wichtig ist für mich, wenn ICH fortgehe, dann weiss ich, es ist jemand zu Hause und schaut. Früher habe ich manchmal Riesenhorror gehabt, wenn ich fort bin oder? Da habe ich nie gewusst, was ist, wenn ich nach HAUSE komme? » (7G)

« Ich habe schon gemerkt, die Mutter hat Mühe, dass jetzt jemand 24 Stunden in dem Haus drinnen ist, jemand Fremdes. Sie hätte lieber gehabt, wenn ich dort gewesen wäre, aber das ging halt nicht. » (1A)

« Wenn man hundert Prozent arbeitet, liegt das einfach nicht drin. » (10K)

Das transnationale Care-Arrangement wurde von den Angehörigen häufig als wesentliche Entlastung erlebt, vor allem im Hinblick auf das Wahrnehmen von beruflichen Verpflichtungen und den Erhalt ihrer eigenen Erwerbstätigkeit.

In den Interviews tritt deutlich zutage, dass die grundsätzliche Fragilität des Lebens für die Angehörigen stärker ins Bewusstsein rückt in der Auseinandersetzung mit einer fortschreitenden Erkrankung. Doch allen Stabilisierungsbestrebungen zum Trotz bleibt in der häuslichen Betreuung ein Restrisiko für die Unversehrtheit der betreuungsbedürftigen Person bestehen, das selbst mit Unterstützung einer Care-Migrantin nicht gänzlich eliminiert werden kann. Eine angehörige Person hat dies explizit angesprochen:

« Sie [die Care-Migrantin] hat die Mutter fast nicht alleine lassen wollen, sie hatte Angst, es könnte dann etwas passieren. Und dann habe ich auch gesagt, 'Hör, wenn etwas passiert, dann ist etwas passiert, also es ist nicht DEINE Schuld'. » (5E)

Die klare Kommunikation der Haltung der Angehörigen in diesem Beispiel war eine wesentliche Voraussetzung, dass die Care-Migrantin die vereinbarte und ihr zustehende Freizeit auch ausserhalb des Hauses nutzen konnte. Die Angehörigen koordinierten sich untereinander und sorgten dafür, dass für die Zeit der Abwesenheit der Care-Migrantin immer jemand für die Mutter da war.

An das Bedürfnis der Angehörigen nach Sicherheit knüpfen so unmittelbar Fragen nach der Verantwortung und den Verantwortlichkeiten sowohl der Angehörigen wie der Care-Migrantin an. Hier zeigten sich verschiedene Standpunkte, die einen wesentlichen Einfluss auf die praktische Ausgestaltung des jeweiligen Care-Arrangements hatten: Welches Mass an Sicherheit soll mit dem Einsatz einer Care-Migrantin erreicht werden? Und: Wie sind Freizeitregelungen getroffen? Was gilt als Arbeitszeit? Ist freie Zeit wirklich *Freizeit*? In den Ausführungen zur praktischen Ausgestaltung der Care-Arrangements wird die diesbezüglich unterschiedliche Handhabung vertieft.

4.1.3 Triebkräfte der Entscheidung für ein transnationales Care-Arrangement

Die Analyse zeigte als Triebkräfte für die Entscheidung, ein transnationales Care-Arrangement einzugehen, vor allem die jeweiligen Betreuungserfordernisse, die Finanzierbarkeit der Betreuung und Erfahrungen mit dem bestehenden Versorgungsangebot.

Mehrheitlich begründeten die Angehörigen die Inanspruchnahme der Dienstleistung einer Care-Migrantin mit den jeweiligen Betreuungserfordernissen. Auslöser für die Inanspruchnahme war in einigen Fällen eine Krise

oder ein akut aufgetretener Versorgungsbedarf, z.B. durch den Ausfall der bisherigen Betreuungsperson, ein Sturzereignis oder eine unmittelbar bevorstehende Entlassung aus dem Spital. Hier wurde häufig der zeitliche Druck betont, unter dem die Entscheidung zu erfolgen hatte:

« Ich bin in die Situation gekommen als der Vater gestorben ist, dann musste die Mutter versorgt sein, also sie ist dement, 89, letztes Jahr, ist dement, ist auf Pflege angewiesen ... ich habe innerhalb aller kürzester Frist eine Versorgung für meine Mutter finden müssen. » (4D)

« Die Mutter ist relativ von heute auf morgen ein Pflegefall geworden, sie hatte einen Zusammenbruch und musste in den Spital und dann wusste ich einfach, jetzt muss ich irgendjemanden haben, wenn sie aus dem Spital kommt, der sie betreut und wahrscheinlich den ganzen Tag. » (1A)

In anderen Fällen nahmen die Angehörigen eine schleichende Verschlechterung der häuslichen Versorgungssituation wahr und erkannten vermehrten Unterstützungsbedarf, der mit dem Engagement einer Care-Migrantin gedeckt werden sollte:

« Es ist nicht aus einer akuten Notlage entstanden, sondern einfach aus einer Einschätzung vom Gefahrenpotenzial, das der Alltag so in sich birgt, wie man eine mittelfristige Anlage finden könnte, der dem Wunsch von meiner Mutter gerecht wird. Ihr Wunsch war, ich möchte daheim bleiben, wenn das geht... » (2B)

Wesentliche Aspekte für die Entscheidung, eine Care-Migrantin zu engagieren, waren aus Sicht der Angehörigen die Kosten der Betreuung und die Finanzierbarkeit der häuslichen Betreuung in der präferierten Form:

« Das ist natürlich das PROBLEM, oder? Das muss man FINANZIEREN können. » (15O)

In diesem Zusammenhang wurde auch betont, dass entsprechendes Schweizer Personal für die 24-Stunden-Betreuung entweder nicht zur Verfügung stand oder die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für ihr Engagement nicht ausreichten:

« Schweizerinnen finden, die Lust hätten auf das, weiss ich nicht, wo man die finden würde. » (3C)

«Das [Angebot] in der Schweiz ist absolut unbezahlbar gewesen.» (6F)

Im Zusammenhang mit der Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen setzten sich Angehörige mit der schwierigen Abgrenzung von Pflege und Betreuung/Hauswirtschaft auseinander. Eine Angehörige bringt das Problem am Beispiel der Essenszubereitung und Nahrungsaufnahme einer Person mit Demenz folgendermaßen auf den Punkt:

«Was genau ist Pflege? Und wo beginnt Haushalt?» (15O)

Sie äusserte Schwierigkeiten, diese Unterscheidung von Pflege und Betreuung mit ihrer unterschiedlichen Finanzierungslogik im Versorgungssystem nachzuvollziehen.

Das Engagement einer Care-Migrantin ist für die Angehörigen nicht unabhängig von bestehenden Versorgungsangeboten wie Spitex oder institutionalisierter Betreuung in Heimen zu betrachten. In den meisten Fällen bestand eine enge Kooperation und Abstimmung vor allem mit der lokalen Non-Profit Spitex-Organisation. Mehrfach kam allerdings auch eine Unzufriedenheit der Angehörigen mit der Dienstleistungsqualität von anderen Versorgungsanbietern zur Sprache. Als wesentliche Punkte wurden die Arbeitsorganisation (u.a. fehlende personelle Konstanz, Zeitdruck), das eingeschränkte Angebot sowie die unzureichende Verlässlichkeit genannt:

«Das ist einfach eine Hetzerei gewesen und dann immer wieder eine andere.» (1A)

«Und dann habe ich sagen müssen, also gut, das müssen wir auch abhaken, funktioniert nicht mit der Spitex. Und ich habe jemanden haben müssen, der eigentlich wirklich einfach DA ist.» (9I)

«Das ist ziemlich tragisch gewesen. Die waren überhaupt nicht in der Lage meine Mutter zu versorgen, und die ist nach dieser Woche in diesem Heim schlussendlich vier Wochen im Spital gelegen.» (3C)

Schlechte Erfahrungen mit Versorgungsanbietern können somit als begünstigender Faktor für das Zustandekommen eines individuellen transnationalen Arrangements gelten. In der rückblickenden Schilderung ihrer Suche nach einer Person für die 24-Stunden-Betreuung im Privathaushalt stellten die Angehörigen übereinstimmend fest, dass sie keine andere Lösung hatten finden können, die mit dem transnationalen Care-Arrangement

vergleichbar und gleichzeitig bezahlbar war. Das Angebot der lokalen Non-Profit Spitex umfasste zwar alle Pflegeleistungen, jedoch nach Aussagen der Angehörigen nicht im benötigten zeitlichen Umfang. Bei den Angeboten von privaten, gewinnorientierten Spitex-Organisationen stellte sich für die Angehörigen wiederum die Frage, wie sie diese Dienstleistung auch langfristig finanzieren können.

4.2 Zur praktischen Ausgestaltung der transnationalen Care-Arrangements

Aus den Aussagen der Angehörigen wurde deutlich, dass die jeweils eingegangenen transnationalen Care-Arrangements ganz unterschiedlich strukturiert waren. Allen gemeinsam war die Organisation als Live-in-Arbeitsverhältnis. Die jeweilige konkrete Ausgestaltung differierte jedoch erheblich, wie im Folgenden gezeigt wird.

Die 11 befragten Angehörigen berichteten von insgesamt 19 Care-Migrantinnen, die in den Haushalten der betreuungsbedürftigen Personen arbeiteten. In 4 Haushalten war eine Person beschäftigt, in 6 Haushalten waren es je 2 Personen und in einem Haushalt 3 Care-Migrantinnen, die sich abwechselten. Sämtliche Care-Migrantinnen waren weiblich und zwischen 24 und 62 Jahren alt. Sie stammten aus Polen (9), der Slowakei (6), Deutschland (2) oder dem Kosovo (1). Neun Befragte konnten Auskunft geben über die Ausbildung und den Beruf der Care-Migrantin. Das Spektrum reichte von Hausfrau, über Fabrikarbeiterin, Schneiderin bis hin zu Abiturientin, Absolventin der Handelsschule und Lehrerin. Zwei Care-Migrantinnen waren als Betreuerinnen angestellt, eine verfügte über eine grundpflegerische Ausbildung.

4.2.1 Wie erfolgte die Auswahl der Care-Migrantin?

Die Angehörigen beschrieben ihre Auswahl der Care-Migrantinnen auf zwei prinzipiell unterscheidbare Wege: über persönliche Empfehlung versus über das Internet. Bei zwei Befragten wurden die Care-Migrantinnen von Nachbarn empfohlen, sie waren somit bereits bekannt, erprobt und bewährt. In einem Fall wurde sie von der vorhergehenden Care-Migrantin empfohlen. Bei der weit überwiegenden Mehrheit der Befragten kam die Kontaktaufnahme jedoch aufgrund von Internet-Recherchen der Angehörigen bei Anbietern im In- und Ausland zustande. Von den Angehörigen wurden acht verschiedene Vermittlungsagenturen genannt, die in Anspruch ge-

nommen wurden (aus Datenschutzgründen werden die Namen nicht genannt). Nach einer ersten Kontaktaufnahme mit Vermittlungsagenturen bekamen die Angehörigen häufig Dossiers von in Frage kommenden Personen zugeschickt. Auf dieser Basis eine Auswahl zu treffen war vielfach von Unsicherheiten begleitet und fiel den Angehörigen nicht leicht.

« Und dann haben sie mir Fotos geschickt, dann kannst du eben auswählen, und du weißt, es kommt einfach JEMAND, du kennst die nicht oder? Also es ist schon speziell. » (10K)

Um diese Unsicherheit bei der Wahl einer passenden Person zu reduzieren, nahm eine Angehörigenperson selbständig telefonisch Kontakt zu Care-Migrantinnen auf, die ihr von einer Vermittlungsagentur per Dossier zur Wahl angeboten wurden. Sie verschaffte sich so einen genauen Eindruck von den Personen und ihren Sprachkompetenzen. Zudem diskutierte sie mit ihnen die wechselseitigen Vorstellungen und prüfte die angegebenen Referenzen. Nachdem sie sich entschieden hatte, engagierte sie eine ihr geeignet erscheinende Person und zwar unabhängig von der ursprünglich angefragten Vermittlungsagentur. Im Gegensatz zu dieser gezielten Vorgehensweise entsprach der Auswahlprozess über eine Vermittlungsagentur in manchen Fällen eher dem Prinzip Versuch und Irrtum.

« Ich habe mich an ein Vermittlungsbüro aus der Schweiz gewandt, das mir die erste Pflegerin vermittelt hat. Das ist dann keine glückliche Sache gewesen dort, und ich musste sie auswechseln, habe dann eine andere bekommen, eine Polin, eine junge, die hat das Nötigste gemacht... » (4D)

Eine passende Care-Migrantin für die betreuungsbedürftige Person zu finden, d.h. dass die Konstellation auch auf der persönlichen Ebene stimmig ist, wurde von den befragten Angehörigen als nicht selbstverständlich wahrgenommen, sondern als glücklicher Zufall:

« Aber ich denke von so vielen Frauen, dass also wir gleich zwei hatten, die super waren, das ist ein riesiger Glücksfall gewesen. » (1A)

4.2.2 Rechtlicher Rahmen: Wer agiert als Arbeitgeber?

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal in der praktischen Ausgestaltung betrifft den rechtlichen Rahmen des Arbeitsverhältnisses. Dabei ist die zentrale Frage, wer die Rolle des Arbeitgebers innehat. Sind dies Privatpersonen oder ist eine Vermittlungsagentur involviert? Denn damit untrennbar verknüpft sind die formalen Vereinbarungen, die in der konkreten Situation getroffen wurden, wie zum Beispiel arbeitsvertragliche und versicherungsrechtliche Regelungen. Dies erwies sich zudem als bedeutend für die Frage nach der Weisungsbefugnis gegenüber der Care-Migrantin. Im Sample vertreten sind sowohl zwei Arrangements, bei denen die betreute Person formal selbst als Arbeitgebende fungierte (2B, 5E) als auch zwei Arrangements, bei denen die Angehörigen die Arbeitgeberrolle übernahmen (1A, 3C). Bei den weiteren sieben Arrangements waren formal diverse Vermittlungsagenturen involviert. Die verschiedenen Vermittlungsagenturen hatten unterschiedliche Tätigkeitsspektren. Eine Agentur vermittelte Care-Migrantinnen lediglich einmalig und mit erfolgreicher Vermittlung war ihr Auftrag abgeschlossen. Andere agierten als Arbeitgebende der Care-Migrantinnen, die für alle formalen Aspekte verantwortlich zeichneten. Ob die Arbeitgeberfunktion selbst ausgeübt oder an eine Vermittlungsagentur delegiert wurde, hatte Konsequenzen für die praktische Ausgestaltung, die einer je unterschiedlichen Logik folgt.

Die Angehörigen, die selbst oder stellvertretend für die betreute Person als Arbeitgebende fungierten und Arbeitsverträge mit den Care-Migrantinnen abschlossen, bezeichneten es als Herausforderung, dies regelgerecht und vorschriftsgemäss umzusetzen. Für sie stand die schwierige Informationsbeschaffung über eine rechtlich tragfähige Ausgestaltung des Arrangements im Vordergrund. Dabei wurde sowohl der Aufenthaltsstatus der Care-Migrantin thematisiert als auch Lohn, Lohnnebenkosten und Sozialversicherungsabgaben. Angehörige verfolgten kreative Strategien im Hinblick auf die formale Durchführung des Beschäftigungsverhältnisses. Eine Person mit landwirtschaftlichem Betrieb lagerte die schwierige versicherungstechnische Abwicklung an einen spezialisierten Dienstleister aus. Solche Institutionen existieren im Landwirtschaftsbereich, die Saisonarbeiter beschäftigen. Sie stehen jedoch Personen ausserhalb der Landwirtschaft nicht zur Verfügung.

Hinsichtlich der rechtlichen Tragfähigkeit des Anstellungsverhältnisses wurden diametral unterschiedliche Strategien sichtbar. Das Bemühen um eine für die Care-Migrantin faire sowie rechtskonforme Ausgestaltung der Beschäftigung wird in folgenden Statements deutlich:

«Wenn man sich einmal entschieden hat, nicht zu stehlen, nachher hat man sich wahrscheinlich für das entschieden. Man muss sich nicht immer wieder fragen, soll ich jetzt oder soll ich nicht. Wenn man sich einmal entschieden hat, sich nach Kräften innerhalb der Rechtsordnung, die da halt gilt, zu bewegen, dann muss man sich nicht entscheiden, ob man jetzt ihr AHV zahlen will oder nicht, dann zahlt man sie.» (2B)

«Ich WILL, dass das korrekt ist. Ich will mit niemandem Scherereien bekommen, mit dem Schweizer Gesetz oder irgendwie mit Behörden und Zeug, das muss korrekt sein.» (9I)

Die Beschäftigung einer Care-Migrantin erfolgte jedoch durchaus auch im Bewusstsein, sich gegen gelten-des Schweizer Recht zu stellen.

«Der erste Monat ist eh alles illegal gewesen, da habe ich sie nicht einmal angemeldet, dann ist sie einfach schon da gewesen, also ich hatte gar keine Zeit, ich habe einfach jemand gebraucht.» (1A)

Mehrere der Angehörigen begründeten die Inanspruchnahme einer Vermittlungsagentur mit der Entlastung, die deren Dienstleistung bietet im Hinblick auf administrative Zuständigkeiten und die Verantwortung eines Arbeitgebers. Es wurde damit auch die Hoffnung verbunden, dass die Anstellung der Care-Migrantin «sauber», d.h. legal und korrekt, ist:

«Ich habe mit Leuten arbeiten wollen, die einen sauberen Vertrag haben, die versichert sind, wo das klar läuft.» (15O)

Als weiteren entscheidenden Vorteil einer Vermittlungsagentur wurde genannt, dass sie einen Ersatz für die Care-Migrantin bereitstellten, wenn diese abwesend, d.h. in den Ferien oder krank sei. Aber auch, wenn sich die Wahl der entsprechenden Person als falsch bzw. für die betreute Person als unverträglich erwies, sorgten die Agenturen für Ersatz, im Idealfall mit nahtlosem Übergang.

«Ich würde heute mit denen [Vermittlungsagenturen], weil, dann hätte ich nicht den Druck von Ferienablösung, oder was ist, wenn die krank ist, auch die GANZEN VERSICHERUNGEN! Dann ist da einfach auch eine Firma, aber in der SCHWEIZ oder? Sie übernehmen einfach und dann zahlt man dieser Firma einfach die Rechnung monatlich oder?» (5E)

Die Angehörigen, die eine Care-Migrantin über eine Vermittlungsagentur engagiert hatten, bewerteten die jeweiligen Agenturen wiederum ausgesprochen uneinheitlich. Es gab Agenturen, die Angehörige und Care-Migrantin eng begleiteten, konkrete Nachfragen zur Zufriedenheit mit dem Arrangement sowie zu Bedarfsveränderungen und Änderungswünschen stellten und diese dann auch umsetzten. Dies wurde anerkannt und positiv bewertet. Andere Angehörige berichteten, dass sich die Kontakte nach der Vermittlung auf ein Minimum beschränkten. Dabei wurden auch Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Vermittlungsagentur laut:

«Ich bin am Anfang nicht so ganz sicher gewesen wie seriös das ist.» (6F)

4.2.3 Formale Vereinbarungen und Arbeitsbedingungen: Entlohnung, Kosten, Freizeit

Die formalen Vereinbarungen wurden bei den Care-Arrangements sehr unterschiedlich gehandhabt. Hier zeigte sich wiederum als Unterscheidungsmerkmal, ob die Beschäftigung der Care-Migrantin selbstorganisiert erfolgte oder ob die Dienste einer Vermittlungsagentur in Anspruch genommen wurden. Von den Angehörigen, die als Arbeitgebende fungierten, wurden Absprachen wie z.B. arbeitsvertragliche Regelungen (Ferienanspruch, Lohnfortzahlung, Versicherungen usw.) oder Aufgabenbeschriebe grösstenteils schriftlich und dann auch für beide Parteien fixiert. In einem Fall gab es lediglich mündliche Vereinbarungen. Manche Vermittlungsagenturen schlossen mit den Angehörigen zum Teil umfangreiche Vertragswerke ab, die z.B. Regelungen zur Probezeit, Vertretungsregelungen und Kündigung umfassten. Andere waren weniger umfassend. Es gab in den Gesprächen keine Hinweise darauf, dass die Vermittlungsagenturen ihre vertraglichen Vereinbarungen, die sie mit den Care-Migrantinnen hatten, den Angehörigen gegenüber offenlegten. Im Gegenteil, manche Agenturen liessen sich vertraglich zusichern, dass die Angehörigen

mit der Care-Migrantin nicht über die Höhe der für sie entrichteten monatlichen Beträge sprechen. Denn die Lohnhöhe war auch ein Anlass für Missstimmungen:

« Sie [die Care-Migrantin] hat dann plötzlich zu ihr [der betreuten Person] gesagt ‚ja, das ist ja furchtbar, was die mir zahlen‘. Wir haben 2700 Franken gezahlt im Monat plus Kost und Logis. Plus natürlich Haushaltungsgeld und alles. Aber wir haben einfach 2700 Franken zahlen müssen an die Institution B. Und dann hat sie zu uns gesagt gehabt, ja, da bekäme sie nur etwa 1000 Franken... » (14N)

Dieses Einzelbeispiel legt nahe, dass von den Beträgen, die die Angehörigen an diese Agentur entrichteten, weniger als die Hälfte von der Agentur an die Care-Migrantin weitergereicht worden waren. Die Geldflüsse im einzelnen sowie Strategien der Akteure hinsichtlich Gewinnmaximierung wurden im Dreieck Angehörige/betreute Person – Vermittlungsagentur – Care-Migrantin jedoch wenig angesprochen.

Die Befragten, die Angaben zu Lohn und Anstellungsverhältnis ihrer Care-Migrantin machten, nannten unterschiedliche Lohnmodelle. Sie reichten von Stundenlohnbasis (65 Euro pro Tag) bis zur festen Jahresanstellung. Die von den Angehörigen genannten Beträge, die entweder als Lohn an die Care-Migrantin oder als monatliche Kosten an die Vermittlungsagentur entrichtet wurden, lagen zwischen CHF 1200 netto und CHF 4500 brutto. Sie variierten somit beträchtlich. Im Durchschnitt verdienten die Care-Migrantinnen CHF 2900 monatlich während ihrer Anwesenheitszeiten.

In allen Care-Arrangements wurden Kost und Logis für die Care-Migrantin gestellt. Die Angehörigen beschrieben zum Grossteil Betreuungssituationen in Häusern mit grosszügigem Raumangebot. Eine Person schilderte jedoch auch die beengte Situation in einer 3-Zimmer-Wohnung, in der das Wohnzimmer für die Care-Migrantin zur Verfügung gestellt wurde. Durch die Unterbringung im gleichen Haushalt wurden die Rückzugs- und Abgrenzungsmöglichkeiten der Care-Migrantin begrenzt sowie die Trennung von Arbeitszeit und Freizeit erschwert:

« Die Personen dürfen sich NICHT in ihre eigenen vier Wände zurückziehen, die sie dort im Haus haben, und die Person sich einfach selber überlassen, nur zu den Mahlzeiten erscheinen, sie wieder versorgen und dann wieder gehen, oder, das ist wichtig. » (4D)

Auch die Aussagen zur vereinbarten Arbeitszeit der Care-Migrantin zeigten eine unterschiedliche Handhabung und weisen auf ein Spannungsfeld hin. Das Arbeitspensum betrug bei allen Care-Migrantinnen 100%, wobei die Angaben zur Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche bis 24 Stunden am Tag reichten. Die Anstellungsdauer variierte zwischen einem Monat und unbefristet. Zentrale Fragen, die in den Live-in-Arbeitsverhältnissen besonders virulent waren, wurden von allen Angehörigen thematisiert: Was ist Arbeitszeit? Was kann somit als Freizeit der Care-Migrantin gelten? Und wie wird hier im häuslichen Setting eine Abgrenzung vorgenommen? Es zeigte sich, dass trotz formaler Vereinbarungen die Abgrenzung von Arbeitszeit und Freizeit in der Praxis schwierig umzusetzen ist:

« Wir haben eine Arbeitszeit definiert, aber man muss natürlich schon sagen, wenn sie das genauso einhalten würde, wäre das gar nicht möglich, weil die Arbeitszeit, es hat ja häufig zu tun mit einfach DA ZU SEIN... » (2B)

Manchen Beschreibungen der Angehörigen zufolge war die Tätigkeit der Care-Migrantin vergleichbar mit einem Bereitschaftsdienst. Auch von Seiten der Care-Migrantinnen fand gemäss Information der Angehörigen häufig keine klare Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit statt:

« Die [Care-Migrantin] hat dann gesagt, ‚ja, wenn wir am Nachmittag nichts haben und ich ein Buch lese oder so, dann ist das auch frei‘. » (10K)

Mehrere Angehörige berichteten von Freizeitaktivitäten, die von ihnen, der betreuungsbedürftigen Person und der Care-Migrantin gemeinsam unternommen wurden:

« Aber wenn ich sage ‚Komm Larissa, wir gehen noch irgendwo hin, wir gehen ein wenig an die K herunter, spazieren, dann macht sie einfach die Begleitperson für meine Frau, dass einfach noch jemand DA ist, ja, wenn etwas wäre oder? Dann nehmen wir sie mit, oder? Und dann hat SIE auch Freude und sieht auch die Gegend ein wenig. » (9I)

Für einige Angehörige trugen die gemeinsamen Unternehmungen auch dem Umstand Rechnung, dass die Care-Migrantin zeitweise in einer fremden Umgebung lebte und in den meisten Fällen hier keine sozialen Kontakte pflegte, sondern per Internet und Telefon mit ihrer

Familie zuhause in Kontakt stand. In fast allen Care-Arrangements richteten die Angehörigen Internetzugang und Skype für die Care-Migrantin ein, um ihr diese Kontakte mit Personen im Herkunftsland zu ermöglichen.

4.2.4 Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Care-Migrantinnen

Die zugedachten Aufgaben für die Care-Migrantin waren teilweise in einem Pflichtenheft schriftlich erfasst, teilweise wurden sie ihr jedoch auch nur mündlich kommuniziert. Die Interviews zeigten, dass von beiden Seiten im Hinblick auf die Tätigkeitsbereiche Gestaltungsspielraum bestand:

«*Es ist so beschrieben, was sie machen soll. Und manchmal fragt sie mich auch, ob sie noch das machen darf und das machen und das machen, weil sie ist unglaublich effizient.*» (15O)

Die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche waren bei allen Care-Migrantinnen vergleichbar. Dabei ging es den meisten Gesprächspersonen um persönliche Begleitung und Unterstützung für ihre betreuungsbedürftigen Angehörigen. Der Care-Migrantin wurde zum Beispiel die Rolle einer Begleiterin zugedacht, die Gesellschaft leistet, damit die Mutter nicht allein sei und Unterhaltung habe. Verschiedene Tätigkeiten wurden dann gemeinsam ausgeübt, wie Spazierengehen, Kochen oder Gartenarbeiten. Angehörige betonten häufig den Sicherheitsaspekt, den sie sich von der Präsenz der Care-Migrantin erhofften.

«*Sie hat eigentlich eher eine Gesellschafterin nötig, weil sie eben den ganzen Tag häufig alleine ist, ... vor vier Jahren hatte sie mal eine TIA [Durchblutungsstörung des Gehirns mit vorübergehenden Lähmungserscheinungen], also, wenn es so wäre, dass ihr so etwas nochmal passieren würde, wäre sie dort doch sehr alleine.*» (2B)

«*Das ist ja nicht so eine anstrengende Betreuung, aber es ist einfach Präsenzzeit, bei der du einfach da sein musst. Es ist ja nicht, dass es einen Haufen Arbeit gäbe oder dass Mutter so anstrengend wäre und einen Haufen Pflege brauchen würde.*» (4D)

Die Angehörigen führten an, dass mit der Care-Migrantin jemand da wäre, wenn es z.B. zu einem Sturz käme, um dies frühzeitig zu merken, um Hilfe zu leisten oder zu holen, was wiederum dem bereits angesproche-

nen Sicherheitsbedürfnis der Angehörigen entgegen kommt. Die Anwesenheit der Care-Migrantin sollte sicherstellen, dass «ein Auge» auf die betreuungsbedürftige oder als gefährdet wahrgenommene Person geworfen wurde, z. B. damit diese beaufsichtigt war und nicht weglaufen konnte. In diesem Zusammenhang verwendete die Angehörige den Begriff «hüten». Zur Beurteilung, dass dieses «Hüten» doch nicht so anstrengend sei, gibt es gegenteilige Einschätzungen von Angehörigen von Demenzerkrankten, die herausfordernde und belastende Momente der Betreuung herausstrichen, z.B. wenn die betreuungsbedürftige Person sofort wieder vergisst, was besprochen und ausgemacht wurde. Darüber hinaus barg die ständige Präsenz, das Aushandeln von Zuständigkeiten und Grenzen auch durchaus Konfliktpotential, wenn sich die betreuungsbedürftige Person überwacht, bevormundet und in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlte:

«*Das Bemuttern hat die Mutter nicht ertragen. Fast hierarchisch ist das gewesen, SIE [die Care-Migrantin] ist DA OBEN [in der Hierarchie], jetzt bin ich da zuhause der Chef und das ist die Mutter da unten. Und die MUTTER hat es anders gesehen.*» (14N)

Die Care-Migrantinnen wurden für Arbeiten im Haushalt wie einkaufen, kochen, waschen und putzen eingesetzt. Dabei erstreckten sich ihre Tätigkeiten oft nicht nur auf die Belange der betreuungsbedürftigen Person, sondern schlossen auch diejenigen der Angehörigen ein, die im gleichen Haushalt lebten. Sie erfüllten somit die Aufgaben einer Haushälterin.

«*Den Rest macht sie: putzen, Kleider, kochen, alles, ..., und immer ein wenig ein Auge auf sie haben. Doch, muss ich sagen, das ist korrekt, von mir aus gesehen macht sie es gut und korrekt oder?*» (9I)

Je nach Betreuungs- und Unterstützungsbedarf übernahm die Care-Migrantin auch pflegerische Aufgaben, wie Hilfe bei der Körperpflege, Essenaufnahme oder Begleitung zur Toilette. Eine der Care-Migrantinnen richtete und verabreichte auch die verordneten Medikamente. Davon abgesehen waren die Care-Migrantinnen nicht für Pflegeaufgaben im eigentlichen Sinn eingesetzt, sondern dafür engagierten die Angehörigen die öffentliche oder private Spitex.

Arrangements mit mehreren Care-Migrantinnen erforderten Absprachen der involvierten Care-Migrantinnen untereinander, um die Ablösung und die weitere

Versorgung der betreuungsbedürftigen Person nahtlos sicherzustellen. Das Interesse der Angehörigen galt einer Betreuung, die kontinuierlich und gleichbleibend gut aufrechterhalten wurde. Die von ihnen angeführten Beispiele illustrierten lebendig, dass es bei Wechseln häufig zu Reibungen zwischen den Care-Migrantinnen bis hin zu ausgewachsenen Konflikten kam, die ein steuerndes Eingreifen der Angehörigen erforderlich machten:

« Sie hat relativ viel gemacht, das nachher einfach die Nächste nicht weiter machte, sie sagte auch immer, was sie im Garten gemacht hat und was weiter gemacht werden muss, was sie in der Pflege gemacht hat und was weiter gemacht werden muss, wenn sie zurückkommt. Sie hat schon gemerkt als die zweite gekommen ist, dass es zurückgegangen ist, oder, dass eigentlich etwas ausgebaut ist und die zweite macht es nicht weiter und dann geht es zurück, und dann ist sie recht enttäuscht gewesen. » (1A)

4.3 Bewertung von transnationalen Care-Arrangements

Die Angehörigen äusserten sich zur Gesundheitsversorgung vom Standpunkt ihrer jeweils individuellen Situation aus, d.h. aus der Perspektive von (Mit-)Betroffenen, die eine zufriedenstellende Lösung für die Versorgung der betreuungsbedürftigen Person suchten.

4.3.1 Qualitätserwartungen und Zufriedenheit mit der erbrachten Betreuung

Aufgrund ihrer eigenen Abwesenheit im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person war für Angehörige entscheidend, Vertrauen in die Qualität der Arbeit der Care-Migrantin haben zu können:

« Ich muss davon ausgehen, sie machen es richtig, wenn ich nicht daheim bin. » (4D)

Dies schloss auch den vertrauenswürdigen Umgang mit Geld bzw. allgemein dem Hab und Gut des Haushalts ein. Vor dem persönlichen Kennenlernen bestand durchaus manchmal auch Skepsis im Hinblick auf die Vertrauenswürdigkeit der Care-Migrantinnen:

« Es sind halt fremde Leute, dann kommen sie vom Ausland, was sind dann das für Leute? Aber da ist jetzt nie etwas verschwunden. » (1A)

Die Angehörigen formulierten verschiedene Qualitäts-erwartungen. Einige Kriterien, die bereits im Auswahlprozess der Care-Migrantin eine Rolle spielten, wie v.a. Sprachkenntnisse und Erfahrung, mussten sich im täglichen Umgang beweisen. So banal es klingt, dass sprachliche Kompetenzen zentral für die reibungslose Verständigung sind, so vielschichtig gestalteten sich für alle Beteiligten die sprachlichen Herausforderungen im Alltag:

« Sie muss Deutsch verstehen und das Gängigste reden können, weil mein Mami ist nicht in der Lage, Hochdeutsch zu reden. Sie ist dann auch sehr ungeduldig, wenn jemand etwas nicht versteht. » (6F)

« Auch von der Mutter her war Verstehen schwierig. Ich glaube, die haben einfach aneinander vorbei geredet oder? Meine Mutter hat ja auch nicht mehr gut gehört. » (10K)

Für eine Angehörigenperson stand beispielsweise die Beachtung der Selbstpflegefähigkeiten der Mutter sowie die Respektierung ihrer Selbstfürsorge durch die Care-Migrantin im Vordergrund. Selbst wenn die Ausführung so länger dauerte.

« Und das ist mir sehr wichtig, so lange sie das kann, dass sie das wirklich auch selber macht. » (2B)

Der bestmögliche Erhalt der Autonomie der betreuten Person erfordert jedoch eine hohe Kompetenz der Care-Migrantin. Auch das Beachten von individuellen Schamgrenzen wurde als sensibles Gebiet genannt, auf das im Zusammenhang mit der Arbeit einer Care-Migrantin zu achten sei:

« Sie [die Mutter] will nicht, dass man sie wäscht. Und sie will nicht nackt vor dieser Person sein. » (15O)

Die Einschätzungen der Angehörigen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Care-Migrantinnen bei Personen mit Demenzerkrankung waren kontrovers. Für die einen war es die bestgeeignete Strategie, um die individuelle persönliche Betreuung der dementen Person im vertrauten häuslichen Umfeld sicherzustellen und sogar Fortschritte zu erzielen:

«Die [demente] Mutter ist einfach in ihrem gewohnten Umfeld so gut, oder. Das würde an einem anderen Ort schon lange nicht mehr gehen, also sie hat eigentlich ziemlich schlechte Werte gehabt.» (5E)

«Man sieht jetzt, was das ausmacht, wenn eine Betreuung da ist, die sich mit der Person abgibt und mit ihr herumläuft und mit ihr redet und mit ihr lacht, die auf sie eingeht. Die Fortschritte, die die Mutter gemacht hat, alleine nur seit den letzten Dreivierteljahren, das ist unglaublich.» (4D)

Für andere war die optimale Betreuung einer dementen Person nur in einer spezialisierten stationären Einrichtung gewährleistet. Die Care-Migrantin wäre damit überfordert und verfüge nicht über die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten, um die Betreuung angemessen sicherstellen und herausfordernde Situationen bewältigen zu können.

«Demenz ist einfach eine schwierige Krankheit bei der man sich gut überlegen muss, ob man das daheim pflegen lassen kann.» (6F)

In einem Beispiel führten fehlende Pflegefachkompetenzen der Care-Migrantin zur Gesundheitsbeeinträchtigungen der betreuungsbedürftigen Person: Die Care-Migrantin bot ihr nicht im ausreichenden Mass zu trinken an. Als Folge davon musste die betreuungsbedürftige Person dehydriert und verwirrt ins Spital eingewiesen werden. Die Bemühungen der Angehörigen, mit dem Einsatz einer Care-Migrantin für die Sicherheit der betreuten Person zu sorgen, wurden hier ins Gegenteil verkehrt. Entsprechend unzufrieden war die Person mit der Qualität der geleisteten Versorgung.

Übereinstimmend stellten die Angehörigen fest, dass Qualität ihren Preis hat. Dies galt auch im Hinblick auf die Qualität der Sprachkenntnisse der Care-Migrantin:

«Und die, die besser Deutsch können, die haben einfach mehr gekostet, es hat auch solche gegeben, die weniger kosten. Und je mehr Deutsch sie können, desto teurer sind sie gewesen.» (1A)

Teilweise nahmen Angehörige Persönlichkeitsmerkmale der Care-Migrantin als Qualitätskriterium:

«Sie hat wirklich etwas Liebes gehabt, und das hat sie nicht gespielt, sie ist so gewesen. Julia ist wirklich SO ein Schatz gewesen.» (10K)

«Sie ist sonst noch ein wenig eine resolute Person, aber uns gegenüber ANSTÄNDIG, KORREKT, DISKRET.» (9I)

Die Angehörigen nutzten zur Einschätzung vorrangig weiche Kriterien, wie «lieb», «nett», «herzlich», «fürsorglich» oder «geduldig». Als wichtigstes Mass für die Arbeitsqualität der Care-Migrantin nannten die Angehörigen jedoch das Wohlbefinden der betreuungsbedürftigen Person. Dabei sollte die Care-Migrantin auf persönliche Bedürfnisse eingehen, Vorlieben berücksichtigen und flexibel auf die jeweilige Situation reagieren können. Konsequenterweise verweist ein Angehöriger auf die hohen Anforderungen an die Kompetenzen der Care-Migrantinnen und mögliche Ansatzpunkte für Qualifizierungsmassnahmen:

«Eigentlich müssten die Leute eine sehr ausgebildete, sehr ausgeprägte Sozialkompetenz haben.» (2B)

Die Angehörigen waren sich einig, dass die zwischenmenschliche Ebene und das persönliche Miteinandergeschehen von Betreuerin und betreuter Person massgeblich für eine gelungene Ausgestaltung der Care-Beziehung waren:

«Die Mutter hat die Frau gleich ins Herz geschlossen.» (5E)

«Es kann GUT gehen mit so jemandem auf der menschlichen Seite, und es kann weniger gut gehen.» (14N)

Konfliktsituationen resultierten zum einen aus den bereits erwähnten Beziehungskonstellationen mit Bevormundung und fehlendem Freiraum der betreuten Person. Zum andern bargen unterschiedliche Vorstellungen von guter Ernährung und schmackhafter Küche sowie persönliche Vorlieben erhebliches Konfliktpotential:

«Meine Mutter sagt, ‚aber ich esse kein Müsli zum Frühstück‘. [Die Care-Migrantin antwortet:] ‚Doch, du essen Frühstück, gesund‘. (2B)

In jedem Interview sind Aussagen zu den Kochkünsten der Care-Migrantin zu finden. Die Bandbreite erstreckte sich von «sehr gut» bis «sie kann ja nicht kochen». Es zeigte sich, dass Kochen als Ausdruck von gutem Umsorgen einen hohen symbolischen Stellenwert

für die Angehörigen hatte. Gleichzeitig ist es eine Kulturtechnik, die nicht ohne weiteres in einem anderen Kontext gut ankommt.

«Eine Rösti kennt man nicht, und eine Bratwurst kennt man nicht ... Die Küche, das ist ein Problem, von dem ich heute sagen muss, tut es bitte nicht unterschätzen, es ist nicht nur die PFLEGE, es ist auch das Kochen.» (14N)

Der Trinkverhalten der Care-Migrantin wurde in drei Care-Arrangements als problematisch wahrgenommen und führte in einem Fall zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Wurden die Qualitätserwartungen nicht erfüllt, zogen die Angehörigen in den meisten Fällen Konsequenzen. Diese reichten von persönlichen Klärungsgesprächen bis hin zum Aussprechen der Kündigung.

«Da hat eine Pflegerin EINE Pflegeperson, um die sie sich wirklich kümmern kann, und die machen das zum Teil sehr herzlich und gut, und wenn sie es halt nicht gut machen, muss man intervenieren.» (4D)

4.3.2 Kooperation im Privathaushalt mit anderen Dienstleistungsanbietern

Die individuellen Betreuungssituationen, von denen die Angehörigen berichteten, waren gekennzeichnet durch Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings, z.B. zwischen Spital, Kurzzeitpflege und dem häuslichem Bereich. Dabei wurde die Versorgung in Institutionen wie Pflegeheimen von der überwiegenden Mehrheit der Angehörigen als wenig individuell und bedürfnisorientiert wahrgenommen, mit Personal, das häufig wechselte und unter immensem Zeitdruck stünde. Diese Einschätzung führte massgeblich zur Entscheidung für ein transnationales Care-Arrangement zu Hause. Im häuslichen Versorgungskontext waren meist verschiedene Leistungsanbieter involviert, wie Hausärztinnen und -ärzte, öffentliche Spitex, private Spitex, Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc. Die Angehörigen schätzten die Kooperation der verschiedenen Akteure miteinander als wichtige Stütze im häuslichen Versorgungsarrangement, in das auch die Care-Migrantin integriert war. In den meisten Fällen agierte die interviewte Person als zentrale Koordinationsstelle, sie organisierte und orchestrierte die weiteren Akteure:

«Also die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt läuft sehr gut, mit ihm kommuniziere ich per SMS, per Mails und per Telefon. Die Kommunikation läuft auch direkt über die Betreuerinnen, sie gehen schnell hinunter zu ihm. Ich habe wirklich ein Netz aufgebaut zwischen regulärer Spitex, privater Spitex, ihm und mir und so weiter, das eigentlich sehr gut läuft.» (15O)

Dieses Zitat illustriert, dass auch bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen einer Care-Migrantin die Angehörigen nach wie vor eine wichtige Funktion im «Management» der Betreuungssituation innehatten. Aus Angehörigensicht nahmen auch die Hausärztinnen und Hausärzte im häuslichen Versorgungssetting eine wichtige Rolle ein. Sie waren alle informiert über das jeweilige transnationale Care-Arrangement. Teilweise machten sie sich im Rahmen von Hausbesuchen ein Bild von der Betreuungssituation und -qualität vor Ort. Die Hausärztinnen und -ärzte waren in die unterschiedlichen Betreuungsphasen und die damit verbundenen Entscheidungen massgeblich involviert:

«Der Hausarzt, der hat uns sehr unterstützt, der ist dann auch heimgekommen und hat das alles angeschaut.» (5E)

«Und der Hausarzt hat dann am Schluss auch entschieden, nicht mehr ins Spital ... Also er ist zuerst auch recht skeptisch gewesen, hat gefunden, ja aber geht sie [die Mutter] nicht besser ins Altersheim? Dann habe ich gesagt, nein, wir probieren das jetzt so ... Und als er dann sah, wie die beiden Frauen arbeiten, fand er dann auch, doch, das ist wirklich super.» (1A)

Die übereinstimmenden Aussagen der Angehörigen legen den Schluss nahe, dass die Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte eine wesentliche Voraussetzung für ein transnationales Care-Arrangement darstellt.

In mehreren häuslichen Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen wurden die Pflegeleistungen von der öffentlichen Spitex übernommen. Die Anwesenheit einer Care-Migrantin im Haushalt löste unterschiedliche Reaktionen bei Spitex-Mitarbeitenden aus. Sie reichten von Erstaunen mit Nachfragen und klärenden Gesprächen bis zum Rückzugsangebot aus der Versorgungssituation:

« Die Spitex hat sehr speziell reagiert auf die Polin und hat gefunden ‚äh, was ist denn da?‘ » (5E)

« Am Morgen kommt die Spitex. Die haben, kaum haben sie M. [die Care-Migrantin] gesehen, gefunden, jetzt braucht es uns ja nicht mehr. Und dann hat mein Vater sofort interveniert, er fand, ‚geht es noch, die Frau ist da, um mich zu entlasten und nicht für eure Arbeit, nicht um euch Arbeit wegzunehmen, wir brauchen euch immer noch‘. » (3C)

In den Versorgungsarrangements wurden deshalb weiterhin die Dienstleistungen der Spitex in Anspruch genommen. Allerdings versuchten manche Angehörige den Kontakt zwischen Spitex und Care-Migrantin zu vermeiden. Die grundsätzliche Einschätzung einer angehörigen Person zur möglichen Kooperation von Spitex und Care-Migrantin tönte wenig hoffnungsvoll:

« Das sieht die Spitex sowieso nicht gerne, private Pflegerinnen und Spitex, das ist ja eine Kombination, die sich gar nicht verträgt. » (4D)

Andere Angehörige machten hingegen deutlich, dass in vielen Fällen Spitex-Mitarbeitende und Care-Migrantin Hand-in-Hand arbeiteten, sich gegenseitig informierten und unterstützten zum Wohl der betreuten Person. Spitex-Mitarbeitende leiteten Care-Migrantinnen an, die wiederum bei der Durchführung von Massnahmen assistierten und sie in Abwesenheit der Spitex weiterführten. Die Etablierung eines kooperativen Umgangs miteinander erforderte jedoch Austausch und Abstimmung:

« Sie haben es gut gemacht, und wir haben die Spitex gebraucht, ohne sie wäre es nicht gegangen ... Aber auch dort hat man einfach den Weg finden müssen zueinander. » (5E)

Die Angehörigen schilderten ihre eigene Kooperation mit Spitex-Mitarbeitenden auch überaus unterschiedlich. Einerseits war das Bild, das manche Angehörige von der öffentlichen Spitex zeichneten, geprägt von Zeitdruck, Personalmangel und geringer personeller Konstanz. Dies hatte in einem Fall zur Folge, dass zu einer privaten Spitex gewechselt wurde, um personelle Kontinuität und individuelle Versorgung sicherzustellen. Andererseits wurde in Situationsbeschreibungen deutlich, dass aus der Sicht von Angehörigen die Kooperation von öffentlicher oder privater Spitex, Care-Migrantin und Angehörigen das Fundament darstellte, das die Versorgung der

betreuungsbedürftigen Person zu Hause erst ermöglichte. Als gemeinsames Ziel wurde die gelungene Betreuung im häuslichen Setting ausgemacht:

« Die Spitex ist natürlich auch froh, dass es funktioniert. » (7G)

Aus Sicht der Angehörigen waren kontinuierliche Abstimmung und wechselseitige Aufgabenklärung für eine funktionierende Kooperation mit allen involvierten Akteuren im häuslichen Versorgungssetting entscheidend:

« Die grösste Herausforderung am Ganzen ist die KOMMUNIKATION! » (5E)

4.3.3 Lücken des Versorgungssystems und Verbesserungsvorschläge

Alle Angehörigen berichteten von Lücken in der Gesundheitsversorgung, die sie in ihrer Situation wahrgenommen hatten. Sie bezogen sich dabei weniger auf abstrakte Überlegungen zum Gesamtsystem als vielmehr auf konkrete Beispiele aus ihrem Betreuungsalltag. Dabei machten sie teilweise konkrete Verbesserungsvorschläge.

Manche Angehörigen äusserten die Absicht, spezialisierte Angebote in die Betreuung einzubeziehen, wie z.B. Tagespflegeeinrichtungen für Demenzerkrankte. In einem Fall scheiterte die konkrete Umsetzung jedoch an den eingeschränkten Öffnungszeiten der anvisierten Tagesstätte.

« Für mich ist das nicht dienlich gewesen. Die Tagesstätte ist von neun Uhr morgens bis mittags um fünf offen. Dann bin ich längstens bei der Arbeit. » (9I)

Die starren Öffnungszeiten mit Beginn um 9 Uhr und Schliessen um 17 Uhr standen der problemlosen Vereinbarkeit mit der Berufstätigkeit entgegen. Um ihre Berufstätigkeit weiterführen zu können, hätte die Angehörige jemanden für das Hinbringen und Abholen der betreuungsbedürftigen Person benötigt. Deshalb kam für sie dieses Versorgungsangebot nicht in Frage.

Die Angehörigen benannten übereinstimmend fehlende Informations- und Beratungsmöglichkeiten für die regelgerechte Anstellung einer Care-Migrantin als herausfordernd, v.a. auch zu sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen. Informationen wurden zum Teil als widersprüchlich und schwer durchschaubar, als veritabler «Dschungel» (1A) beschrieben. Folglich formulierten sie einen Bedarf nach Angeboten, die bislang fehlende

Beratungen und Informationen über korrekte Anstellungsmöglichkeiten von Care-Migrantinnen aufnehmen und decken. Dabei klang wiederholt an, dass die Thematik der transnationalen Arrangements eng an gesellschaftliche Werte und Normen gekoppelt ist. Umso wichtiger wäre deshalb eine unabhängige und möglichst objektive Beratung zu den verschiedenen Möglichkeiten:

«Ich fände es angenehm, wenn man wirklich eine Fachanlaufstelle hätte, die einen für Direktanstellungen beraten würde. Eben nicht so: ‚Pfui Teufel, man tut niemanden im Privathaushalt anstellen‘, aber auch nicht so eine unverschämte Agentur, die einen angeblich betreut.» (3C)

«Ich wünschte mir natürlich eine Stelle, die einen beraten kann. Eine Beratungsstelle gibt es nicht, also man muss von Pontius zu Pilatus, und das finde ich noch verrückt. Das hat für mich einfach mit unserem Föderalismus zu tun, überall wird ein Süppchen gekocht ... ich denke, da wird noch UNGLAUBLICH VIEL passieren müssen.» (15O)

Die Angehörigen waren überzeugt, dass durch die föderalen Versorgungsstrukturen der Schweiz die Beratungsstellen lokal aufgebaut und auf die örtlichen Bedingungen ausgerichtet sein müssten. Als Vorbild wurden die Touristen-Informationen genannt, die den Reisenden jeweils für die Region angepasste und auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Ausflugsvorschläge zusammenstellt. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit mühsamer Informationsbeschaffung agierten Angehörige oft selbst auch als Auskunftspersonen und Informationsquelle für Menschen in ähnlicher Situation. Die meisten berichteten informell – z.B. in persönlichen Gesprächen mit Interessierten – über ihre Erfahrungen und gaben Ratschläge. Eine Person positionierte sich auch in der Öffentlichkeit, z.B. durch Stellungnahmen zum Thema Care-Migration in Leserbriefen. Personen, die Informationen benötigten, gelangten oft über gemeinsame Bekannte an die Angehörigen. In einigen Fällen empfahlen auch die Hausärztinnen und Hausärzte den Ratsuchenden, sich an die entsprechenden Angehörigen zu wenden. Wenn sich das Arrangement bewährt und die Angehörigen gute Erfahrungen gemacht hatten, empfahlen sie die Care-Migrantin bzw. die bewährte Agentur proaktiv weiter.

Als weiteres grosses Thema brachten die Angehörigen Fragen rund um die Finanzierung der häuslichen Versorgung und den Anspruch auf Vergütung zur Sprache. Einerseits wurden wiederum Informationsdefizite zu den

ihnen zustehenden Unterstützungsangeboten genannt sowie Schwierigkeiten im Umgang mit bürokratischen Prozessen, z.B. bei der Beantragung der Hilflosenentschädigung. Andererseits war der Tenor, dass die Kosten der Care-Migrantin selbst getragen werden müssen und sich dies nicht jede betreuungsbedürftige Person leisten kann. Eine interviewte Person sieht hier Verbesserungsbedarf beim Versorgungssystem, weil letztlich die Finanzierungsmöglichkeiten die Form der Versorgung bestimmten. Dabei würde systembedingt möglicherweise nicht die kostengünstigste Variante unterstützt. Ausserdem würde die finanzierte Lösung nicht immer den Bedürfnissen der Betreuten entsprechen:

«In der Schweiz finde ich schon noch speziell die ganze FINANZIELLE Seite. Also, wenn du kein Vermögen hast, dann MUSST du ins Pflegeheim. Und die öffentliche Hand übernimmt dann die Kosten ... Aber es gibt vielleicht Lösungen, die sogar kostengünstiger wären, auch von der Lebensqualität her besser wären. Aber das System hört nicht zu.» (5E)

Einige Angehörige empfanden das Schweizer Steuersystem als ungerecht, weil Leistungen, die durch Care-Migrantinnen erbracht werden – im Gegensatz zu Spitex-Leistungen – nicht steuerlich geltend gemacht werden können:

«Die Steuerverwaltung hat mir gesagt, eigentlich könnte sie die SPITEX Tag und Nacht haben, und das könne sie von den Steuern abziehen. Aber DAS [die Anstellung einer Care-Migrantin] könne sie nicht von den Steuern abziehen. Das hat mich EXTREM gestört, weil die Mutter hat deshalb sehr viel Steuern zahlen müssen.» (14N)

Mehrere Angehörige erachteten die Kontrolle der Arbeitsbedingungen der Care-Migrantinnen im Privathaushalt als zentralen Ansatzpunkt, um die Lage aller Beteiligten zu verbessern. In einem Interview wurden sogar Pläne thematisiert, selbst einen Beitrag dazu zu leisten durch die Gründung einer regionalen Vermittlungsentität:

« Das ist unser Beweggrund, so etwas aufzuziehen, damit für alle etwas stattfindet, DAS GUT IST. Natürlich kann man nicht alles kontrollieren, man kann nicht immer hineingehen, aber dass eine Kontrolle da ist, damit die Leute auch wissen, okay, ich werde kontrolliert, ich kann dann nicht, wie ich will, ich muss ein Pflichtenheft haben. Viele Leute stehen genau vor der Situation wie ich vor einem Jahr, da war ich froh, wenn nur jemand kommt. Aber das muss BESSER sein, das reicht so nicht. » (4D)

Die in diesem Interview skizzierte Planung einer Vermittlungsagentur, die mit einer Neugründung umgesetzt werden sollte, zeigte eine Idealvorstellung, die wesentliche Herausforderungen des Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen aus der Perspektive der Angehörigen aufgriff: faire Arbeitsbedingungen der Care-Migrantin, Kontrolle und Durchsetzung der Einhaltung von arbeitsrechtlichen Bestimmungen, Berücksichtigung der individuellen Haushaltssituation und Betreuungserfordernisse, wechselseitige Abstimmung von Betreuungsbedarf und Eignung für die Aufgabe sowie die entsprechende Qualifizierung der Care-Migrantin für den notwendigen Bedarf. Zur Sicherstellung einer hohen Betreuungsqualität sollte eine kontinuierliche Begleitung der Care-Migrantinnen erfolgen. Ein wesentlicher Punkt bei dieser Planung war die Begutachtung und Sicherstellung der Bedingungen vor Ort, hier geleistet durch die geplante Neugründung einer Agentur.

Für die Angehörigen bedeutsam war nicht nur die Kontrolle der Aktivitäten von Vermittlungsagenturen, sondern auch die Frage nach Kontrollmöglichkeiten im Privathaushalt und zwar sowohl hinsichtlich der Arbeitsbedingungen der Care-Migrantin als auch hinsichtlich der Qualität der Betreuung. Dass die Kontrolle bislang nicht stattfand, wurde als Manko geschildert:

« Das ist vielleicht der Vorteil von Vermittlerorganisationen, weil sie eben grösser sind und immer wieder Leute vermitteln, dass die vielleicht besser kontrolliert sind. Aber Privathaushalte, die sind NICHT kontrolliert. Also ich finde, es ist enorm wichtig, dass man ein völlig korrektes Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis formuliert, und wenn man selber nicht weiss, wie man das macht, dann muss man sich halt beraten lassen. » (2B)

Aus der fehlenden Kontrolle der Privathaushalte wurde geschlossen, dass die Pflicht und Verantwortung für die korrekte Handhabung den einzelnen Personen in ihrer Rolle als Arbeitgebende obliegt. Um dies korrekt machen zu können, müssten sie sich die notwendigen Informationen selbst beschaffen. Wie oben ausgeführt, gestaltete sich diese Informationsbeschaffung für viele Angehörige als schwierige Herausforderung. So wird an dieser Stelle nochmals der Bedarf der Angehörigen nach verlässlichen Informationen deutlich.

5 Ergebnisse der Experteninterviews

Die Wahrnehmung des Phänomens Care-Migration und Einschätzungen aus der Perspektive von Fachpersonen werden im Folgenden kondensiert dargestellt. Die Analyseergebnisse der Experteninterviews fokussieren auf folgende Themenbereiche: Merkmale und Ausmass des Phänomens der Care-Migration, Kontextfaktoren der Care-Migration, Spannungsfelder sowie Handlungsbedarf und Empfehlungen. Der zugrunde liegende explorative Ansatz zielt darauf, eine Auslegeordnung in Form einer Rekonstruktion der unterschiedlichen Perspektiven auf das Phänomen Care-Migration zu erstellen. Deshalb werden einzelne Aussagen zu den jeweiligen Expertinnen oder Experten, von denen sie stammen, nicht zugewiesen.

5.1 Merkmale und Ausmass des Phänomens der Care-Migration

5.1.1 Von Ost nach West und zurück: Pendelmigration

Nach Einschätzung vor allem der deutschen und österreichischen Fachpersonen bildete das Jahr 1989 mit dem Ende des Kommunismus und dem Fall der Berliner Mauer einen Wendepunkt, weil ab diesem Jahr die Care-Migration von Ost nach West einsetzte. Diese Migrationsbewegung aus ehemals kommunistischen Staaten in den Westen wurde in Deutschland ursprünglich «Polenpflege» und in Österreich «Böhmenpflege» genannt, in Anlehnung an die jeweiligen Herkunftsgebiete der Care-Migrantinnen. Nach wie vor sind in der gegenwärtigen Care-Migrationsbewegung gemäss der Einschätzung der Fachpersonen Migrantinnen aus osteuropäischen Staaten dominierend.

Übereinstimmend wird berichtet, dass bei Care-Migration der Lebensmittelpunkt jeweils im Herkunftsland bleibt. Im Bereich der transnationalen Sorgearrangements dominiert die Pendelmigration in Form eines zeitlich befristeten Arbeitsaufenthalts in der Schweiz, der intervallmässig für eine Rückkehr ins Heimatland unterbrochen wird. Viele Frauen, die für die Übernahme von Sorgearbeiten hierher kommen, haben im Herkunftsland jeweils Fami-

lien, Partner, Kinder und damit eigene Sorgaufgaben. Deshalb vermuten die Fachpersonen, dass die Pendelmigration eher den Bedürfnissen der Care-Migrantinnen entspricht, die so versuchen, ihre Arbeit im Ausland mit ihren Pflichten zu Hause zu vereinbaren. Ihrer Überzeugung nach erfolgt Care-Migration zur Finanzierung des Lebens im Herkunftsland. Dies kann entweder bedeuten, sich selbst einen schönen Lebensabend oder den Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. Familiennachzug und Niederlassung im Arbeitsland werden folglich nur am Rande erwähnt. Im Diskurs der Schweizer Expertinnen und Experten steht diese Migrationsbewegung vor allem im Kontext der Umsetzung der Personenfreizügigkeit und des dualen Zulassungssystems.

In Bezug auf die Geschlechterverteilung unterscheidet sich die Care-Migration wesentlich von der Gastarbeitermigration nach dem Zweiten Weltkrieg. Während damals mehrheitlich junge, männliche Migranten aus dem Süden Europas in die Schweiz kamen, migrieren bei der Care-Migration mehrheitlich Frauen mittleren Alters. Dennoch weisen beide Migrationsbewegungen zwei Gemeinsamkeiten auf: Ein fehlender Fokus auf Integration sowie die Erwartung, dass die eingewanderten Frauen oder Männer nach getaner Arbeit wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Einige der Expertinnen und Experten betonten, dass sich die weitere Entwicklung dieser Form der Arbeitsmigration für die Schweiz noch nicht wirklich abschätzen lässt. Eine Expertin berichtete z.B. von einzelnen Care-Migrantinnen aus Polen, die sich als Folge einer Ehescheidung entgegen ihrer ursprünglichen Planung nun doch langfristig in der Schweiz niedergelassen hatten. Dies kann als Hinweis gelten, dass Migration in nicht voraussagbarer Weise auf bestehende Lebensmuster und -situationen der Migrantinnen einwirkt. Aktuell handelt es sich gemäss der Einschätzung der meisten Expertinnen und Experten jedoch um eine Migrationsbewegung von Ost nach West und wieder zurück.

Konkrete länderspezifische Aussagen zur Herkunft der Care-Migrantinnen sind vorsichtig zu interpretieren. Zum einen können die befragten Fachpersonen nicht auf ver-

lässliche Daten über Migrationsbewegungen zurückgreifen. Zum anderen führen die Fachpersonen an, dass sich die Herkunft der Care-Migrantinnen regional in der Schweiz deutlich unterscheidet und es so zu einer verfälschten Einschätzung kommen kann.

5.1.2 Care-Migration in der Schweiz – ein «statistisches No Man's Land»

In der Tat sind sich die Expertinnen und Experten auf die Frage nach dem Ausmass der Care-Migration in Schweizer Privathaushalte einig, dass das Phänomen zwar präsent ist, aber kaum gesicherte und widersprüchliche quantitative Daten vorliegen. Das Thema «*wird in den Medien diskutiert*», «*man trifft es an in der Schweiz*», «*es ist einem bewusst*» lauten die Aussagen. Die Frage nach dem Ausmass der Care-Migration in Schweizer Privathaushalte konnte keine der befragten Fachpersonen verbindlich beantworten. Am besten auf den Punkt brachte es die Aussage «*es ist ein statistisches No Man's Land*».

Als indirekten Indikator für das Ausmass wurde mehrfach auf die steigende Anzahl der Vermittlungsagenturen, die sich durch eine Internetrecherche ermitteln lassen, verwiesen. Dieser Markt verändert sich jedoch rasch. Zudem sind Arrangements, die über informelle private Netzwerke der Care-Migrantinnen oder der Haushalte zu Stande kommen, durch die Recherche via Agenturen nicht erschliessbar. Einen anderen möglichen Zugang bieten die Statistiken des Seco zur Anzahl der erfolgten Vermittlungen und der vom Seco bewilligten Vermittlungsbetriebe. Allerdings sind auch diese Zahlen zu wenig aussagekräftig, denn sie umfassen sowohl inländische wie ausländische Vermittelte und werden nicht nach Branchen getrennt erhoben. Entsprechend können daraus nur Vermutungen abgeleitet werden über die spezifische Anzahl von Vermittlungen von Care-Migrantinnen in Schweizer Privathaushalte. Als weiterer Indikator wurde das Nachfragen zu entsprechenden Versorgungsarrangements im Kreis von Bekannten oder am Arbeitsplatz angeführt.

Nebst der Tatsache, dass die transnationalen Sorgearrangements sich in der Schweiz oft in einem (arbeits-) rechtlichen Graubereich bewegen und sich aufgrund der temporären Ausgestaltung der Migration statistisch schlecht abbilden lassen, wird die mangelhafte Datenlage auch mit dem Arbeitsort Privathaushalt, der sich einem öffentlichen Zugriff weitgehend entzieht, begründet.

Die Mehrheit der Fachpersonen geht davon aus, dass Care-Migration im häuslichen Bereich zukünftig an Bedeutung zunehmen wird. Es gibt aber auch die gegenläufige Position, dass diese Form der Sorgearrangements eher ein Randphänomen bleiben wird. Sie gründet in der Annahme, nur eine bestimmte, vergleichsweise wohlhabende Bevölkerungsgruppe verfüge über die notwendigen Mittel, diese Dienstleistungen einzukaufen. Insgesamt dominiert die Einschätzung, dass transnationale Sorgearrangements in der Schweiz vorkommen, aber dass es sich (noch) nicht um ein Massenphänomen handelt, und dass sich das Phänomen auf der Nachfrageseite vor allem in der Mittel- und Oberschicht manifestiert.

5.1.3 Organisation und Struktur des Care-Migration-Marktes

Die befragten Fachpersonen sehen den Ursprung des Phänomens Care-Migration zunächst in privaten und familiären Netzwerken begründet. Die Vermittlung über Agenturen sei erst eine spätere Erscheinungsform des Marktes, denn sie ist wesentlich an migrations- und ausenpolitische Rahmenbedingungen gekoppelt, wie z.B. die Personenfreizügigkeit oder das Entsendegesetz. Wie auch im Ausland hat sich in der Schweiz mittlerweile ein dynamischer vielfältiger Markt von Agenturen ausgebildet. Die Dynamik des Marktes zeigt sich vor allem darin, dass fortlaufend neue Agenturen in Erscheinung treten und bisherige verschwinden. Vielfältig ist dieser Markt insofern, als die Agenturen unterschiedlich gross und geographisch in verschiedenen Räumen aktiv sind. Darüber hinaus unterscheiden sie sich in Bezug auf ihre Geschäftsmodelle und Werthaltungen. Sie reichen von rein gewinnorientierten «Budgetangeboten» bis hin zu Betrieben, die eine qualitativ hochwertige tragfähige häusliche Versorgung anstreben. Entsprechend unterschiedlich gestalten sich die Dienstleistungsangebote der einzelnen Agenturen und ihre Qualität. Einige vermitteln nur Telefonnummern von Care-Migrantinnen und verlangen dafür eine Gebühr. Andere Agenturen sind professionell aufgestellt, verfügen über einen eigenen Pflegedienst, der hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihre Familien intensiv begleitet, berät und unterstützt.

Zudem ist zu differenzieren zwischen Agenturen mit Sitz oder Niederlassungen in der Schweiz und solchen, die aus dem Ausland (bspw. aus Polen, Ungarn oder der Slowakei) agieren. Grundsätzlich werden zwei verschiedene Möglichkeiten der Vermittlung unterschieden: einerseits die Vermittlung von selbständig Erwerbenden und andererseits der Personalverleih von Angestellten

(zu spezifischen Rechtsfragen siehe Kapitel 2.3). Im ersten Fall ist der Privathaushalt Arbeitgeber und schliesst einen Arbeitsvertrag direkt mit der Care-Migrantin ab; im zweiten Fall besteht ein Verleihvertrag mit der Personalverleihagentur. Im Vergleich dieser beiden Formen beurteilten die Fachpersonen die Form des Personalverleihs tendenziell als qualitativ besser, unter der Voraussetzung, dass die Agentur ihre Verantwortung für ein gerechtes Arbeitsverhältnis und faire Arbeitsbedingungen tatsächlich wahrnimmt. Bei reinen Vermittlungsverhältnissen entsteht fast kein Betreuungsaufwand für die Agentur, da nur der Kontakt vermittelt und die Care-Migrantin schliesslich durch den Privathaushalt angestellt wird. Beim Personalverleih hingegen haben sowohl die Care-Migrantin als auch der Haushalt eine Ansprechperson bei der Agentur. Als Kriterien für eine gute Agentur nannten die Fachpersonen, dass die Haushalte vorab besucht werden, um den Betreuungsaufwand vor Ort abzuklären und dass auch während des Einsatzes Ansprechpersonen zur Verfügung stehen.

Die Aussagen einiger Fachpersonen zu Agenturverantwortlichen weisen darauf hin, dass sich vor allem im Bereich des Personalverleihs der Schwarzmarkt stark ausbreitet. Offensichtlich lässt sich eine rasche und hohe Zunahme von Verleihagenturen aus dem Ausland beobachten. Transnationale betriebliche Verleih-Netzwerke zwischen Agenturen seien im Aufbau, um so den Markt in Westeuropa möglichst umfassend zu erschliessen.

Die Expertinnen beurteilten besonders die Zunahme der reinen Vermittlungstätigkeiten kritisch, denn dabei sei es äusserst schwierig, die konkrete Situation in den Privathaushalten einzuschätzen. So bleibt die Care-Migrantin vor Ort auf sich allein gestellt und letztlich sich selbst überlassen.

Die transnationalen Sorgearrangements unterscheiden sich dahingehend, ob sie über eine Agentur oder über ein persönliches Netzwerk zustande kamen. Gemäss Einschätzung der Fachpersonen mit persönlichem Kontakt zu Care-Migrantinnen in der Schweiz sind diejenigen, die über eine Agentur vermittelt wurden, tendenziell sozial isolierter also solche, die über persönliche Netzwerke kamen. Demgegenüber kann die Arbeitsplatzsicherheit bei Anstellungsverhältnissen über Agenturen besser sein. So besteht bspw. im Todesfall der betreuten Person bei grösseren Agenturen eine bessere Chance auf eine neue Anstellung, da sie über einen grösseren Kundenstamm verfügen. Ein Anrecht auf Weiterbeschäftigung bestehe allerdings auch hier in der Regel nicht.

Erfahrungen der Fachpersonen mit Kontakt zu informellen, persönlichen Netzwerken zeigten, dass sich die Care-Migrantinnen hier zum Teil gegenseitig auf dem Laufenden hielten über Aktivitäten im Haushalt, wie es der betreuten Person geht, worauf in der Betreuung zu achten ist und was sich allenfalls verändert hat. Dies kann als eine Möglichkeit der Kontinuität und Qualitätssicherung in der Versorgung angesehen werden. Vergleichbare Beobachtungen wurden im Kontext von Agenturen weniger berichtet. Die Kommunikation unter den Care-Migrantinnen habe dabei positives wie negatives Potential für die Care-Migrantinnen selber. Einerseits stärken informelle Netzwerke die Care-Migrantinnen insofern, als sie andere Arrangements kennen, wodurch z.B. Lohnabsprachen untereinander möglich sind. Dies kann in gewissem Masse eine angemessene Entlohnung sicherstellen. Andererseits können unterschiedliche Arbeitshaltungen der Care-Migrantinnen und verschiedene Strategien bezüglich Einfordern von Lohn und Freizeit auch zu Konkurrenzsituationen und Spannungen unter den Mitgliedern eines Netzwerks führen.

5.1.4 Volkswirtschaftliche Bedeutung der Care-Migration

Die meisten Fachpersonen schätzen das Phänomen der Care-Migration in der Schweiz als weniger stark ausgeprägt ein im Vergleich zu den Nachbarländern. Es ist hierzulande ausserdem nicht im selben Ausmass sozial akzeptiert oder regularisiert und formalisiert. Deshalb lässt sich über die volkswirtschaftliche Bedeutung nur spekulieren. Grundsätzlich handelt es sich aber um eine Verschiebung der Sorgearbeit vom unbezahlten in den bezahlten Bereich der Arbeit, wenn auch die Frage nach der Angemessenheit der Entlohnung immer wieder aufgeworfen wurde. Die Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass die Tendenz zur Formalisierung der Care-Arbeit in Zukunft zunehmen wird. Sie begründen dies z.B. damit, dass Care-Migration die Erwerbskontinuität von pflegenden Angehörigen auch bei anspruchsvollem und langfristigem Betreuungsbedarf ermöglicht. Entsprechend entsteht eine Arbeitsteilung, durch die Angehörige ihre Zeit für die Berufstätigkeit nutzen können. Angesichts des Volumens der Care-Arbeit wird diese Tatsache als volkswirtschaftlich durchaus relevant eingeschätzt. Zu prüfen wäre allerdings, ob eine Zunahme der Care-Migration tatsächlich eine Zunahme der Erwerbstätigkeit – angesprochen wurde hier v.a. diejenige der Frauen – nach sich zieht.

Darüber hinaus verrichten Care-Migrantinnen teilweise Arbeiten im Rahmen der Grundpflege, die eine Spitex-Organisation gemäss Krankenversicherungs-Leistungsverordnung (KLV) mit der Krankenkasse, der pflegebedürftigen Person abrechnen könnte. Aber da die Care-Migrantin kein zugelassener Leistungserbringer ist, übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern der Privathaushalt diesen Kostenanteil. Der Haushalt leistet damit ökonomisch einen Mehraufwand, der letztlich dem Schweizer Gesundheitssystem zu Gute kommt. Inwiefern es sich hier um relevante Summen handelt, bleibt aufgrund der fehlenden Daten zum Ausmass des Phänomens Care-Migration offen.

Dass die Care-Migrantinnen ihren Lohn nicht in der Schweiz in Form von Konsum in Umlauf bringen, sondern in ihre Herkunftsländer exportieren, ist für die Fachpersonen ein Wesensmerkmal der Arbeitsmigration. Dieser Aussenhandel in Form von «Remittances», d.h. Rücküberweisungen, stellt für viele Herkunftsländer eine wichtige Einnahmequelle dar. In gewisser Hinsicht, so der Hinweis einer Fachperson, lässt sich dieser Aspekt als kleiner Ausgleich im globalen System der Ungleichheiten beurteilen.

5.2 Kontextfaktoren der Care-Migration

Im Folgenden werden die aus Expertensicht zentralen Hintergründe und Rahmenbedingungen der Care-Migration mit dem Fokus auf die Schweiz zusammengestellt.

5.2.1 Care-Migration in familienorientierten Versorgungssystemen

Ein wichtiger Faktor, ob Leistungen von Care-Migrantinnen in Anspruch genommen werden, ist die strukturelle Ausgestaltung des Schweizer Gesundheitssystems und dabei die Subsidiarität von Staat und Individuum bzw. familialer oder staatlicher Unterstützung im Falle von Krankheit und Behinderung. Verschiedene Expertinnen und Experten verwiesen auf die international unterschiedlichen Ansätze und Prämissen, die beim Design der Versorgungssysteme massgeblich sind. Deshalb ist das Phänomen der Care-Migration in den skandinavischen Ländern, wo die Versorgung massgeblich durch die öffentliche Hand organisiert und finanziert wird, wesentlich weniger verbreitet als in Deutschland, Österreich, Italien oder der Schweiz, deren Systeme als «familialistisch» bezeichnet werden. Das heisst, ein wesentlicher Beitrag der Sorgearbeit wird von den Familien geleistet.

Der Bedarf an 24-Stunden-Betreuung durch Care-Migrantinnen ist auch davon abhängig, ob und wie lange es jemandem zugetraut wird, einen Teil des Alltags alleine zu verbringen. Damit ist angesprochen, wie ausgeprägt das «Risikobewusstsein» oder wie stark das Bedürfnis nach grösstmöglicher Sicherheit ist. Demnach ist die Nachfrage nach 24-Stunden-Betreuung abhängig davon, wie stark ein Gesundheitssystem auf dem Engagement der Familien basiert und wie diese die Autonomie – auch bei bestehendem Unterstützungsbedarf bei Krankheit oder Behinderung – gewichtet. Entsprechend entwickelt sich in gewissen Ländern das «migrant to family model», das heisst, Care-Migrantinnen sollen mit umfassender Präsenz die Aufgaben der Familie übernehmen und die Rolle der pflegenden Angehörigen ersetzen. Als Paradebeispiel dafür wird Italien mit seinem System der «badante» angeführt. Aber auch Deutschland, Österreich und die Schweiz gehören – so die Meinungen der Expertinnen und Experten – zu den familialistischen Care-Regimes, in welchen die häusliche Sorgearbeit im Wesentlichen als Aufgabe der Familie angesehen wird.

5.2.2 Unterscheidung von Pflege und Betreuung – Konsequenzen für die Finanzierung

Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die in Familien und Partnerschaften selbstverständlich toleriert wird oder gar als Ideal einer fürsorglichen Unterstützung gilt, heisst in der Sprache der Leistungserbringer «24-Stunden-Betreuung». Ökonomisch betrachtet, besteht aktuell für die Allgemeinheit ein Anreiz für diese 1:1-Betreuung durch Care-Migrantinnen im Privathaushalt, wenn die Angehörigen sie nicht selber übernehmen. So ist es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungslogik für das häusliche und stationäre System günstiger, diese Form der Betreuung zuzulassen. Betreuungskosten gehen in diesem Fall zu einem grossen Teil zu Lasten des Privathaushalts. Leistungen der Grund- und Behandlungspflege durch die Spitex können basierend auf der Bedarfserhebung über die Krankenkasse vergütet werden, nicht aber jene grundpflegerischen Leistungen, die die Care-Migrantin übernimmt, da sie nicht von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird.

In diesem Zusammenhang kam die Frage der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem zur Sprache. Hier distanzieren sich einige der Expertinnen und Experten explizit vom Diskurs der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und betonen vielmehr, die Kosten in diesem Bereich entwickelten sich äquivalent zum Anteil am

Bruttoinlandprodukt. Das Problem sind gemäss dieser Argumentation weniger die Kosten als vielmehr die Finanzierung der Leistungen und hier insbesondere der stationären und häuslichen Langzeitversorgung. Als Folge der neuen Pflegefinanzierung werden an vielen Orten die Gemeinden für die stationäre Versorgung und die privaten Haushaltsbudgets für die Kosten der häuslichen Betreuung und Pflege wesentlich stärker belastet, so dass der Bedarf an Ergänzungsleistungen steigen dürfte. Gemäss Aussagen der Expertinnen und Experten entstehen in der Schweiz zwei Ungleichheitsdimensionen: eine hinsichtlich der Finanzierung von Langzeitpflege im Allgemeinen und eine in Bezug auf die Möglichkeit zur Betreuung zu Hause im Speziellen. Aktuell gelte der mehrheitsfähige und politisch gewollte Trend, die finanzielle Verantwortung zunehmend vom Bund an die Kantone zu delegieren und von dort an die Gemeinden und schliesslich ans Individuum. Entsprechend beobachten die Expertinnen und Experten eine Art «Hilf-dir-selber-Logik» im Bereich der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung. Dies hat zur Folge, dass sich hier eine Form von Zwei-Klassen-System entwickelt. Kann eine Person die nicht über das KVG gedeckten Kosten des Pflegeheimaufenthalts (Hotellerie, Betreuung) nicht aus eigenen Mitteln bezahlen, so kann sie finanzielle Unterstützung bei der Ergänzungsleistung der AHV oder IV beantragen. Lebt dieselbe Person zu Hause und ist dauerhaft auf Dienstleistungen im Bereich Unterstützung im Haushalt und Betreuung angewiesen, so gelten dazu die vom Bund festgelegten und von den Kantonen vergüteten Mindestbeiträge. Diese reichen jedoch für die faire Entlohnung einer Live-in-Care-Migrantin nicht aus.

Als spezifischer Mangel wurde erwähnt, dass die Schweiz im Unterschied zum europäischen Raum keine öffentlich getragene Langzeitpflegefinanzierung kennt, die gleichermassen im stationären und häuslichen Versorgungssetting greift. Hier besteht eine Lücke, die es gesetzlich zu schliessen gelte. Wenn die Ergänzungsleistungen der AHV oder IV als vergleichsweise ähnliche Finanzierungsmöglichkeit gelten sollten, so wird dazu erwähnt, dass im Rahmen der EL-Revision die Leistungen eher eingeschränkt als ausgebaut werden. In dieser Sparpolitik mit Tendenz zur Privatisierung von Leistungen verorten die meisten der befragten Fachpersonen ein Problem für die Zukunft. Diese Bedenken wurden auch vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels in der Pflege und Betreuung geäussert. Grundsätzlich werden die Anstellungsbedingungen und die Lohnniveaus als wichtige Aspekte in der Diskussion um den Personalmangel dargestellt. Allerdings zeigt

sich hier auch eine gewisse Ambivalenz: Werden für die Sorge- und Pflegearbeit im Privathaushalt adäquate Löhne bezahlt, steigen logischerweise auch die Kosten.

5.2.3 Globale Ungleichheit als Voraussetzung

Die Situation in der Schweiz wurde von den Expertinnen und Experten unter Berücksichtigung geopolitischer Entwicklungen diskutiert. Mehrfach wurde betont, dass Care-Migration kein rein nationales Phänomen darstelle, sondern in seinem europäischen und globalen Kontext zu betrachten sei, denn der sich entwickelnde Markt sei nur aufgrund bestehender globaler Ungleichheiten möglich.

Aus Expertensicht wird über das bestehende Lohngefälle zwischen der Schweiz und den mittel- und osteuropäischen Staaten nicht nur das Entstehen der Migrationsbewegung erklärt, sondern auch die Bereitschaft der Care-Migrantinnen, unter prekären Bedingungen zu arbeiten. So werden die hohe Erwerbslosigkeit in den Herkunftsländern sowie die im Vergleich zum lokalen Lohnniveau hohe Vergütung ihrer Arbeit in der Schweiz für viele Care-Migrantinnen als ausschlaggebende Gründe angenommen.

Als weitere globale Dimension des Phänomens der Care-Migration bezeichnen die Fachpersonen die Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen Ländern, in denen Care-Migrantinnen arbeiten – hier vor allem zwischen Deutschland und der Schweiz. Der Markt für Agenturen und die daraus entstehenden neuen Erwerbsmöglichkeiten für Care-Migrantinnen sind im Vergleich zu den Nachbarländern in der Schweiz neu. Aufgrund des bestehenden Lohngefälles zwischen der Schweiz und ihren europäischen Nachbarländern weisen manche Expertinnen und Experten auf eine geographische bzw. nationalstaatliche Konkurrenzsituation hin, die insofern besteht, als bestimmte Gruppen von Care-Migrantinnen, vornehmlich jene aus Ost-Deutschland und Polen, ein Engagement in der Schweiz demjenigen in Deutschland vorziehen. Andere Konkurrenzvorteile sind möglichst keine oder geringe Hindernisse bei der Einreise und der Berufsausübung.

Diese Entwicklung wird noch relevanter angesichts der Tatsache, dass einige Expertinnen und Experten von einem Versiegen des Zustroms von Care-Migrantinnen für die Zukunft ausgehen. Deshalb – so die befragten Fachpersonen aus allen Ländern – könne man sich nicht auf ständig bereitwillige Betreuungspersonen aus dem Osten verlassen. Entsprechend werde das Ausmass an Care-Migration im Bereich der 24-Stunden-Betreuung aus den bisherigen Herkunftsländern abnehmen. Einer-

seits wird dies mit den zunehmend sinkenden Lohnunterschieden im europäischen Raum begründet. Andererseits steht seit der EU-Osterweiterung der gesamte EU-Arbeitsmarkt offen. Entsprechend würden die Leute dahin migrieren, wo am wenigsten oder gar keine Übergangsbestimmungen bestehen, wie bspw. nach Grossbritannien oder Irland. Dieser Prognose wird jedoch von anderen Expertinnen und Experten entgegnet, dass nach dem Versiegen der Arbeitsmigration aus den bisherigen Ländern Care-Migrantinnen aus anderen Staaten nachrücken werden. Damit würde die Geschichte quasi wieder von vorne beginnen, nämlich bei der Frage der regulären Einreise und der Arbeitserlaubnis.

Vor diesem Hintergrund sprechen die Fachleute schliesslich auch das Thema der «Care Chains» an und betonen, dass diese Versorgungsketten von Care-Migrantinnen insbesondere für die Herkunftsländer virulent werden. Als Folge davon skizzieren sie einen sich abzeichnenden Mangel an Arbeitskräften im familialen Betreuungssetting in den Herkunftsländern. Dies wiegt dort besonders schwer, wo die institutionellen Versorgungangebote in den neuen EU-25 Staaten oder in Drittstaaten marginal entwickelt sind. Hier skizzieren die Fachleute ein weiteres potentiell Spannungsfeld, das entlang der neuen Achsen der Ungleichheit in den Herkunftsländern entsteht. Ob und wie diese Tatsache in den Herkunftsländern zu einer Segregation der migrierenden und nicht-migrierenden Bevölkerung führt, konnten die Fachpersonen nicht abschliessend beurteilen. Sie waren sich aber dahingehend einig, dass diese Tatsache ein erhebliches soziales Spannungspotential beherbergt.

5.2.4 Steigender Bedarf an Dienstleistungen im Privathaushalt

Alle Expertinnen und Experten gehen für die Zukunft von einem steigenden Bedarf an Dienstleistungen im Privathaushalt aus. Dies wird auf Präferenzen der heutigen Bevölkerung wie auch auf die steigende Lebenserwartung zurückgeführt. Letztere wird zwar von einer besseren Gesundheit begleitet, dennoch ist mit einem steigenden Bedarf an Hilfe und Unterstützung in alltäglichen Belangen zu rechnen, für die entsprechende Unterstützungsleistungen ausgebaut werden müssten. Dies geht auch einher mit dem Kosten- und Spardruck in der akuten stationären Versorgung und den direkten Folgen für den Privathaushalt, wenn Patientinnen und Patienten früher und mit grösserem Betreuungsbedarf nach Hause entlas-

sen werden. Somit müssten Privathaushalte in Zukunft mehr Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu Hause einkaufen als bisher.

Eine weitere Triebkraft für den steigenden Bedarf ist die grosse Anzahl hochbetagter Personen, die für die kommenden Jahrzehnte prognostiziert werden. Dies ist – so die Expertenmeinungen – gleichzeitig ein ungemein grosses Marktpotenzial für Vermittlungs- und Personalverleihagenturen. Dass der Bedarf an privaten Betreuungsleistungen auch mit der zunehmenden Erwerbsbeteiligung der Frauen zusammenhängt, wurde bereits kurz angedeutet. Aus der Perspektive einiger Fachpersonen ist bei diesem Argument eine gewisse Vorsicht geboten. Einerseits dokumentiert sich hier ein Rollenwandel, der sich in der steigenden Erwerbsintegration der Frauen zeigt. Andererseits aber besteht eine gewisse Persistenz – auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene – in Bezug auf die weiblich definierte Zuständigkeit für Sorgearbeiten. Das heisst, Männer übernehmen hier immer noch zu wenige Aufgaben. Das Phänomen sei deshalb nicht ausschliesslich unter dem Aspekt der steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen zu diskutieren, sondern in umfassenderem Sinne die gesellschaftliche Organisation von und Verantwortung für Sorgearbeit zu reflektieren.

Damit ist die Care-Migration eng verknüpft mit weiteren aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen wie etwa Gleichstellungspostulaten, neuen Familienmodellen, zunehmenden Scheidungsquoten, wachsender Mobilität und steigendem Alter der Erstgebärenden. All diese Entwicklungen sind nach Einschätzung der Expertinnen und Experten eine grosse Herausforderung für die aktuelle und zukünftige Organisation der Care-Arbeit.

5.2.5 Hilfe und Pflege zu Hause – Potentiale und Grenzen der Akteure

In die häusliche Gesundheitsversorgung sind zahlreiche Akteure involviert. Zentral dabei sind die Dienstleistungen der gemeinhin als Spitex bezeichneten gemeindenahe und lokal verankerten Organisationen, die mit dem grün-blauen Logo erkennbar sind. Diese Spitex-Organisationen haben gemäss den befragten Fachpersonen einen guten Ruf und leisten qualitativ gute Arbeit. Ihre Dienstleistungen in Form gemeindenahe Gesundheitsversorgung sind allgemein bekannt, und in den letzten Jahren wurde dazu ein umfassendes Netz aufgebaut. Allerdings sind die lokalen Organisationsformen, die jeweilige Angebotspalette und die Finanzierungsregimes Gründe dafür, dass die Dienstleistungen im Privathaushalt (zunehmend) fragmentiert sind. Bestehende

Tendenzen bei Spitex-Organisationen, die hauswirtschaftlichen Leistungen organisatorisch abzuspalten, werden von den meisten Fachpersonen kritisch beurteilt, denn dies trägt zu einer weiteren Fragmentierung der Dienstleistungslandschaft bei. Genau diese Fragmentierung stellt für betreuungsbedürftige Personen und ihre Angehörigen eine hohe Informations- und Administrationsanforderung dar. Bereits heute müssen zahlreiche Angebote verglichen und miteinander kombiniert werden. So betonen einige Expertinnen und Experten, dass es die Dienstleistungen aus einer Hand bei der Spitex nie gegeben hat und sich die Situation durch die unterschiedlichen Finanzierungsregimes von Pflege und Betreuung auch nicht verbessert. Insofern leisten die fragmentierten Angebote und Finanzierungsmechanismen der Inanspruchnahme einer Care-Migrantin, die alles «aus einer Hand» bieten soll, Vorschub.

Die Fachpersonen weisen weiter daraufhin, dass in einem subsidiär organisierten System die Fähigkeit zur Aushandlung und Organisation der verschiedenen Angebote wesentlich ist. Pflegebedürftige Personen, Angehörige wie auch Gesundheitsfachpersonen müssen deshalb den Umgang mit Kostenträgern (besser) beherrschen. Da die Vergütung durch Krankenkassen und Sozialversicherungen von den zahlreichen Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt wird, besteht hier immer wieder Abklärungs- und Verhandlungsbedarf. So komme es beispielsweise vor, dass Krankenkassen durchaus bereit sind, mehr als die aus der Grundversicherung gedeckten 60 Stunden in 90 Tagen (entspricht 40 Minuten pro Tag) zu finanzieren, etwa in palliativen Situationen, sofern sie dazu zeitnah und ausreichend informiert werden.

Ein weiterer Punkt in der häuslichen Versorgung, auf den die Expertinnen und Experten besonders hinweisen, ist die Angehörigenpflege in Kombination mit der Ambulantisierung von vormals stationär erbrachten Leistungen. So vergrößert sich aufgrund neuer Behandlungsmethoden, der Einführung der SwissDRGs wie auch aufgrund spezifischer Krankheitsverläufe der Bedarf an pflegerisch-technischer Leistungen wie etwa Fragen rund um das Medikamentenmanagement, die durchaus von Angehörigen – teilweise in Absprache mit Spitex-Fachpersonen – übernommen werden. Zu diesen steigenden Anforderungen kommen immer länger dauernde Krankheitsverläufe hinzu, wie bspw. bei Demenz. Hier nimmt der Betreuungsumfang zu. Die Tätigkeitsprofile der Angehörigen werden deshalb gleichzeitig komplexer und länger. Dadurch entstehen immer wieder neue Belastungssituationen, die es zu Hause zu meistern gilt.

In diesem Zusammenhang spitzt sich die Diskussion um die Notwendigkeit der 24-Stunden-Betreuung zu. Einige Expertinnen und Experten wittern in diesem Bereich vor allem ein Geschäft mit dem schlechten Gewissen der Angehörigen. Sie argumentieren, dass aus fachlicher Sicht eigentlich nur in ganz seltenen Ausnahmefällen wirklich Bedarf an einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung bestehe. Viel eher sei die Beratung der Angehörigen durch Fachpersonen wichtig, um ein zufriedenstellendes Versorgungsarrangement zu organisieren. In anderen Aussagen dominiert hingegen der Fokus auf die Nachfrage nach dem umfassenden Einkauf dieser Dienstleistungen. Diese Positionen orientieren sich weniger an der fachpflegerischen Einschätzung des Pflegebedarfs als vielmehr am bestehenden Bedürfnis nach Betreuung des Haushalts.

Insgesamt kommt deutlich zum Ausdruck, dass die zugrundeliegenden Strukturen der häuslichen Versorgung, insbesondere die Finanzierungslast, Fragmentierung und Familienzentrierung, wichtige Förderfaktoren für die Nachfrage nach Dienstleistungen von Care-Migrantinnen darstellen.

5.3 Spannungsfelder im Rahmen der Care-Migration

In Bezug auf die Spannungsfelder äusserten sich die Fachpersonen vor allem in Bezug auf die Prekarität und Regularisierung von transnationalen Care-Arrangements kritisch. Diese beiden Aspekte stehen folglich in diesem Kapitel am Anfang. Darüber hinaus werden weitere Aussagen zu zentralen Entwicklungen wie Versorgungsqualität und (Konkurrenz-)Beziehungen unter Agenturen präsentiert.

5.3.1 Prekarität der Arbeitsbedingungen

«Die meisten Verhältnisse mit Care-Migrantinnen sind Ausbeutungsverhältnisse», stellt eine Expertin gleich zu Anfang des Interviews klar. Dies trifft nicht nur auf die Live-in-Situationen zu. Aber hier besteht unter anderem wegen der Tatsache, dass der Wohnort mit dem Arbeitsort gekoppelt ist, ein noch grösseres Abhängigkeitsverhältnis als in Live-out Arrangements. Hauptkritikpunkte sind: der tiefe Lohn in Relation zur anspruchsvollen Tätigkeit, die aussernden Arbeitszeiten, der Anspruch auf ständige Verfügbarkeit, die unklare Regelung von Arbeits- und Freizeit, extrem kurze Kündigungsfristen, fehlende Arbeitsplatzsicherheit sowie die mangelnde Abgeltung von Pikettdiensten.

Positiv gewertet wird hingegen die eidgenössische Verordnung zum Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmende der Hauswirtschaft (NAV Hauswirtschaft), der seit Januar 2011 Ansätze für Mindestlöhne festlegt. Allerdings schätzen einige Expertinnen und Experten diese Ansätze mit einem Bruttostundenlohn von knapp CHF 18.20 für ungelernte Personen als zu tief ein. Dies auch deshalb, weil Care-Migrantinnen oftmals mehr als rein hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausüben. In diesem Sinn wird der NAV Hauswirtschaft lediglich als erster Schritt hin zur besseren Regelung der Arbeitsbedingungen im Privathaushalt angesehen.

Auch aus sozialpolitischer Perspektive wird Kritik laut. Arbeitgebende von Care-Migrantinnen würden in der Schweiz häufig keine Beiträge an das Sozialversicherungssystem leisten. Folglich könnten die Migrantinnen auch keine Ansprüche geltend machen, weder in Bezug auf die Altersvorsorge noch auf die zweite Säule (berufliche Vorsorge). Unsicherheit besteht auch bezüglich der Absicherung der Care-Migrantinnen durch die Arbeitgebenden bei der Unfallversicherung oder der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Die Forderung nach einer gerechten Entlohnung und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der Care-Migrantinnen tangiert die Diskussion um die Kosten und Finanzierung der häuslichen Betreuung. Angesichts der hohen Beträge, die von Privathaushalten dafür aufgewendet werden müssen, werfen einige Fachleute die Frage auf, ob eine Regulierung der transnationalen Care-Arrangements überhaupt zu erreichen ist. Damit ist das Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf angemessene Entlohnung und regulären Arbeitsbedingungen für die Care-Migrantinnen einerseits und den Bedürfnissen der betreuungsbedürftigen Person und ihrer Angehörigen vor dem Hintergrund der Finanzierung der dafür benötigten Dienstleistungen angesprochen.

5.3.2 Merkmale der Versorgungsqualität

Verschiedene Fachpersonen bemängeln, dass in der Schweiz hinsichtlich der Versorgungsqualität in transnationalen Arrangements keinerlei Standards oder Qualitätskontrollen bestehen. Das Qualitätsmanagement wird deshalb als unzureichend beurteilt und Qualität als eine reine Glückssache bezeichnet. Das gelte jedoch nicht nur für Sorgearrangements mit Care-Migrantinnen. Es wird grundsätzlich auf Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätskontrolle in der häuslichen Gesundheitsversorgung in der Schweiz hingewiesen. Die Kantone stellen zwar Bewilligungen für Non-Profit wie auch für gewinnorientierte

Spitex-Organisationen aus. Eine systematische Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen obliegt hingegen den einzelnen Spitex-Organisationen. Dazu dienen insbesondere die im KVG aufgeführten Vorgaben der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit, die bei Vergütungen durch die Krankenversicherungen als Basis der qualitativ erbrachten Leistungen dienen.

Arrangements mit Live-in-Care-Migrantinnen verfügen im Vergleich zu Dienstleistungen der Spitex-Organisation über einen wichtigen Vorteil, nämlich die Tatsache, dass immer jemand da ist. Die Möglichkeit der Beziehungsarbeit, wie sie in Arrangements mit 24-Stunden-Betreuung bestehen, kann weder die Spitex noch ein Pflegeheim bieten. Allerdings ist die Qualität der Versorgung gerade aufgrund der umfassenden Präsenz wesentlich davon abhängig, ob die Alltagsgestaltung durch die involvierten Personen gut funktioniert. Aufgrund der vergleichsweise grossen sozialen Nähe dieser häuslichen Versorgungsarrangements werden genau diesbezüglich auch Vorbehalte geäussert. Verschiedene Fachpersonen weisen darauf hin, dass die Erwartungen an die Care-Migrantin, vor allem deren Rolle als Familienersatz, kritisch zu beurteilen ist.

Als wichtiges Qualitätskriterium gelten die Deutschkenntnisse der Care-Migrantinnen und die Kommunikation als Basis für ein Gelingen dieser Sorgearrangements. Kritik gegenüber der (geringeren) Qualität in transnationalen Care-Arrangements kommt nach Einschätzung der Fachpersonen vor allem von Seiten der professionellen Pflege, d.h. die Qualität der Leistungen von Care-Migrantinnen in der Alltagsunterstützung wird nicht immer als ausreichend beurteilt. Entsprechend betonen viele Agenturen, dass sie keine Pflege, sondern ausschliesslich Betreuungsdienstleistungen anbieten, um so Kritik durch die professionelle Pflege abzuwenden.

Die befragten Expertinnen und Experten zeigten eine gewisse Zurückhaltung vor einer allzu schnellen oder grundsätzlich negativen Beurteilung der Versorgungsqualität durch Care-Migrantinnen, denn die Vorteile der Auftraggebenden zur gewünschten *Lebensqualität* gegenüber einer aus Professionsoptik definierten *Versorgungsqualität* sind nicht einfach zu definieren.

5.3.3 Konkurrenzsituationen zwischen verschiedenen Akteuren

Konkurrenz der Dienstleistungen von Vermittlungsagenturen bzw. Care-Migrantinnen in Bezug auf Spitex-Organisationen, die über eine kantonale Zulassungsbewilligung verfügen, wurde von Seiten der Expertinnen und

Experten kaum wahrgenommen. Diese Einschätzung scheint im Widerspruch zu verschiedenen Aussagen der interviewten Angehörigen zu stehen, in welchen die Inanspruchnahme der Dienstleistungen einer Care-Migrantin mit unzureichenden Dienstleistungen der Spitex begründet wurde (siehe Kapitel 4). Die Einschätzung der Fachpersonen basiert wesentlich auf der Überzeugung, dass für die fachlich-pflegerische Versorgung weiterhin die Dienstleistungen der Spitex nachgefragt werden. Die neuen Agenturen präsentieren eine Ergänzung zu bestehenden Angeboten, dies vor allem im Bereich der haushalts- und alltagsnahen Unterstützungsleistungen. Diskutiert wurde die Bedeutung der Care-Migration in Zusammenhang mit dem Lohnniveau der Spitex-Mitarbeitenden. Aber auch hier dominiert die Einschätzung, dass die tiefen Lohnansätze der Care-Migrantinnen keinen negativen Effekt für die Löhne der Spitex-Mitarbeitenden nach sich ziehen werden. Angesichts des sich abzeichnenden Fachkräftemangels im Dienstleistungsbereich Pflege und Betreuung sei es kaum möglich, die Löhne weiter zu senken. Im Gegenteil, es würden vermutlich gezielte Massnahmen nötig, um die Attraktivität der Arbeit in der Spitex unter anderem mit finanziellen Anreizen zu erhöhen. Allenfalls könnte es sein, dass die Existenz von auf Betreuung spezialisierten Agenturen verhindern, dass die Non-Profit-Spitex selber solche Angebote für zeitintensive Betreuungsverhältnisse entwickle.

Zwischen den Agenturen beobachten die Expertinnen und Experten hingegen eine sich akzentuierende Konkurrenzsituation. Es bestehen ein gewisser «Wildwuchs» auf dem Markt und eine Tendenz zur Niedrigpreisstrategie. Aber auch gegenläufige Entwicklungen werden beschrieben. So skizzierten verschiedene Fachpersonen Bestrebungen von Agenturen, sich gegenüber anderen Anbietern über Qualitätskriterien und faire Anstellungsbedingungen zu profilieren. Diese Agenturen würden oft die unklare Rechtslage und die schlechte Praxis der «Billig-Agenturen» beklagen. Es gebe bspw. Agenturen, die den im nationalen Normalarbeitsvertrag (NAV) Hauswirtschaft definierten Mindestlohn lieber höher angesetzt hätten, um damit die Debatten um den Lohn zu beenden. Ebenso würden diese Agenturen die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen klarer und verbindlicher regeln wollen, um so jene Agenturen abzuschieben, die im Grau- und Schwarzbereich agieren. Dies beschere ihnen einen guten Ruf und sichere ihre Stellung im Markt. Es gebe bereits erste Initiativen von privaten Betreuungsanbietern, die in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften verbindliche Rahmenbedingungen schaffen wollen. Ein neuer Verband von

15 Anbietern habe dazu mit der Gewerkschaft UNIA Kontakt aufgenommen mit dem Ziel, einen Gesamtarbeitsvertrag für Betreuerinnen und Betreuer zu entwickeln.

Die Aussagen in den Interviews deuten darauf hin, dass von institutioneller Seite (bspw. Spitalsozialdienst) basierend auf gemachten Erfahrungen bereits eine gewisse Selektion bei der Empfehlung von Anbietern vorgenommen wird. Auch wenn diese Strategie keine Gewähr für korrekte oder «gute» Agenturen liefert, illustriert dies doch eine beginnende Sensibilität gegenüber der Problematik und die Entwicklung von Lösungen zur Qualitätssicherung von institutioneller Seite.

5.4 Handlungsbedarf und Empfehlungen

Das folgende Kapitel liefert Informationen zu verschiedenen Akteuren, die als wichtige Trägerschaften oder Initiativkräfte für mögliche Massnahmen wirken. Der Staat, oft auch als die öffentliche Hand bezeichnet, Politik und Gewerkschaften spielen bei den skizzierten Ansätzen durchgehend eine wichtige Rolle. Ebenso erwähnt werden Projekte von Non-Profit-Organisationen (NPOs) wie zum Beispiel der Caritas Schweiz, die im Rahmen ihres Projekts «Zu Hause betreut – In guten Händen» Care-Migrantinnen aus Rumänien in Privathaushalten einsetzt. Auch die Rolle von Interessenverbänden im Bereich der Pflege und Betreuung, wie etwa der Spitex Verband Schweiz oder der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), werden angesprochen. Allerdings bestehen diesbezüglich Zweifel, inwiefern sich diese Organisationen um das Segment der nicht-qualifizierten Arbeitskräfte in der Pflege und Betreuung kümmern werden. Erstaunlicherweise werden der Privathaushalt selber oder die Angehörigen nur in geringem Ausmass als wichtige Zielgruppe bspw. für Kontrollmassnahmen der Versorgungsqualität oder der Arbeitsbedingungen angeführt. Hier dominiert eine gewisse Zurückhaltung angesichts der Privatsphäre des Haushaltes. Eine zentrale Forderung ist hingegen, dass ein konzertiertes Vorgehen der verschiedenen Akteure im Feld der häuslichen Versorgung, unerlässlich ist, um der Fragmentierung entgegen zu wirken. Wiederholt betonten die Expertinnen und Experten, dass es grundsätzlich zwischen den verschiedenen Akteuren eine (grössere) Bereitschaft zur Kooperation und Zusammenarbeit brauche. Ohne einen gemeinsamen Diskurs über den Sachverhalt und ein gemeinsames Vorgehen, blieben die besten Lösungsan-

sätze letztlich isoliert und würden nicht ausreichen, um den Herausforderungen im Bereich der Betreuung im Privathaushalt in Zukunft zu begegnen.

5.4.1 Probleme sehen, Daten generieren und Lösungen suchen

Nach Einschätzung der befragten Personen steht die Schweiz bezüglich des Umgangs mit dem Phänomen der Care-Migration noch am Anfang. Entsprechend gehe es zunächst darum, in der Gesellschaft und in Fachkreisen auf möglichst vielen Ebenen für das Thema und die damit verbundenen potentiellen Spannungsfelder zu sensibilisieren. Dafür müsse das Phänomen als solches zuerst als relevant anerkannt werden. Darüber hinaus müssten passende Sensibilisierungsmaterialien zur Verfügung stehen.

Bei Bund, Kantonen und Gemeinden wird von den Expertinnen und Experten die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Phänomen in Frage gestellt, denn deren Strategie wird eher als reaktiv denn als proaktiv beschrieben. Dies sehen sie unter anderem darin begründet, dass keine fundierten Angaben zum Ausmass der Care-Migration in den Privathaushalt in der Schweiz existieren. Eine wesentliche Forderung der Expertinnen und Experten ist folglich, eine bessere statistische Grundlage zur Erfassung des Phänomens zu schaffen. Ein konkreter Vorschlag dazu ist die Entwicklung eines entsprechenden Moduls in der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Allerdings wird bezweifelt, ob sich das Phänomen valide statistisch erfassen lässt. Qualitative Forschungsansätze scheinen unerlässlich, um die Merkmale und Ausprägungen nachzeichnen zu können.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt stellt die Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung sowie der pflege- oder hilfebedürftigen Personen und deren Angehörigen dar. Heute müssten wichtige Entscheidungen für die häusliche Gesundheitsversorgung aufgrund weniger Informationen getroffen werden. Als positive, bereits erfolgte Massnahme wurde hier der Ratgeber der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich angeführt. Dieser wird unter anderem bei der Beratung oder im Verlaufe des Austrittsmanagements im Spital abgegeben. Alle Organisationen, die im Bereich der häuslichen Pflege oder Beratung tätig sind, wie Spitex-Organisationen oder die Pro Senectute aber auch die Spitalsozialarbeit, müssten sich besser über ihre Rolle, ihre Haltung und ihre Handlungsmöglichkeiten gegenüber der Care-Migration klar werden. Sie sollten über wichtige rechtliche und finanzielle Aspekte informiert sein und auf mögliche Span-

nungsfelder bei der Anstellung einer Care-Migrantin hinweisen können, so eine der zentralen Empfehlungen der Expertinnen und Experten.

5.4.2 Neuorganisation der Finanzierung der häuslichen Betreuung und neue Versorgungsformen

In eine ähnliche Richtung gehen all jene Vorschläge, die gegen die weitere Privatisierung in der Gesundheitsversorgung argumentieren und damit eine Neuorganisation der Finanzierung der häuslichen Gesundheitsversorgung in der Schweiz beinhalten. Grundsätzliche Fragen, die diesbezüglich aufgeworfen wurden, waren: Wie werden die Kosten verteilt, die zukünftig zu begleichen sind? Bleibt die Finanzierung der Betreuung daheim weitgehend eine Privatsache oder ist sie auch eine gesellschaftliche Aufgabe?

Verschiedene Fachpersonen betonten die Verantwortung des Staates in dieser Hinsicht. Spezifisch müsse der Bund Rahmenbedingungen schaffen, die eine qualitativ gute, zeitlich ausreichende und den Bedürfnissen entsprechende Gesundheitsversorgung zu Hause ermöglichen. Es brauche folglich mehr Geld für die Pflege und Betreuung, und die Spitex solle stärker gefördert werden. Längerfristig sollten auch Betreuungsleistungen als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung verstanden und entsprechend bedarfsgerecht finanziert werden.

Eine Fachperson skizzierte die Idee, dass der Assistenzbeitrag auch in der AHV geregelt werden könnte. Allerdings wurden dem Vorschlag wenig realistische Chancen zur Umsetzung eingeräumt. Ein weiterer Vorschlag betraf die Betreuungsgutschriften, bei denen die Antragstellung bereits bei leichter Hilflosigkeit ermöglicht werden sollte. Ebenfalls sollten bei den Ergänzungsleistungen die Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten stärker dem realen Bedarf angemessen sein.

Schliesslich gab es noch jene Stimmen, welche die unterschiedlichen und getrennten Finanzierungsschlüssel von stationärer und ambulanter Versorgung hinterfragten. Der Politik sei diese Problematik zwar bewusst, Widerstand verorteten die Expertinnen und Experten aber auf der Ebene der Kantone, weil diese die Finanzierung letztlich verantworten müssten.

Neben der Finanzierung wurde auch die Entwicklung oder Förderung von neuen und alternativen Wohn- und Pflegeformen vorgeschlagen. Die 1:1-Betreuung durch eine Care-Migrantin wird grundsätzlich nicht als breitflächig realisierbare Versorgungsform angesehen, da sie zu personalintensiv und damit bei gerechter Entlohnung auch zu teuer ist. Vielmehr sollten kollektive Versorgungsansätze,

die von der Bevölkerung auch akzeptiert werden, entwickelt werden. Dies können Wohnformen wie Alterswohngemeinschaften, flexibles betreutes Wohnen oder besser durchmischte Siedlungsstrukturen sein. Darüber hinaus seien aber auch die Pflegeheime gefordert. Einerseits müssten sie besser über den Heimalltag informieren, zum Beispiel über Anpassungen und Modernisierungen, die in den letzten Jahren stattgefunden haben. Dies sei dringend nötig, um dem negativen Stereotyp des unpersönlichen Pflegeheims entgegen zu wirken. Andererseits bestehe weiterer Handlungsbedarf weg von der Institutionslogik zu einer mehr am Individuum orientierten Form der Organisation in den Heimen. Hier bestehe in der Schweiz insgesamt Bedarf an innovativen Konzepten.

5.4.3 Massnahmen gegen Personalmangel in der Pflege und Betreuung

Wie im Kapitel zu den Kontextfaktoren aufgezeigt wurde, spielen personelle und finanzielle Fragen in der häuslichen Versorgung und Betreuung gemäss Einschätzung der Expertinnen und Experten für das Entstehen von Care-Migration eine wichtige Rolle. Entsprechend fokussieren einige Lösungsvorschläge auf Massnahmen zur Minderung des sich abzeichnenden Pflegenotstands. Einige davon verfolgen die Strategie der weiteren Formalisierung von bisher unbezahlt oder informell geleisteter Sorgearbeit, während andere eher die gesellschaftliche Solidarität und das informelle Unterstützungspotential fördern wollen. Ein Vorschlag verfolgte die Idee, die Anstellung von pflegenden Angehörigen in der Spitex über den jetzigen Stand hinaus voranzutreiben. Diese Variante würde es Angehörigen ermöglichen, mit der Übernahme der Pflege- und Betreuungsarbeit gleichzeitig ein Einkommen zu generieren. Sie hätten folglich auch keine Lücken in der Altersvorsorge. Dieser Ansatz stellt vor allem eine Absicherung der Care-Arbeit dar, hat aber vermutlich auch Auswirkungen auf die Care-Migration, denn Angehörige könnten dann die Betreuung gegen Bezahlung selber übernehmen. Ausbau und Sicherung des Potentials an Angehörigenpflege wird auch mit dem Vorschlag verfolgt, die Arbeitszeit reduzieren zu können und so mehr Freiraum für Sozialzeit zu schaffen. Die finanziellen Folgen einer solchen Reduktion wurden allerdings nur von wenigen Fachpersonen mitbedacht. Nach Ansicht einiger Fachpersonen braucht es neue Formen der solidarischen Unterstützung, die nicht auf monetärer Basis funktionierten. Es gelte, soziale Austauschformen zu finden, die nicht entschädigt werden müssen, sondern sich mehr

am Konzept der Reziprozität orientieren. Als Beispiel wurde ein Projekt in St. Gallen angeführt, das aktuell ein Zeittauschsystem erprobt.⁵ Selber geleistete (und so angesparte) Zeit kann damit später im Alter in äquivalentem Umfang genutzt und selber für Unterstützungsleistungen beansprucht werden. Ein weiterer Vorschlag war, dass die Care-Migrantinnen bei der Spitex angestellt werden könnten. Die konkrete Ausgestaltung dieser Anstellungsverhältnisse blieb aber offen.

In Bezug auf die Rolle der unterschiedlichen Akteure im Bereich Pflege und Betreuung im Privathaushalt betonten die Fachleute, dass über eine Absprache bezüglich der Aufgaben der verschiedenen Dienstleister auch eine sinnvolle Arbeitsteilung erreicht werden kann. Angesichts des steigenden Bedarfs an häuslicher Versorgung, so die Überzeugung, gäbe es auch zukünftig genug Arbeit für alle Dienstleister. Vielen der angedachten Massnahmen war gemeinsam, dass sie letztlich auf einen umfassenden sozialen Kulturwandel abzielen, der eine andere gesellschaftliche Wertschätzung der Sorgearbeit ermöglichen sollte.

5.4.4 Kontrolle verbessern

Auch Ansätze, die direkt mit transnationalen Care-Arrangements und deren Ausgestaltung zusammen hingen, führten die Expertinnen und Experten an. So erwähnten sie neue arbeitsgesetzliche Instrumente, welche die Arbeitsbedingungen im Privathaushalt verbindlich regeln und verbessern. Zum Beispiel wurde auf laufende Bestrebungen verwiesen, den Arbeitsort Privathaushalt in Zukunft dem Arbeitsgesetz zu unterstellen. Zur besseren Regelung der Arbeitsbedingungen gehört aber auch, die Rolle der Care-Migrantin insofern zu klären, als sie kein Familienmitglied und auch keine in Pflege und Betreuung qualifizierte Person sei. Entsprechend gelte es klar zu definieren, welche Aufgaben die Care-Migrantin übernehmen soll und welche nicht. Tendenziell sollten gemäss Fachpersonen pflegerische Handlungen nur von entsprechend qualifizierten Personen ausgeführt werden oder zumindest seien Care-Migrantinnen beispielsweise für die angemessene Unterstützung der Beweglichkeit, entsprechend zu instruieren. Dies diene dem Schutz sowohl der Betreuenden als auch der Betreuten. Vage diskutiert wurden in diesem Rahmen auch Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung von Care-Migrantinnen vor Ort, d.h. in der Schweiz.

⁵ Das Projekt läuft unter dem Namen «Zeitbörse». Weitere Informationen dazu siehe: www.zeitboerse.ch/dnn/

Im Zusammenhang mit besseren Arbeitsbedingungen im Privathaushalt betonen die Expertinnen und Experten die wichtige Rolle der Gewerkschaften und formulierten grundsätzliche Forderungen an den Staat und an die Kantone. Zur Kontrolle der Arbeitsbedingungen wie auch zur Sicherung der Versorgungsqualität brauche es klare Konditionen und ein Qualitätscontrolling der verschiedenen Dienstleister auf dem Markt. Dazu sollten die Behörden ihre bestehenden Kontrollmöglichkeiten ausschöpfen und vor allem häufiger intervenieren, wenn Unregelmässigkeiten in der Geschäftstätigkeit von Agenturen auftauchen.

6 Diskussion

Aus den präsentierten Ergebnissen wird deutlich, dass das Phänomen der Care-Migration für die Schweiz neue Spannungsfelder mit sich bringt, die einer Konzeptualisierung und Regularisierung bedürfen. Für diese Arbeiten kann die hiesige Forschung und Praxis auf mehrjährige Erfahrungen und Datenbestände aus dem Ausland zurückgreifen. Dabei sind zwar strukturelle und gesetzliche Unterschiede zwischen verschiedenen Staaten zu bedenken. Dennoch sind die Herausforderungen der Langzeitversorgung und des globalisierten Arbeitsmarktes für westliche Industrieländer sehr ähnlich (Colombo et al., 2011).

Deutlich wird für die Schweiz, dass die Diskurse rund um Care-Migration bisherige Problemlagen in der häuslichen und stationären Langzeitversorgung akzentuieren. Dazu gehören insbesondere die Unschärfen der Finanzierungslogik, basierend auf der Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung, die stark fragmentierten Versorgungsleistungen und ihre Auswirkungen auf die Privathaushalte, sowie das familialistische Versorgungsmodell und seine personellen Grenzen in einer modernen Gesellschaft.

Aus Expertensicht wurden einige Anpassungs- und Innovationsvorschläge genannt. Diese sind jedoch meist einer sektoralen Optik verhaftet. Dies zeigt sich zum Beispiel an den Forderungen nach verbessertem Arbeitsschutz und gerechter Entlohnung. Eine verbindliche Einführung von Mindestlöhnen und eine rigide Kontrolle unter anderem der sozialversicherungsrechtlich korrekten Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse im Privathaushalt würden dazu führen, dass die Kosten für diesen steigen. Dies ist angesichts der bereits hohen zeitlichen und finanziellen Belastung der Haushalte für die häusliche Gesundheitsversorgung eine ambivalente Entwicklung. So könnte dies die Tendenz verschärfen, dass sich wohlhabende Personen reguläre Arrangements leisten können, während Familien mit geringeren ökonomischen Ressourcen auf illegale Formen zurückgreifen (müssen).

Insofern reichen die von den Expertinnen und Experten andiskutierten sektoralen Lösungen nicht aus, um die Gesamtsituation der Gesundheitsversorgung im Privat-

haushalt tatsächlich zu verbessern. Nachhaltige Lösungen brauchen vielmehr eine multisektorale Konzeption, welche die zahlreichen juristischen, ökonomischen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen sowie migrations- und gleichstellungsspezifischen Themenkreise berücksichtigen. Diese überschneiden sich allerdings nicht selten in der Argumentation.

Vor diesem Hintergrund werden in der folgenden Diskussion zwei thematische Stränge verfolgt. Einerseits sind dies die Spannungsfelder, die unmittelbar durch die Care-Migration begründet sind, und andererseits werden aktuelle Diskurse in der hiesigen Langzeitversorgung aufgegriffen und analysiert.

6.1 Spannungsfelder rund um Care-Migration

6.1.1 Rechtliche Situation

Aus rechtlicher Sicht zeigen sowohl die empirischen Daten als auch die Literaturanalyse, dass die Situation in der Schweiz insbesondere bei der 24-Stunden-Betreuung prekären Arbeits- und Anstellungsbedingungen von Care-Migrantinnen Vorschub leisten kann. Dabei stehen die bereits in anderen Forschungen diskutierten Fragen der Lohnhöhe, der Arbeits- und Freizeit oder der sozialen Absicherung im Zentrum (für die Schweiz: Medici & Schilliger, 2012; Truong, 2011; für eine international vergleichende Perspektive: Anderson, 2006; für eine Ost-West-Perspektive: Metz-Göckel et al., 2010). Diese Thematik wird insbesondere von Gewerkschaften und Behörden angesprochen. Aber auch manchen Angehörigen bereitet die rechtlich unwägbar Situation bei der Beschäftigung einer Care-Migrantin Sorge, wenn sie sich als Arbeitgebende oder durch die Inanspruchnahme einer Vermittlungsagentur nahe an der rechtlichen Grauzone oder gar in der Illegalität bewegen. Angesichts der schwierigen Informationsbeschaffung und der unübersichtlichen gesetzlichen Regelungen stehen Angehörige

und Privathaushalte bei der rechtlich korrekten Ausgestaltung von transnationalen Care-Arrangements vor einem anspruchsvollen Unterfangen.

In den Ergebniskapiteln wurde diskutiert, welche Wirkung rechtliche Massnahmen auf die transnationalen Care-Arrangements in Privathaushalten haben. Entsprechend gilt es hier zu reflektieren, welche Ziele eine Legalisierung dieser Arbeitsverhältnisse verfolgen will. Sollen die Arbeitsbedingungen der Care-Migrantinnen verbessert werden? Ist die zeitintensive Betreuung zu einem finanzierbaren Preis auf rechtlich korrekter Basis zu ermöglichen? Oder werden beide Aspekte gleichermaßen verfolgt? Wird ausschliesslich auf die Legalität der Beschäftigungsverhältnisse im Rahmen bestehender Strukturen und Gesetze fokussiert, bieten sich auf den ersten Blick verschärfte arbeitsrechtliche Massnahmen und allenfalls aufenthaltsrechtliche Kontrollen durch die entsprechenden Organe an. Angehörige wie auch Fachpersonen führten diese Massnahme mehrfach als Option an. Kontrollen bergen jedoch zahlreiche Fallstricke, sowohl bei der Kontrolle von Vermittlungsagenturen, als auch der Privathaushalte. Zumindest in einem uns berichteten Fall verlegte eine Firmeneigentümerin ihren Firmensitz kurzerhand ins Ausland, nachdem sie wiederholt von den Behörden gerügt worden war. Nun stellt sie ausserhalb des legalen Rahmens Personal für Schweizer Privathaushalte zur Verfügung und kann dafür auf Grund der geltenden Gesetzgebung nicht belangt werden. Kontrollen zur Einhaltung der Rechtsnormen fördern also unter Umständen illegale Praktiken. Entsprechend sollten Konzepte, die auf die bessere Kontrolle der Rechtsnormen abzielen, auch die Option der Beratung und Umsetzungshilfe der kontrollierten Agenturen beinhalten. Darüber hinaus braucht es Ansätze, die der Nationalstaaten übergreifenden Logik der Care-Migration besser gerecht werden, also solche, die international vernetzt ansetzen. Dies bedingt einen Austausch der entsprechenden Fach- und Kontrollstellen unter den beteiligten Ländern.

Tendenziell sprechen gesellschaftliche Konventionen gegen Kontrollen im Privathaushalt, der als geschützter Raum vor staatlichen Eingriffen gilt. Dies zeigen auch die Daten aus den Experteninterviews. Zudem lässt sich angesichts der tragenden Rolle der Familie und des Haushalts in der Schweizer Versorgungslandschaft argumentieren, dass hier unentgeltlich oder eigenfinanziert die meiste Care-Arbeit übernommen wird. Entsprechend wäre es nicht gerechtfertigt, diesen Akteur isoliert in den Blick zu nehmen. Die Ergebnisse aus den Angehörigeninterviews illustrieren darüber hinaus, dass die Beschäfti-

gung von Care-Migrantinnen eine mögliche Strategie darstellt, um Lücken im Versorgungssystem zu schliessen. Es braucht folglich einen sektorenübergreifenden Blick, um die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Akteuren und deren Aktionsfeldern zu erfassen und so zielführende Lösungen zu entwickeln. Dazu gehören beispielsweise länderübergreifende Forschungsprojekte zusammen mit den entsprechenden Praxispartnern. Diese können wichtige Erkenntnisse zu möglichen Handlungsfeldern und Lösungsansätzen liefern. Ein symbolischer Schritt wäre die Ratifikation der ILO-Konvention (International Labour Organisation) zum Schutz der Hausangestellten durch die Schweiz. Damit würde die Relevanz des Phänomens anerkannt und gezeigt, dass Beschäftigungen im Privathaushalt spezifische Regelungen benötigen. Darüber hinaus würde dies den Charakter des Arbeitsverhältnisses von transnationalen Care-Arrangements hervorheben.

Insgesamt sind die zumeist erst angedachte bessere Rechtslage und die Regularisierung der Arbeit von Care-Migrantinnen für Privathaushalte als Arbeitgebende und Agenturen von zentraler Bedeutung, denn die Qualität der Versorgung ist entscheidend davon abhängig, unter welchen Arbeitsbedingungen Care-Migrantinnen die ihnen übertragenen Aufgaben wahrnehmen können. Dies zeigt sich deutlich aus Sicht von Spitex-Mitarbeitenden, die sich um das Wohlergehen der Care-Migrantinnen sorgten (Jähnke et al., 2012). Beispielsweise wurde darauf hingewiesen, dass Care-Migrantinnen bei Missachtung grundlegender Arbeitsbedingungen, wie etwa der Regelung der maximalen Arbeitszeit und der Definition von entsprechender Freizeit, die Betreuung in der nötigen Qualität kaum leisten können. Hier besteht Sensibilisierungs- und Informationsbedarf bei denjenigen Akteuren, die Care-Migrantinnen anstellen. Denn obwohl das Ziel der transnationalen Care-Arrangements die möglichst gute Sorge für die pflegebedürftige Person ist, erkennen offensichtlich nicht alle Arbeitgebenden die Notwendigkeit, dass Care-Migrantinnen für eine gute Versorgungsqualität entsprechende Arbeitsbedingungen brauchen.

6.1.2 Ungenügende Datenlage

Um die Relevanz der Thematik besser fassen zu können, ist eine aussagekräftige Datenbasis nötig, in der über die ganze Schweiz hinweg die Arbeit von Care-Migrantinnen im Haushalt im Allgemeinen und in der Betreuungsarbeit im Speziellen erfasst wird. Eine verlässliche statistische Grundlage ist jedoch – wie das Beispiel von Österreich illustriert – wesentlich abhängig von der Legalität der

Beschäftigungsverhältnisse. Illegale Verhältnisse lassen sich empirisch nur schwer fassen. Deshalb empfiehlt sich ein vergleichender Forschungsansatz, der einerseits bestehende Regelungen zur Finanzierung und Regularisierung von Arbeit in Privathaushalten untersucht und andererseits die Wirkung von Fördermassnahmen aufzeigt. Dazu kann als Ausgangsbasis auf Studien aus Österreich, Deutschland, Frankreich und Belgien zurückgegriffen werden (Ekert, 2011; Larsen et al., 2011; Pape, 2010; Rand et al., 2012). Für die Schweiz könnten beispielsweise anhand einer exemplarischen Analyse von drei Kantonen (je einer aus der Deutschschweiz, der Roman- die und das Tessin) die Praxis der kantonalen Ämter für Wirtschaft und Arbeit (AWA) und der kantonalen Migrationsbehörden erhoben werden. Die Ergebnisse wären basierend auf den unterschiedlichen Konzeptionen der kantonalen häuslichen wie auch stationären Langzeitversorgung zu interpretieren. Dieses Vorgehen ermöglicht, die kantonal spezifische Situation zu berücksichtigen und die Situation der Langzeitversorgung zu vergleichen. Die Zusammenhänge zu den strukturierenden Rahmenbedingungen könnten detailliert herausgearbeitet und daraus empirisch begründete Schlussfolgerungen gezogen wie auch Massnahmen entwickelt werden.

Interessant dürfte schliesslich sein, inwiefern der in der Verordnung des IVG festgesetzte Assistenzbeitrag von CHF 32.80 pro Stunde Anreize bietet für die Anstellung einer Care-Migrantin und wie sich dies eventuell auf deren Lohnansprüche auswirkt. Ebenfalls bleibt offen, wie dieser Stundenansatz und der Mindestlohn im nationalen NAV Hauswirtschaft (CHF 18.20 für ungelernte Personen, CHF 22.- für Personen mit einem eidg. Fähigkeitszeugnis EFZ) korrespondieren. Zu untersuchen wäre demnach, welche Löhne behinderte Personen ihren Assistenzpersonen im Rahmen des IVG bieten bzw. Privathaushalte mit betagten Personen im Rahmen des NAV Hauswirtschaft. Eine solche Untersuchung würde zwingend auch Fragen bezüglich der im Privathaushalt erbrachten Dienstleistungen (Hauswirtschaft, Betreuung, pflegerische Tätigkeiten) berücksichtigen müssen.

6.1.3 Nationales und geopolitisches Zusammenspiel

Auch wenn die vorliegende Studie die Situation der Care-Migration im europäischen Raum und spezifisch in der Schweiz fokussiert, soll dies nicht darüber hinweg täuschen, dass es sich um ein globales Phänomen handelt. Die Expertenergebnisse weisen darauf hin, dass sich der geographische Rekrutierungskreis immer weiter nach Osteuropa ausweitet, bis über die EU/EFTA Grenze

hinaus. Diese Ausweitung wird unter anderem damit begründet, dass das Migrationspotential in den neuen EU-Ländern nicht unermesslich ist und die Attraktivität der Care-Migration bei einem steigenden Lohnniveau im Herkunftskontext oder bei Veränderungen auf dem dortigen Arbeitsmarkt abnimmt. Infolgedessen verschiebt sich die Migrationsbewegung fortwährend über den Globus und integriert wiederum neue Länder. Für Care-Migrantinnen aus Ländern ausserhalb der EU/EFTA gelten andere aufenthaltsrechtliche Bestimmungen, folglich können sie sich nicht legal in der Schweiz aufhalten. Das ist ein weiterer prekarisierender Faktor für die Care-Migrantinnen. Dies wiederum bedeutet, dass die Etablierung des Phänomens in westlichen Industrieländern zwar zu einer gewissen gesellschaftlichen Akzeptanz führen mag, wie dies teilweise für Deutschland berichtet wird. Es führt aber nicht zwingend zu besseren Arbeitsbedingungen oder einer Legalisierung der Arbeitssituation. Vielmehr zeichnet sich bei einem erweiterten geographischen Einzugsgebiet von Care-Migrantinnen auch eine weitere Irregularisierung einschliesslich des Aufenthaltsstatus ab.

Global ist das Phänomen der Care-Migration auch in anderer Hinsicht. Im Rahmen der Befragung von Spitex-Mitarbeitenden zum Thema «Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung» wurden transnationale Sorgearrangements mit Migrantinnen aus Brasilien oder Japan thematisiert (Jähnke et al., 2012). Hier wurden – meist im Kontext binationaler Ehen – Verwandte aus den Herkunftsländern zur Pflege und Betreuung eines Familienmitglieds in der Schweiz beigezogen. Diese verwandtschaftlich begründeten Care-Arrangements könnten noch prekärer sein, weil hier der Charakter eines Arbeitsbündnisses stärker in den Hintergrund rückt. Aufenthaltsrechtlich bewegen sich diese Arrangements zumindest in einem Graubereich, da davon auszugehen ist, dass die Angehörigen aus dem Ausland jeweils als Touristinnen in die Schweiz einreisen und hier – mit oder ohne Bezahlung – Betreuungsarbeit übernehmen. Über diese Form der Care-Migration ist aufgrund ihres noch stärker informellen und familiären Charakters sehr wenig bekannt. Es ist aber davon auszugehen, dass diese Form eine gewisse Bedeutung für die privat organisierte Versorgungssituation in der Schweiz hat.

Die Care-Migrantinnen in dieser Studie kamen fast ausschliesslich aus den «klassischen» Ländern wie Polen, Slowakei und Deutschland (östliche Bundesländer). Dies mag durch die Rekrutierungsstrategie im Forschungsprojekt bedingt sein (siehe Kapitel 3.2). Ebenso könnte dies daraus resultieren, dass sich wohl eher Haushalte mit

vergleichsweise regulären Arrangements zu einem Interview bereit erklärten. Ein weiterer Grund für diese Verteilung ist aber vermutlich, dass Personen aus diesen Ländern aus historischen Gründen eher Deutsch verstehen und sprechen. Deshalb erschliesst sich ihnen in der deutschsprachigen Schweiz eine Beschäftigungsmöglichkeit. Es ist naheliegend, dass für Care-Migrantinnen in der Romandie und im Tessin andere Sprachkompetenzen hilfreich sind. Insofern ist die Care-Migration in der Schweiz vermutlich ausgesprochen multilingual und multilingual geprägt.

Die Zuwanderung von Care-Migrantinnen aus den neuen EU-Oststaaten erklärt sich nebst dem frei zugänglichen Arbeitsmarkt durch die Personenfreizügigkeit auch durch das bestehende Lohngefälle zwischen der Schweiz und dem Herkunftsland. Die Lohnniveaus zwischen Ost und West dürften sich – so die befragten Fachpersonen – aufgrund der Öffnung des europäischen Marktes zunehmend annähern. Die Preisstruktur auf dem Vermittlungsmarkt in der Schweiz stützt diese Annahme. So berichten Angehörige wie Expertinnen und Experten, dass die Anstellung einer Polin in der Regel teurer ist, als diejenige einer Tschechin oder einer Slowenin. Allerdings wird diese Wahl in den Angehörigeninterviews auch mit den jeweils unterschiedlichen Deutschkenntnissen begründet. Aus der Perspektive der Angehörigen bestimmen die sprachlichen Fähigkeiten wesentlich das Lohnniveau der Care-Migrantin. Somit ist Sprachkompetenz aus der Perspektive der Care-Migrantinnen ein wichtiger Marktvorteil.

6.1.4 Wenn Frauen migrieren

Sorgearbeit ist traditionell Frauenarbeit. Diese geschlechtsspezifische Rollenzuschreibung manifestiert sich auch im Phänomen der Care-Migration. Care-Migration illustriert bestehende Rollenmuster und schreibt die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes fort. Aus Genderoptik hat sich die hiesige Situation zwar insofern verändert, als langjährige Gleichstellungsbemühungen Früchte tragen, indem Frauen vermehrt eine Tertiärausbildung haben und erwerbstätig sind. Ein Wandel der Geschlechterrollen steht aber noch aus. So hat die steigende Erwerbsintegration der Frauen noch nicht zu einer Neudefinition und Neuverteilung von Sorgezuständigkeiten zwischen den Geschlechtern geführt. Von den Fachpersonen wurden denn auch die steigende Erwerbsintegration der Frauen in der Schweiz und das infolgedessen verminderte familiäre Betreuungspotential erwähnt, das von Care-Migrantinnen aufgefüllt werde.

Diese wiederum müssen die so im Herkunftsland entstehende Versorgungslücke mit anderen Frauen ausgleichen – seien dies Verwandte oder Migrantinnen aus anderen, weiter östlichen Ländern. Auch für die Schweiz lässt sich argumentieren, dass Care-Migration Ausdruck ist von einer Delegation der Sorgearbeit von Frauen an Frauen. Care-Migration spiegelt damit über globale Ungleichheiten hinaus, spezifische «Achsen der Differenz» (Knapp & Wetterer, 2003) zwischen Frauen unterschiedlicher Herkunftskontexte wie auch zwischen Frauen und Männern wider. Dies offenbart den nach wie vor ausstehenden gesellschaftlichen Kulturwandel, Care-Arbeit als Aufgabe beider Geschlechter zu betrachten – und zwar in der Schweiz wie auch in den Herkunftsländern der Care-Migrantinnen. Hinsichtlich der Realisierung einer geschlechtergerechten Organisation von häuslicher Versorgung wird einmal mehr Handlungsbedarf deutlich. Weitere Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, aber auch die Selbstmanagementförderung von Männern in gesundheitlichen Fragen im Alltag sowie die Neudefinition von Verantwortlichkeiten für das Sorgemanagement in Familie und Partnerschaft stehen an. Als Voraussetzung dafür ist eine globale gesellschaftliche Aufwertung von Care-Tätigkeiten dringend erforderlich.

6.2 Diskurse in der Langzeitversorgung im Lichte von Care-Migration

6.2.1 Pflege- versus Betreuungsfinanzierung

Aus den Angehörigen- und Experteninterviews geht hervor, dass das derzeit praktizierte Finanzierungsmodell für die häusliche Versorgung als konzeptionell unstimuliert und auch als ungerecht wahrgenommen wird, unabhängig davon, ob Tätigkeiten im Privathaushalt von einer Care-Migrantin oder von Spitex-Mitarbeitenden ausgeübt werden. Grund dafür ist, dass das Finanzierungsmodell von einer Differenzierung – oder eher Differenzierbarkeit – von Pflege- und Betreuungsarbeit ausgeht. Diese bedeutungsvolle konzeptionelle Differenzierung von Care-Arbeiten, die sich neben der unterschiedlichen Vergütung gemäss KVG auch in unterschiedlichen Qualifikationsstufen und professionellen Berufsbildern spiegelt⁶, suggeriert eine Trennschärfe von *Pflege* und *Betreuung*. Dies entspricht jedoch nicht dem

⁶ Angesprochen sind hier die Pflegeberufe (Pflegefachfrau/-mann auf der Bildungsstufe Höhere Fachschule oder Fachhochschule) und die Betreuungsberufe (Fachfrau/-mann Betreuung/FaBe oder Fachfrau/-mann Gesundheit/FaGe auf der Sekundarstufe 2).

Sorgealltag aus Nutzeroptik und wird mittlerweile auch national als schwierig bezeichnet (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, 2012: S. 10). Für die Angehörigen gibt es vielmehr eine Reihe von Aufgabenbündeln, die aufgrund der Funktionseinschränkung der erkrankten oder gebrechlichen Nächsten anfallen. Diese Aufgaben werden gemäss Ergebnissen aus den Angehörigeninterviews arbeitsteilig entweder selber geleistet, an Care-Migrantinnen oder andere Dienstleister delegiert, oder nach einer Bedarfsabklärung von einer Spitex-Organisation übernommen. Die Aussagen der Angehörigen zu den unterschiedlich finanzierten Tätigkeitsbereichen verdeutlichen damit das bereits in Kapitel 2.1.4 ausgeführte Dilemma der unklaren Abgrenzung verschiedener Care-Tätigkeiten. Hinzu kommt, dass ein- und dieselben Tätigkeiten – etwa die Hilfe beim Anziehen von Kleidern, was unter die sogenannte Grundpflege fällt (siehe KLV Art. 7, Abs. c) (Eidgenössisches Departement des Innern, 2012) – von der Krankenkasse vergütet wird, wenn diese von Spitex-Mitarbeitenden übernommen werden, jedoch nicht, wenn eine Care-Migrantin diese Tätigkeit ausübt. Vor diesem Hintergrund wird die Delegation von Betreuungsaufgaben an Care-Migrantinnen als Privatangelegenheit festgeschrieben. Fachpersonen wie Angehörige monieren, dass auch die Betreuung von kranken und hochaltrigen Personen im Privathaushalt letztlich eine gesellschaftliche Aufgabe darstellt und sie somit den Staat in der (Mit-)Verantwortung sehen. Wie bereits in der Einleitung angedeutet, ist bei der Finanzierung von Dienstleistungen im Bereich «Betreuung» ausserdem relevant, ob die unterstützungsbedürftige Person IV oder AHV bezieht und damit beispielsweise den Assistenzbeitrag beantragen kann oder nicht.

Schliesslich wird auf Vorschläge einiger Fachpersonen hingewiesen, die einen einheitlichen Finanzierungsschlüssel über alle Leistungserbringer in der Langzeitversorgung hinweg vorsehen. Damit sollen Leistungen der Betreuung und Pflege vergütet werden, unabhängig davon ob sie im institutionellen oder im häuslichen Bereich erbracht werden. Diese Neuregelung wurde zwar als dringend notwendig angeführt, bedingt aber eine grundlegende Neukonzeption des bestehenden Finanzierungsmodells sowie politische Aushandlungsprozesse über eine allfällige konkrete Ausgestaltung und ist somit als «konkrete Utopie» zu betrachten. Dies gilt ebenso für den Vorschlag, dass die Option des Assistenzbeitrags wie er für IV-Bezügerinnen und -Bezüger besteht (vgl. Kapitel 2.1.4) auch für Personen im AHV Alter eingeführt

wird, damit Selbstbestimmung in Bezug auf den Einkauf von Betreuungsleistungen unabhängig vom Pensionsalter realisiert werden kann.

6.2.2 Individualbetreuung versus kollektive Versorgungsformen

Das dominante Motiv in den erhobenen Daten ist die individuelle Präferenz, so lange wie möglich zu Hause in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Diese Präferenz wird begleitet von einem polarisierenden Diskurs über die jeweiligen Nachteile bzw. Vorzüge der Versorgung Daheim versus im Heim. Dabei wird den stationären Langzeitinstitutionen ein negatives Image zugeschrieben, vor allem beim Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und die persönliche Zuwendung. Im Kontrast dazu scheinen die Pflege und Betreuung zu Hause teilweise stark idealisiert. Diese Polarisierung illustriert die Auseinandersetzung von erkrankten Personen und deren Angehörigen rund um Fragen wie Autonomie und Freiheit. Zu Hause, so die weit verbreitete Auffassung, kann man auch bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen besser selbstbestimmt leben. Im Heim hingegen dominiert nach Einschätzung der Angehörigen die Institutionslogik, was mit einem entsprechenden individuellen Kontrollverlust einhergeht. Dass aber bei fehlender sozialer Integration das Leben zu Hause unter Umständen von grosser Isolation geprägt sein kann – auch wenn eine Care-Migrantin anwesend ist – wird dabei häufig ausgeblendet. Wenn sich der Aktionsradius auf das «Dreieck zwischen Bett, Küche und WC» reduziert, wie es ein Experte formulierte, stellt sich die Frage: Ist selbstgewählte Isolation wirklich besser als institutionell geförderte Integration? Hier knüpft ein international geführter Diskurs über den Kulturwandel in Pflegeheimen an bzw. wie bewohnerorientierte Konzepte entwickelt werden und greifen können (Kitwood, 1997; Frampton et al., 2010; Koren, 2010; Lum et al., 2008).

Neben Autonomie und Freiheit dominieren Vorstellungen von Sicherheit und Risiko die Aussagen der Angehörigen. Das Bedürfnis nach Autonomie steht dem Bedürfnis nach Sicherheit zum Teil konträr gegenüber. Obwohl Autonomie bedeutet, im Rahmen der gewählten Selbstbestimmung auch die Konsequenzen, d.h. die Risiken, zu tragen, besteht oft gleichzeitig ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis. Risiken sollen nach Möglichkeit minimiert oder gänzlich eliminiert werden. Diese Perspektive auf potentielle Risiken steht in der Diskussion der häuslichen Versorgung deutlich weniger im Zentrum als die wahrgenommene Freiheit und Autonomie im Privathaushalt (Tarricone & Tsouros, 2008). So

werden Care-Migrantinnen engagiert, weil – zumeist von Seiten der Angehörigen – das Bedürfnis nach einer gewissen Absicherung für die betreuungsbedürftige Person besteht. Expertinnen und Experten argumentieren hingegen, dass nur in den wenigsten Fällen eine 24-Stunden-Betreuung wirklich indiziert ist. Die umfassende Präsenz einer Betreuungsperson zielt darauf ab, die Risiken zu minimieren, die durch den Verbleib der betreuungsbedürftigen Person zu Hause entstehen, wie etwa das Sturzrisiko. Die Care-Migrantin soll sicherstellen, dass die pflegebedürftige Person nicht alleine ist und ihr nichts Gravierendes passiert. Die Anwesenheit einer Care-Migrantin im Privathaushalt schränkt jedoch oftmals genau durch deren ständige Präsenz die ursprünglich angestrebte Autonomie der betreuten Person ein. Insofern entsteht hier ein Dilemma, das auch von einigen Angehörigen thematisiert wird.

Vor diesem Hintergrund stellt die 1:1 Betreuungssituation bei Arrangements mit Care-Migrantinnen (oder sogar 2:1, denkt man den Wechsel der Care-Migrantinnen mit) langfristig keine gesellschaftlich umfassende Lösung dar. Dies ist auch dadurch begründet, dass diese Form der Betreuung aufgrund der notwendigen räumlichen und ökonomischen Ressourcen letztlich wohl nur einem vergleichsweise kleinen Segment der Gesellschaft nachhaltig zugänglich ist. Und wenn die öffentliche Hand einen wesentlichen Beitrag an die Finanzierung leisten soll, kann nicht die Förderung von Individuallösungen im Zentrum stehen, so die Haltung der Fachpersonen. Diese Optik aus ökonomischer Sicht deckt sich mit Ergebnissen von Studien zur häuslichen und stationären Langzeitversorgung (Wächter & Künzi, 2011; Tarricone & Tsouros, 2008), in der Pflegewohnungen als kostengünstigste Variante identifiziert werden, die ebenso den Wünschen heutiger hochaltriger Personen entsprechen.

Insofern sind Anreize nötig für die Konzeptualisierung und Weiterentwicklung von Betreuungsverhältnissen, die einem Kollektiv dienen und zugleich modernen Anforderungen der Lebensqualität genügen. Hier gibt es in der Schweiz durchaus bestehende Ansätze oder Wohnprojekte (vgl. Genossenschaft «Zukunftswohnen»). Allerdings sind sie meist auf räumliche und allenfalls technische Neuerungen oder den Ausbau dieser Wohnformen beschränkt. Deutlich weniger werden die benötigten personellen und fachlichen Dienstleistungen bei Gebrechlichkeit und Hochaltrigkeit mitgedacht, bzw. die lokale Spitex-Organisation wird als nahezu einzige Option für Pflege und Hilfe erwähnt. Allerdings ist eben diese Option für die zeitintensivere Betreuung aus den bereits genannten Gründen weniger geeignet. Hier besteht deshalb

Optimierungsbedarf in der Passung von Wohn- und Betreuungssituation. Dazu hat sich in Deutschland ein interessantes Feld eröffnet zu innovativen Wohn- und Betreuungsformen und wie diese zu planen sind (Bura et al., 2010). Ziel ist, dass durch innovative Lebensformen bei Gebrechlichkeit eine sinnvolle Arbeitsteilung für die Arbeiten der Pflege, des Haushaltes und der Alltagsgestaltung ermöglicht wird. Bei der Langzeitversorgung von behinderten Kindern gehört hier beispielsweise auch die heilpädagogische Unterstützung dazu. Zentral bei diesen Arrangements ist, dass Pflege, Haushalt und Alltagsgestaltung nicht nur im Sinne einzelner Tätigkeiten aneinander gereiht, sondern dass Aufgabenbündel geschnürt, diese koordiniert und logistisch unterstützt werden. Hier spielt die Versorgungskoordination und -kontinuität eine zentrale Rolle für die langfristig stabile Gesundheitssituation, insbesondere bei komplexem Krankheits- und Therapiemanagement (Bischofberger, 2011a; Bodenheimer & Berry-Millet, 2009).

Eben dies versuchen die Angehörigen durch die (vermeintliche) personelle Stabilität mit der Care-Migrantin zu erreichen. Inwiefern die Care-Migrantin dies bei einer sich wandelnden Gesundheitssituation der zu betreuenden Person tatsächlich wahrnehmen kann, ist noch weitgehend ungeklärt. Manche Care-Migrantinnen engagieren sich hier durchaus, indem sie zum Beispiel Informationen bei der Apotheke einholen (Jähnke et al., 2012). Allerdings sind den Individualhaushalten vor allem personelle Grenzen gesetzt, denn ein Care Management in komplexen Situationen erfordert einen Teamansatz oder zumindest eine Fachperson, die ein Case Management wahrnehmen kann. In kollektiven Betreuungsformen ist dies teilweise einfacher zu lösen, z.B. bei Hilfen in der Hauswirtschaft oder bei sozialen Aktivitäten, und wenn Case Managerinnen für mehrere Privathaushalte zuständig sind.

6.2.3 Nutzer- versus institutionell definierte Versorgungsqualität

In der Schweiz werden rund 60% der pflegebedürftigen hochaltrigen Personen zuhause betreut (Perrig-Chiello et al., 2011), und insgesamt leben rund 500'000 Personen jeglichen Alters mit Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten (BFS, persönliche Kommunikation 2012). Angesichts dieser Zahlen ist die Verantwortung für Qualitätssicherung in diesem Betreuungssetting nur schon aus quantitativen Gründen gegeben. Eine moderne Gesellschaft ist aber auch aus qualitativen Gründen für das Wohlergehen von gebrechlichen Personen

verantwortlich. Hier werden deshalb Fragen der Versorgungsqualität im Privathaushalt tangiert, insbesondere wie die Qualität aus Nutzerperspektive beurteilt wird. Generell besteht in der Schweiz ein Mangel an Qualitätsdaten, vor allem zu Ergebnisindikatoren (OECD, 2011). Dies trifft auch auf die häusliche Gesundheitsversorgung zu, wo für die professionelle Pflege erst in jüngerer Zeit erste Ergebnisindikatoren erarbeitet wurden (Rüesch et al., 2009). Trotz der wichtigen Rolle der Angehörigen in der Ausgestaltung der häuslichen Betreuung wird Versorgungsqualität bisher vorwiegend fachspezifisch und aus professioneller Optik definiert. Konzepte wie Partizipation, Wahlfreiheit oder Lebensqualität bleiben in den entsprechenden Qualitätsmanagementkonzepten weitgehend unbeachtet (Mittnacht, 2010). Sie sind jedoch für Angehörige sehr wichtig bei der Beurteilung der Versorgungsqualität der Arrangements mit Care-Migrantinnen. Sie wünschen, dass es ihren Nächsten wohl ergeht, dass sie als Mensch wahrgenommen und respektiert, und dass sie «gut» betreut werden und persönliche Zuwendung erfahren. Wichtige Kriterien der Versorgungsqualität sind deshalb die zwischenmenschlichen Aspekte.

Da gemäss anderen Studien (Jähne et al., 2012) die Arbeitsbedingungen der Care-Migrantinnen die Versorgungsqualität wesentlich beeinflussen, sollten die Angehörigen für Zuständigkeitsprofile, einschliesslich verbindlicher Regelungen von Arbeits- und Freizeit, sensibilisiert werden. Dazu könnten Spitex-Mitarbeitende den Angehörigen beratend und informierend zur Seite stehen und zwar dahingehend, dass die jeweiligen Kriterien der Versorgungsqualität durch die Care-Migrantin in ein entsprechendes Pflichtenheft integriert werden. Damit diese die ihr zustehende Freizeit auch wirklich zur Erholung wahrnehmen kann, sollte explizit kommuniziert werden, zu welchen Zeiten die Care-Migrantin nicht in der Verantwortung für die betreute Person steht. Damit ist ein wichtiger Grundstein für die tatsächlich gewährte Freizeit gelegt. Eben diese stellt als Möglichkeit zur Erholung für die Care-Migrantin einen wichtigen Faktor zur besseren Versorgungsqualität dar.

Aus der Nachfrageperspektive ist neben Zeit für Zuwendung auch die Kommunikationsfähigkeit der Care-Migrantin zentral. Grundlegend dafür sind die allgemeinen Sprachkenntnisse. Allerdings stellen diese in der Schweiz, v.a. in der deutschsprachigen Region, eine spezifische Herausforderung dar. Hochdeutsch reicht als Kommunikationssprache oft nicht aus, da viele hochaltrige Personen beispielsweise im jeweiligen regionalen Dialekt sprechen. Darüber hinaus braucht es ein grundlegendes Verständnis

über die Relevanz von Kommunikation und Austausch überhaupt. Dies ist nicht ausschliesslich von Seiten der Care-Migrantin, sondern von allen involvierten Personen nötig. Damit ist wiederum die hohe Verantwortung angesprochen, die Angehörige in Bezug auf die Qualität des Arrangements innehaben.

Angesichts der hohen Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Personen in Privathaushalten, die während zunehmend längerer Zeitphasen zuhause gepflegt und betreut werden, wäre die Qualitätssicherung in diesem Betreuungssetting besonders zu fokussieren. Für die Qualitätsstrategie des Schweizerischen Gesundheitswesens (Bundesamt für Gesundheit, 2009) besteht hier noch Spielraum für einen Fokus auf die Qualitätssicherung in der häuslichen Versorgung. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass beim Assistenzbeitrag die Versorgungsqualität in der Evaluation des Pilotversuchs nicht diskutiert wurde und im IVG nicht vorgesehen ist. In diesem als Arbeitgebermodell konzipierten Versorgungsarrangement bleibt die Sicherung der Qualität vollständig der behinderten Person überlassen. Welche Qualitätskriterien diese an die Assistenzperson stellt, ist bislang unerforscht. Im Zusammenhang mit Care-Migration wäre eine vergleichende Analyse zwischen dem Arbeitgebermodell des Assistenzbeitrags und der Care-Migration interessant.

Angesichts der Vielfalt der häuslichen Versorgungssituationen ist festzuhalten: Es gibt nicht den «one best way», um Versorgungsqualität zu definieren und zu erreichen. Vielmehr gilt es fortlaufend, die Entwicklung der Versorgungssituation, Veränderungen des Gesundheitszustands der zu betreuenden Person sowie das Wohlergehen der Care-Migrantin zu beobachten. Versorgung lässt sich so gesehen nicht «fix» organisieren, sondern ist vielmehr ein laufender Adaptionsprozess an die sich verändernden Bedürfnisse und den Betreuungsbedarf.

Schweizer Haushalte scheinen sich mit der Inanspruchnahme von transnationalen Care-Arrangements als Reaktion auf die neuen Herausforderungen organisiert zu haben, um so die häusliche Betreuung sicher zu stellen. Wie die empirischen Daten zeigen, kann es nun nicht darum gehen, diesen Lösungsansatz isoliert über eine Verschärfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu untergraben. Genauso wenig sollte aber diese individualisierte Form der Rund-um-die-Uhr-Betreuung und somit das Primat der Versorgung im Privathaushalt als Königsweg definiert werden. Vielmehr braucht es gesellschaftlich akzeptierte und politisch breit getragene neue kollektive Versorgungsansätze und einheitliche wie auch integrierte Finanzierungsformen für die häusliche Betreuung, Pflege und Hilfe.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Das Phänomen der Care-Migration öffnet den Blick auf Schwachstellen der hiesigen Langzeitversorgung. Dies sollte als Chance für die Auseinandersetzung mit der Thematik und das entsprechende Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial in diesem Sektor der Gesundheitsversorgung verstanden und anerkannt werden. Dabei sind die neuen und die bisherigen strukturellen, ökonomischen und personellen Spannungsfelder als Arbeitsbündel aufzugreifen und die nötigen Massnahmen und Innovationen konzentriert anzustossen.

Dies bedingt allerdings, dass die politische und fachliche Aufmerksamkeit nicht wie bisher die Akutversorgung fokussiert, sondern sich vermehrt auf die gemeindenähe Gesundheitsversorgung konzentriert – international auch als «Community Health Care» bezeichnet. 35 Jahre nach Unterzeichnung der Deklaration von Alma Ata zu «Primary Health Care» (1978) wäre dies auch als wichtiger Schritt in Richtung einer Gesundheitsversorgung zu verstehen, die allen Sektoren gleichermaßen Aufmerksamkeit schenkt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass der Beurteilung des Schweizer Gesundheitswesens durch die OECD im Jahr 2011 in Fachkreisen einige Aufmerksamkeit geschenkt wurde (exemplarisch Schwerpunktnummer CHSS, 2/2012). Hingegen wurde der im selben Jahr auch von der OECD publizierte Bericht «Help wanted – Providing and Paying for Long-Term Care» (Colombo et al., 2011) hierzulande kaum beachtet oder diskutiert. Vor diesem Hintergrund zielt die erste Empfehlung dahin, dass in der Schweiz den drängenden Problemen in der Langzeitversorgung mit einem *Nationalen Forschungsprogramm (NFP) «Long-Term Care»* zu begegnen wäre. Damit wäre auch das Ziel zu verfolgen, eine *nationale Strategie «Langzeitversorgung»* zu entwickeln, ähnlich der inzwischen erfreulich rezipierten Nationalen Strategie «Palliative Care». Dabei wären insbesondere drei Problemlagen der Langzeitversorgung zu fokussieren: Finanzierung, Fragmentierung, Frauen- und Familienzentrierung. Hinter diesen drei Bereichen verbirgt sich – so die Ergebnisse dieser Studie – erhebliches Verbesserungs- und Konzeptionspotenzial.

Nach dieser ersten Empfehlung werden nun zu Praxis, Politik und Wissenschaft je spezifische Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen formuliert.

7.1 Versorgungspraxis und Fachorganisationen

Praxis umfasst in diesem Zusammenhang Leistungserbringer, Fachverbände, Gesundheitsligen, Sozialpartner und Bildungsinstitutionen. Für sie ist das Phänomen Care-Migration in der Schweiz noch verhältnismässig jung. Ebenfalls liegen erst wenige und teilweise auch widersprüchliche Daten und Informationen vor.

- In der Praxis ist in einem ersten Schritt die *Wissensbündelung und Meinungsbildung* nötig, zum Beispiel in Form von runden Tischen oder anderen Veranstaltungen. So wird die Strukturbildung entwickelt, und informierte Entscheidungen für die Beschäftigung einer Care-Migrantinnen werden gefördert. Basierend darauf können in einem zweiten Schritt Informationen und Daten weiter aufbereitet (z.B. in Form von Postern, Broschüren) und in den jeweiligen Praxisorten (Spitex-Teams, Beratungsstellen etc.) zur *Sensibilisierung und Aufklärung* genutzt werden. Hier wäre die Idee einer Wanderausstellung zu prüfen. Sie könnte nicht nur didaktische Mittel, sondern darüber hinaus sinnbildlich für die Wanderung der Care-Migrantinnen sein. Zu empfehlende Inhalte solcher Sensibilisierungsformen sind etwa geltende Rechtsnormen und Möglichkeiten für die Beschäftigung von Care-Migrantinnen. Eine ansprechende Broschüre der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich liegt bereits vor. Wichtig sind auch Erzählungen aus Privathaushalten, wie eine Beschäftigung für alle Beteiligten konkret und nachhaltig arrangiert werden kann. Hilfreich wäre dazu ein *Dossier* mit Standarddokumenten für ein zufriedenstellendes Care-Arrangement. Dazu gehören z.B. der nationale und kantonale NAV Hauswirtschaft, Standardformulare für einen rechtlich korrekt auf-

gesetzten Arbeitsvertrag oder Qualitätskriterien, auf welche Arbeitgebende von Care-Migrantinnen achten sollten. Dieses Dossier könnte auch *Arbeitgebenden* dienen (oder von diesen mitentwickelt werden), die Mitarbeitende mit pflegebedürftigen Angehörigen beschäftigen. So können sich diese Mitarbeitenden, allenfalls zusammen mit HR-Verantwortlichen, anhand einer Auswahl verschiedener Versorgungsarrangements für das in ihrer Situation geeignete entscheiden.

- Bisherige Bestrebungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sollten mit *Kriterien aus Nutzersicht* ergänzt werden und insbesondere die Qualität der Pflege und Betreuung im Privathaushalt fokussieren. Das heisst auch, dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörige entscheidend in der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten für die häusliche Gesundheitsversorgung mitwirken sollten, allenfalls auch repräsentiert durch Patientenorganisationen. Denn im Setting des Privathaushalts haben die Selbstbestimmung, die Wahlmöglichkeit und die Patientenpräferenzen einen besonders hohen Stellenwert. Für Angehörige wäre es hilfreich zu wissen, anhand welcher Kriterien sie die Qualität der Leistungen einer Care-Migrantin beurteilen können. Aufgrund der Einschätzung mithilfe noch zu entwickelnder Instrumente könnten sie besser beurteilen, ob ihre Bemühungen um einen Verbleib des pflegebedürftigen Nächsten zuhause fortgesetzt werden oder ob andere Versorgungsarrangements (z.B. Tagesbetreuungsstätte, Pflegewohnung) nötig werden und geprüft werden sollten.
- Um die Thematik bei *Gesundheitsfachleuten* anzustossen und zu verankern, ist das Thema Care-Migration als praktiziertes Versorgungsarrangement in Aus- und Weiterbildungen auf allen Bildungsstufen zu integrieren. Dabei steht je nach Bildungszielen eher die konkrete Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen im Zentrum. Oder das Thema wird stärker konzeptionell angegangen, beispielsweise mit der Frage, wie Care-Migrantinnen in einen klugen Skill- und Grademix in der häuslichen Langzeitversorgung zu integrieren wären. Im Rahmen einer Gesundheitsbildungspolitik ist auch an die *Qualifikation der Care-Migrantinnen* zu denken. So könnte der Care Drain zumindest mit einer Bildungsinvestition in die Care-Migrantin teilweise kompensiert werden.

7.2 Behörden und Politik

Anhand der Experteninterviews zeigte sich bereits, dass auf politischer Ebene verschiedene Ideen angedacht wurden und aufgrund der gebündelten Ergebnisse hier nun weiter ausformuliert werden können.

- Auf kantonaler Ebene und in Zusammenarbeit mit Gemeinde- und Bundesbehörden wäre zu diskutieren, wie gute Arbeitsbedingungen im Privathaushalt für Care-Migrantinnen ausgestaltet sein sollen. Dazu könnte ein Vergleich von ausgewählten Kantonen interessante Ergebnisse hervor bringen, indem die geltende Praxis für Vermittlungsagenturen der entsprechenden Ämter für Wirtschaft und Arbeit (AWA) wie auch des Staatssekretariats für Wirtschaft (Seco) analysiert und Erfahrungen nach der Vergabe der Bewilligung längerfristig ausgetauscht werden.
- Auf internationaler Ebene wäre ein Engagement des DEZA, des Bundesamtes für Migration oder privater Organisationen der humanitären Hilfe zu überlegen, um neue Ungleichheiten in osteuropäischen Ländern aufgrund von Care-Migration zu vermeiden. Dies könnte beispielsweise in transnationalen Standards zur Vermittlung von Care-Migrantinnen sein, ähnlich wie der WHO Verhaltenskodex für die internationale Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonen (WHO 2010). Hier könnten unter anderem die Erfahrungen der Caritas Schweiz mit ihrem Projekt zwischen der Schweiz und Rumänien, d.h. der unter fairen Vermittlungsbedingungen arrangierten Beschäftigungen von rumänischen Care-Migrantinnen in Schweizer Privathaushalten, hinzugezogen werden.
- Zudem sollte eine besser abgestimmte und flächendeckende Beratung in Bezug auf die Organisation von häuslicher Langzeitversorgung institutionalisiert werden. Wie die Daten der vorliegenden Studie zeigen, sind verschiedenste Akteure in die Versorgung im Privathaushalt involviert. Hier braucht es neue Konzepte der Kooperation bzw. der Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Dienstleistenden, z.B. zwischen Spitex-Organisationen und Vermittlungsagenturen.
- Schliesslich war eine Idee der befragten Fachpersonen, Beschäftigte im Privathaushalt unter den Schutz des Arbeitsgesetzes zu stellen, was eine bessere Regelung der Arbeitszeiten und einen besseren Arbeitsschutz mit sich bringen würde. Zu klären wäre hier, wer die damit einhergehenden höheren Lohnkosten

sowie die Sozialversicherungskosten trägt. Das Beispiel der Regularisierung aus Österreich, anknüpfend an das bereits früher eingeführte Pflegegeld und die entsprechende Qualitätssicherung im Privathaushalt, liefert hier für die Schweiz hilfreiche Hinweise.

7.3 Wissenschaft und Forschung

Die vorliegende Studie hat neben einigen Antworten vor allem auch neue Fragen aufgeworfen, die von Wissenschaft und Forschung weiter zu bearbeiten sind.

- Zunächst ist die Datenlage zu verbessern, damit Behörden, Politik und Leistungserbringer, aber auch Angehörige als Auftraggebende datengestützte Entscheidungen treffen können. Interessant wären u.a. gesicherte Daten zu den Herkunftsländern, dem Bildungsstatus der Care-Migrantinnen sowie deren Beschäftigungsdauer. Letzteres wäre ein wichtiger Hinweis für die Versorgungs(dis)kontinuität. Ebenso wären kantonale Spitex-Verbände und Hausarztvereinigungen wichtige Akteure, um über die ihnen angeschlossenen Spitex-Organisationen bzw. Hausärztinnen und Hausärzte zu Informationen zu gelangen, wie vielen Care-Migrantinnen sie in ihrer beruflichen Tätigkeit begegnen und wie die Erfahrungen zu bewerten sind. Im Rahmen einer Analyse wären auch bessere Überblicksdaten zu den Kosten zu erheben, die in den Privathaushalten durch die Beschäftigung einer Care-Migrantin entstehen, und mit welchen Mitteln sie gedeckt werden.
- Inzwischen gibt es international und in der Schweiz verschiedene empirische Studien zu einzelnen Perspektiven auf die Care-Migration (insbesondere die Perspektive der Care-Migrantin, Vermittlungsagenturen, Spitex-Mitarbeitende, Angehörige). Noch aber fehlt die Meinung der pflege- und hilfebedürftigen Person. Sie wird in den hier präsentierten Ergebnissen aus den Angehörigeninterviews lediglich vereinzelt angedeutet. Hier könnte beispielsweise der Frage der Selbstbestimmung nachgegangen werden. Diese wird teilweise kritisch diskutiert, wenn in der Form einer Live-in-Care-Migrantin permanent jemand im Haushalt präsent ist. Die Perspektive der pflege- und hilfebedürftigen Person könnte auch im Rahmen der Evaluation des Assistenzbeitrags erhoben werden, denn es ist naheliegend (und aufgrund einer kurzen Durchsicht von Stelleninseraten bei www.fassis.net auch ersichtlich), dass mit dem auf CHF 32.80 begrenzten Stundenlohn Care-Migrantinnen als Assistenzpersonen gesucht werden oder sie sich als Stellensuchende präsentieren. So generierte Erkenntnisse sollten sinnvollerweise ergänzt und kontrastiert werden mit Forschungen, welche Betreuungsarrangements aus der Perspektive von älteren Personen beleuchten.
- Aufgrund der herausragenden Bedeutung der Kommunikation aus Sicht der Angehörigen wäre der Frage nachzugehen, wie die Sprachkompetenz und damit einhergehend der Informationsaustausch zwischen der Care-Migrantin und den Personen im Privathaushalt funktioniert bzw. ob sich ein kooperatives Arbeitsklima entwickeln lässt, das über längere Zeit stabilisierende Wirkung auf den Gesundheitszustand der hilfe- und pflegebedürftigen Person hat. Durch den zeitintensiven Kontakt zwischen den Akteuren besteht hier erhebliches Interesse, vertiefte Erkenntnisse zur Kommunikationskompetenz zu gewinnen und letztlich Verbesserungen anzustossen.
- Schliesslich ist zu prüfen, welche Alternativen zum 1:1-Betreuungsverhältnis bzw. welche zukunftssträchtigen Versorgungsformen sich entwickeln lassen. Zumindest bei den reinen Vermittlungstätigkeiten der Agenturen ist die Care-Migrantin im Haushalt gänzlich sich selber überlassen, was weder für die Betreuenden noch die Betreuten vorteilhaft ist.

Literatur

- Alleva, V. & Moretto, M. (2009). Angestellte in schweizerischen Privathaushalten: Normalarbeitsverträge statt prekäre Arbeitsverhältnisse. In Denknetz / Réseau de Réflexion (Hg.), *Krise – global, lokal, fundamental. Analysen und Impulse zur Politik = La crise globale, locale, fondamentale* (S.164–170). Zürich: Edition 8.
- Anderson, B. (2006). *Doing the Dirty Work? Migrantinnen und die Globalisierung der Hausarbeit*. Berlin; Hamburg: Assoziation A.
- Bachinger, A. (2009). *Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt: Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege*. Dissertation, Universität Wien, Wien.
- Baumgartner, E., Wacker, E., Castelli, F., Klemenz, R., Oberholzer, D., Schäfers, M. & Wansing, G. (2007). Pilotversuch Assistenzbudget: Assistenzmodelle im internationalen Vergleich: Leistungen und Massnahmen zur Unterstützung selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebens in ausgewählten Ländern (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht No. 11/07). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Beck-Gernsheim, E. (2009). «Und für Opa sorgt ne Frau aus Osteuropa»: Die stille Globalisierung der Familienarbeit. In H. König (Hg.), *Die Zukunft der Arbeit in Europa. Chancen und Risiken neuer Beschäftigungsverhältnisse* (S. 91–100). Bielefeld: transcript.
- Benevol St. Gallen. Zeitbörse: <http://www.zeitboerse.ch/dnn/> Zugriff 11.05.2013.
- Bischofberger, I. (2009). Pflege von Angehörigen besser mit Beruf vereinbaren: Lohnkompensation. *Krankn-pflege – Soins infirmiers*, 102 (10), 23–25.
- Bischofberger, I. (2011a). Rücksicht nehmen auf pflegende Angehörige: Eine moderne Familienpolitik umfasst auch Familien und Paare mit pflegebedürftigen Personen. *Care Management*, 4 (6), 6–9.
- Bischofberger, I. (2011b). Angehörige als wandelnde Patientenakte: Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen. *Care Management*, 4 (5), 27–29.
- Bischofberger, I., Lademann, J. & Radvanszky, A. (2009). *work & care - Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren – Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege*. Pflege, 22, 277–286.
- Bischofberger, I., Radvanszky, A., van Holten, K. & Jähnke, A. (2013). Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis. Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternierenden Gesellschaft* (S. 162–184). Zürich: Seismo.
- Bodenheimer, T. & Berry-Millet, R. (2009). *Care Management of Patients with Complex Health Care Needs. Research Synthesis Report: Vol. 19*. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Brown, R., Carlson, B. L., Dale, S., Foster, L., Phillips, B. & Schore, J. (2007). *Cash and Counseling: Improving the Lives of Medicaid Beneficiaries Who Need Personal Care or Home- and Community-Based Services. Final Report*. Princeton, NJ: Mathematica Research Inc.
- Buchinger, E. (2008). Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift*, (8–9), 10–14.
- Bundesamt für Gesundheit (2009). *Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (2012). *Gesundheitsstatistik 2012*. Neuchâtel: BFS. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027>. Zugriff 26.12.2012.

- Bundesamt für Statistik (2012, 6. Juli). Persönliche Kommunikation mit Jacqueline Schön-Bühlmann. Neuchâtel: BFS.
- Bundesregierung Deutschland (2012). Arbeitsmarkt. Höhere Verdienstgrenzen für Minijobber. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/10/2012-10-25-verdienstgrenze-mini-jobber.html>. Zugriff 17.12.2012.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2010). Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Stand 1.1.2013. <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/201301010000/831.20.pdf>, Zugriff 5.1.2013
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2012). Ratifizierung der ILO-Konvention zum Schutz von Hausangestellten.
- Bundesverwaltung Schweiz (2013). Arbeitnehmende in die Schweiz entsenden. http://www.entsendung.admin.ch/cms/content/willkommen_de. Zugriff 5.1.2013.
- Bura, J., Oberfell, A. & Petersen, U. (2010). Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben: Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Projekte in Schleswig-Holstein. Kiel: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein.
- Case Management Society of America (2010). Standards of Practice for Case Management. Little Rock, AR: CMSA.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD.
- Despland, B. & Ballmoos, C. von (2010). Vergütung der Pflegeleistungen von Familienmitgliedern durch die Krankenversicherung. Soziale Sicherheit CHSS, (6), 352–354.
- Deutscher Evangelischer Verband der Altenarbeit und Pflege DEVAP (2007). Schwarzarbeit in Pflege und Betreuung. Probleme illegaler Beschäftigung in Privathaushalten mit Pflegebedürftigen: Diskussionspapier. http://www.devap.de/uploads/media/impulse_schwarzarbeit_in_pflege_und_betreuung07-03-30.pdf. Zugriff 27.12.2012.
- Döhner, H., Lüdecke, D. & Eickhoff, V. (2008). Migrant Workers in Home Care for Older People in Germany: The Use and Problems of Legal and Irregular Care. *Gerobilim*, (1), 2–13.
- Dubach, P., Guggisberg, J. & Oesch, T. (2007). Subjektorientierte Leistungen für ein integriertes Leben Behinderter: Ergänzungen und Inkompatibilitäten mit dem Pilotversuch Assistenzbudget (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht No. 10/07). Bern: Büro BASS im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen.
- Egger, T. (2007). Spitem – Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse: Eine Literaturübersicht. Bern: Büro Bass.
- Eidgenössisches Departement des Innern (2012). Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Umschreibung des Leistungsbereichs (Art. 7), 832.112.31 <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.112.31.de.pdf>, Zugriff 11.11.2012.
- Ekert, S. (2011a). The French Strategy: The Borloo-Plan as the French Success Story. In Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (Hg.). *Creating Formal Employment Relationships in the Domestic Services Sector: Successful Strategies. Insights from the Project «Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly»* (S. 11–15). Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Ekert, S. (2011b). Der französische Ansatz zur Förderung legaler Beschäftigungsverhältnisse in Haushalten (Älterer). Frankfurt a./M.: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- EUROFAMCARE (Hg.) (2005). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der EUROFAMCARE- Sechsländer-Studie.
- Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (2012a). Arbeitsmarkt Privathaushalt. Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich: http://www.stadt-zuerich.ch/content/prd/de/index/gleichstellung/haushaltshilfe_im_alter/arbeitsmarkt_privathaushalt.html. Zugriff 20.11.2012.
- Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (2012b). Ratgeber. Haushaltshilfe beschäftigen – das müssen Sie wissen. Zürich: Städtisches Präsidialdepartement.

- Flückiger, Y. & Pasche, C. (2005). Analyse du secteur clandestin de l'économie domestique à Genève. Genève: Observatoire universitaire de l'emploi. http://sanspapier.vs89.snowflakehosting.ch/fileadmin/redaktion/Hintergrund/1FRStudie_Hauswirtschaft_Genf_2004.pdf. Zugriff 17.11.2012.
- Frampton, S., Gil, H., Guastello, S., Kinsey, J., Boudreau-Scott, D., Lepore, M., et al. (2010). Long-term Care Improvement Guide. Derby/CT & Camden/ME: Planetree/Picker Institute.
- Frick, A. (2010). Quantitative Bedeutung der «Sans Papiers» für die externe Hausarbeit in Privathaushalten im Kanton Zürich: Studie im Auftrag der Sans Papiers Anlaufstelle Zürich (SPAZ) und des Denketzes Schweiz (KOF Studien No. 16). Zürich.
- Genossenschaft Zukunftswohnen. Informationsseite. <http://www.zukunftswohnen.ch/>. Zugriff: 4.01.2013.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1974). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Observations. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Greuter, S. & Schilliger, S. (2009). «Ein Engel aus Polen»: Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In Denketz / Réseau de Réflexion (Hg.), Krise – global, lokal, fundamental. Analysen und Impulse zur Politik = La crise globale, locale, fondamentale (S. 151–163). Zürich: Edition 8.
- Haidinger, B. (2011). Aktuelle Entwicklungen im europäischen Raum und die Kontroversen um das österreichische Regulierungskonzept: Referat an der Tagung «Arbeitsmarkt Privathaushalt – Betagtenbetreuung durch Migrantinnen» vom 11.11.2011 im Volkshaus in Zürich.
- Hochschild, A. R. (2000). Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In A. Giddens & W. Hutton (Hg.), On the edge. Living with Global Capitalism (S. 130–146). London: Jonathan Cape.
- Hochuli, M. (2013). Care-Migration braucht faire Rahmenbedingungen. Die Positionierung der Caritas zum Verhältnis von Pendelmigration und Altenbetreuung in der Schweiz. Caritas-Positionspapier, April 2013. http://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Positionspapiere/PP_Care_Migration_D_Inter-net.pdf. Zugriff 3.5.2013
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter: Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Huber, J. (2006). Globalisierte Arbeitswelt Privathaushalt: Eine Untersuchung der Arbeitsverhältnisse von Hausangestellten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Lizentiatsarbeit. Bern: Universität Bern. http://www.sosf.ch/cms/upload/pdf/Lizarbeit_SP.pdf. Zugriff 17.12.2013.
- Informationsstelle AHV/IV (2012). Betreuungsgutschriften. Bern: BSV (www.ahv-iv.info, Zugriff 4.1.2013)
- International Labour Conference ILO (2011). Text of the Convention Concerning Decent Work for Domestic Workers. Provisional Record – Compte rendu provisoire 15A. www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/provisional-records/WCMS_157836. Zugriff 17.12.2012.
- Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). Ageing Workforce in an Ageing Society: Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? (careum working paper No. 1). Neuchâtel/Zürich: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan/Careum.
- Jähnke, A., van Holten, K. & Bischofberger, I. (2012). Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-Migrantinnen: Schlussbericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Arbeitsmarkt Privathaushalt» der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Zürich: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich.
- Jaun, E. & Alleva, V. (2007). Factsheet Hausangestellte in der Schweiz. Pressemitteilung, 13.12.2007. Unia Zentralsekretariat. UNIA Zentralsekretariat.: Pressekonferenz der Gewerkschaft Unia, http://www.unia.ch/uploads/media/Faktenblatt_NAV.pdf. Zugriff 27.12.2012
- Kaeser, M. & Storni, M. (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/2009). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Karakayali, J. (2009). Transnational Haushalten: Biographische Interviews mit Care Workers aus Osteuropa. Dissertation, Universität Frankfurt a. Main, Wiesbaden.

- Karakayali, J. (2010). Die Regeln des Irregulären – Häusliche Pflege in Zeiten der Globalisierung. In K. Scheiwe & J. Krawietz (Hg.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis* (S. 151–169). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kesselring, A., Krulik, T., Bichsel, M., Minder, C., Beck, J.C. & Stuck, A.E. (2001). Emotional and Physical Demands on Caregivers in Home Care to the Elderly in Switzerland and Their Relationship to Nursing Home Admission. *European Journal of Public Health*, 11 (3), 267–73.
- Kitwood, T.M. (1997). *Dementia Care Reconsidered: The Person Comes First*. London: Open University Press.
- Knapp, G.-A. & Wetterer, A. (Hg.) (2003). *Achsen der Differenz: Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Koch-Straube, U. (1997). Fremde Welt Pflegeheim: Berichte aus einer ethnologischen Studie. *Pflege*, 2 (1), 7–10.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (2012). *Erläuternder Bericht zur Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen*. Bern. <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/berichte/berichte-legislativkommissionen/kommission-fuer-soziale-sicherheit-und-gesundheit-sgk/Documents/bericht-sgk-n-umsetzung-pflegefinanzierung-2012-08-13-d.pdf>, Zugriff 29.12.2012.
- Koren, M. J. (2010). Person-Centered Care for Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29 (2), 312–317.
- Laâmir-Bozzini, M. (2012a). Der Assistenzbeitrag. *Pflegerecht und Pflegewissenschaft*, 1 (4), 219–222.
- Laâmir-Bozzini, M. (2012b). Der Assistenzbeitrag: Eine neue Leistung der Invalidenversicherung. Plenarreferat, 3. St. Galler Pflegerechtstagung, 30. August, Grand Casino, Luzern.
- Larsen, C. & Joost, A. (2008). Häusliche Betreuung und Pflege zwischen Qualitätsanspruch und Kosten. Europäische Lösungsansätze im Vergleich: Internationale Konferenz vom 20. und 21. Oktober 2008 an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Zusammenfassung erstellt durch das IWAK. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Larsen, C., Rand, S., Ekert, S., Richter, V., Schmid, T., Simonazzi, A. et al. (2011). *Creating Formal Employment Relationships in the Domestic Services Sector: Successful Strategies: Insights from the Project «Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly»*. supported by DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Latzel, G. & Andermatt, C. (2008). Vergütung von Hilfe, Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen. *Soziale Sicherheit CHSS*, (5), 284–288.
- Leu, A. & Bischofberger, I. (2012). Pflegende Angehörige als Angestellte in der Spitex: Eine Annäherung aus rechtlicher, qualifikatorischer und konzeptioneller Perspektive. *Pflegerecht und Pflegewissenschaft*, 1 (4), 210–218.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A. & Gould, D. A. (2010). Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-term Care. *Health Affairs*, 29 (1), 116–124.
- Lieberherr, R., Marquis, J.-F., Storni, M. & Wiedenmayer, G. (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007: Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Lum, T. Y., Kane, R. A., Cutler, L. J. & Yu, T.-C. (2008). Effects of Green House Nursing Homes on Residents' Families. *Health Care Financing Review*, 30 (2), 35–51.
- Lutz, H. (2005). Der Privathaushalt als Weltmarkt für weibliche Arbeitskräfte. *PERIPHERIE* (97/98) 25. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, 65–87.
- Lutz, H. (2007). Intime Fremde – Migrantinnen als Haushaltsarbeiterinnen in Westeuropa. *L'Homme - Europäische Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft*, 18 (1), 61–77.
- Lutz, H. (2008). *Vom Weltmarkt in den Privathaushalt: Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung*. Opladen; Farmington Hills: Budrich.
- Lutz, H. (2011). *The New Maids: Transnational Women and the Care Economy*. London; New York: Palgrave Macmillan.
- Lutz, H. & Palenga-Möllenberg, E. (2011). Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand: Eine Fallstudie der transnationalen Care-Arrangements polnischer und ukrainischer Migrantinnen. *Gender*, (1), 9–27.

- Martin, M., Moor, C. & Sutter, C. (2010). Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz: Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Beiträge zur Sozialen Sicherheit No. 11/10). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Mayring, P. (2002). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Stuttgart: UTB Beltz.
- Medici, G. (2011). Hauswirtschaft und Betreuung im Privathaushalt: Rechtliche Rahmenbedingungen. Juristisches Dossier. Zürich: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich.
- Medici, G. & Schilliger, S. (2012). Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen. Soziale Sicherheit CHSS, (1), 17–21.
- Mestheneos, E. & Triantafyllou, J. (2005). Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background Report. Münster: LIT Verlag.
- Metz-Göckel, S. (2010). Arbeitspendeln und Lebensarbeit. In S. Metz-Göckel, S. Müntz & D. Kalwa (Hg.). Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik (S. 27–59). Opladen: Budrich.
- Metz-Göckel, S., Morokvasić, M. & Müntz, A. S. (2008). Migration and Mobility in an Enlarged Europe: A Gender Perspective. Opladen; Farmington Hills: Budrich.
- Metz-Göckel, S., Müntz, S. & Kalwa, D. (Hg.) (2010). Migration als Ressource: Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik. Opladen: Budrich.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hg.). Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S. 35–60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2010). Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben: Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Projekte in Schleswig-Holstein. Kiel.
- Mittnacht, B. (2010). Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements – Entwicklungstrends und Perspektiven. Lage: Jacobs Verlag.
- Motion Rytz, R. vom 29.09.2012 und die Stellungnahme des Bundes vom 14.11.2012. http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20123928. Zugriff 14.5.2013.
- Motion Schneeberger, D. vom 14.12.2012 und die Stellungnahme des Bundes vom 20.02.2013, http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20124272. Zugriff 14.5.2013.
- Nemeth, C. & Pochobradsky, E. (2004). Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung: Projekt 2003. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Neue Züricher Zeitung, Altenpflege in Formation. Mit Verband gegen Missbräuche (8.11.2012), <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/mit-verband-gegen-missbraeuche-1.17772830>. Zugriff 17.12.2012.
- Neuhaus, A., Isfort, M. & Weidner, F. (2009). Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung). Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. www.dip.de. Zugriff 21.12.2012.
- Obsan (2012a). Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011 (Obsan Bulletin No. 3). Neuchâtel.
- Obsan (2012b). Gesundheitsindikatoren des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Neuchâtel: Obsan <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01.html>. Zugriff 5.1.2013.
- OECD (2011). Review of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: OECD.
- Pape, K. (2009). Menschenwürdige Arbeit im Haushalt: Die Agenden der IAO und der organisierten Hausangestellten. In Denknetz / Réseau de Réflexion (Hg.), Krise – global, lokal, fundamental. Analysen und Impulse zur Politik = La crise globale, locale, fondamentale (S. 146–150). Zürich: Edition 8.
- Pape, K. (2010). Internationale Ansätze zur Regularisierung von Hausarbeit: am Beispiel von Belgien, Frankreich, der Schweiz und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Beitrag zum Fachtag «Irreguläre Arbeit in Privathaushalten und ihre Alternativen», 4.2.2010, Bremen.

- Pärli, K. (2012). Rechtsfragen der Beschäftigung ausländischen Pflegepersonals. *Pflegerecht und Pflegewissenschaft*, 1 (2), 91–100.
- Peikes, D., Chen, A., Schore, J. & Brown, R. (2009). Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized Trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301 (6), 603–618.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Hutchison, S. (2011). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine: Executive Summary*. Age Care Suisse Latine. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), 250–267.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Rand, S. (2011). Long Tradition of Informal Employment in Private Homes. In C. Larsen & S. Rand (Hg.). *Creating Formal Employment Relationships in the Domestic Services Sector: Successful Strategies. Insights from the Project «Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly»*. supported by DG Employment, Social Affairs and Inclusion (S. 16–18). Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Rand, S., Larsen, C., Ekert, S. & Frank, W. (2012). Funktionalität von Subventions- und Förderinstrumenten zur Versorgungssicherung von Personen in Privathaushalten: IWAK Forschungsberichte 2. Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Regierungsrat Kanton Aargau (2010). 831.315 – Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten bei den Ergänzungsleistungen: ELKV-AG.
- Reichert, M. & Naegele, G. (Hg.) (1998). *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Nationale und internationale Perspektiven*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Reinhard, S. C., Kassner, E., Houser, A. & Mollica, R. L. (2011). *Raising Expectations. A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities and Family Caregivers*. Hg. v. AARP Public Policy Institute. Washington, D.C.
- Reinhard, S. C., Levine, C. & Samis, S. (2012). *Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care*. Washington, D.C.
- Richter, V. (2010). Das französische Modell. In Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit ÖKSA (Hg.). *Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft. Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010 vom 24./25. November 2010 in Innsbruck, Tirol* (S. 134–141). Wien: Info-Media.
- Rudda, J. & Marschitz, W. (2007). Reform der Pflegevorsorge in Österreich II. http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB127501_Rudda_Pflege-Artikel.pdf. Zugriff 30.10.2010.
- Rüesch, P., Burla, L., Schaffert, R. & Mylaeus, M. (2009). *Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Spitex) in der Schweiz*. Zürich: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP.
- Rupp, B. & Schmid, T. (2008). Die Förderung nach § 21b BPGG: Erste Ergebnisse einer Evaluierung. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Scheiwe, K. & Krawietz, J. (2010a). Transnationale Sorgearbeit, ihre Regulierung und die Praxis der Akteure – eine Einleitung. In K. Scheiwe & J. Krawietz (Hg.). *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis* (S. 7–26). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheiwe, K. & Krawietz, J. (Hg.) (2010b). *Transnationale Sorgearbeit: Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis* (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schilliger, S. (2012). «Polinnen sind günstig und fürsorglich»: Ethnische und geschlechtliche Segregation des Arbeitsmarktes für 24h-Betreuung. *Tangram – Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus*, 29 (6), 68–70.
- Schilliger, S. (2013). Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In *Schweizerisches Rotes*

- Kreuz (SRK) (Hg.). Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis. Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. (S. 142–161). Bern: Seismo.
- Schilliger, S. & Stingelin, S. (2012). Yes we care. Care-Arrangements in Privathaushalten in Basel-Stadt. Geschichten aus dem Familienalltag: Brennpunkte aus gleichstellungspolitischer Perspektive. Basel.
- Schmid, T. (2010). Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung? In K. Scheiwe & J. Krawietz (Hg.), Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis (S. 171–198). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.) (2009). Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel: SAMW.
- Schweizer Radio und Fernsehen SRF, Rundschau vom 29.06.2011. Billige Polinnen. <http://www.videoportal.sf.tv/video?id=2c86ba50-7ebf-49d7-8124-09d15b88b46e>. Zugriff: 15.7.2011.
- Schweizer Radio und Fernsehen SRF, 10vor10 vom 01.05.2013. Sieben Tage Arbeit fünf Tage Lohn. <http://www.srf.ch/news/schweiz/sieben-tage-arbeit-fuenf-tage-lohn>. Zugriff 2.5.2013.
- Spitex Verband Schweiz (2008). Spitex-Strategie 2015. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Studer, C., Heimman, H.-G. & Karamanoglu, N. (2007). Sektoranalyse Externe Haushaltsarbeit im Kanton Basel-Stadt. Basel: Interprofessionelle Gewerkschaft der ArbeiterInnen (IGA). http://www.sans-papiers.ch/site/uploads/media/Sektoranalyse_externe_Hausarbeit_2007_05.pdf. Zugriff 10.11.2011.
- Stutz, H. & Knupfer, C. (2012). Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern: Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Tarricone, R. & Tsouros, A. D. (Hg.) (2008). Home Care in Europe: The Solid Facts. Kopenhagen: World Health Organization Europe.
- Truong, J. (2011). Arbeit, Arbeitsidentität, Arbeitsplatz: Die neuen Wanderarbeiterinnen in der Sorgewirtschaft. Masterarbeit, Universität Zürich, Zürich.
- Truong, J., Schwiter, K. & Berndt, C. (2012). Arbeitsmarkt Privathaushalt. Charakteristika der Unternehmen, deren Beschäftigungsstruktur und Arbeitsbedingungen: Eine Studie im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, Zürich.
- van Holten, K. (2011). Ein zweischneidiges Schwert: Care-Migrantinnen als optimale Lösung für den wachsenden Versorgungsbedarf?, *Care Management*, 4(6), 20–23.
- Vilpert, S. (2012). Médecins de premier recours – Situation en Suisse et comparaison internationale: Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier No. 22). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Vladeck, F., Segel, R., Oberlink, M., Gursen, M.D. & Rudin, D. (2010). Health Indicators: A Proactive and Systematic Approach to Healthy Aging. *Cityscape: A Journal of Policy Development and Research*, 12 (2), 67–84.
- Vuilleumier, M., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2007). Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse: Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030 (Statistique de la Suisse). Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.
- Wächter, M. & Künzi, K. (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Bern: Büro Bass.
- Weiss Zbinden, K. (2011). Spitex-Statistik 2010 (BFS Aktuell). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Wenger, S. (2010). «Care-Arbeit wird inzwischen auf dem globalisierten Markt gehandelt»: Warum die Frau aus Polen im Schweizer Privathaushalt den betagten Vater pflegt. *Curaviva*, (5), 12–14.
- World Health Organization (2010). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly – WHA63.16, May 2010. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf, Zugriff 14.5.2013.
- Zumbrunn, A. & Bayer-Oglesby, L. (2010). Pflege durch Angehörige. In G. Kocher & W. Oggier (Hg.), Gesundheitssystem und Bevölkerung. Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht (4th ed., S. 275–280). Bern: Hans Huber.

Anhang

A.1 Leitfaden Angehörigeninterview

1. Vor dem Gespräch

- Begrüssung, Vorstellen
- Anknüpfen an Telefongespräch: Ziel und Art des Gesprächs (offenes Interview, Zuhörerrolle)
- Allfällige Fragen klären (Informationen zum Studienhintergrund, Interviewdauer)
- Einverständniserklärung unterschreiben (Aufnahme, Datenschutz, Schweigepflicht etc.)
- Visitenkarte abgeben
- Über Fragenbogen nach dem Interview informieren (ca. 20min.)

2. Gesprächsthemen

Einstieg

Ich interessiere mich für Situationen, in denen Care-Migrant/innen für die Betreuung und Pflege eines kranken oder betagten Angehörigen angestellt wurden. Können Sie mir Ihre Situation schildern?

Pflegesituation im Privathaushalt

- Bestehender Pflege- und Betreuungsbedarf?
- Krankheit? Symptome? ...
- Entwicklungen / Veränderungen im Versorgungsarrangement?
 - Involvierte Personen? Seit wann? Bis wann?
 - Involvierte Dienstleister? Seit wann? Bis wann?

Arrangement mit Care-Migrant/in

Prozess/Vorgehen

- Gründe für das Engagement? Weshalb? Was hat dazu geführt?
- Wie sind Sie auf die Idee gekommen, eine Care-Migrant/in einzustellen?

- Was musste alles geklärt / geregelt werden bis zur definitiven Anstellung? Wie verlief dieser Prozess für Sie?
- Wie haben Sie gesucht? Wo? Mit wem?
Nach welchen Kriterien?
- Wie verlief die Vermittlung? (v.a. bei Suche via Agenturen)

Anforderungsprofil/Erwartungen an Care-Migrant/in

- Nach welchen Kriterien haben Sie die CM ausgewählt?
- Welche Kriterien musste/n die CM zwingend erfüllen? Welche waren erwünscht? Weshalb?
- Was war Ihnen weniger wichtig? Weshalb?

Arbeitsbereich/Arbeitsteilung

- Wie sieht ein üblicher Arbeitstag der CM aus? Tagesablauf?
- Wofür ist die CM zuständig? Was gehört zu ihrem Arbeitsbereich? Was explizit nicht?
- Wer übernimmt die anfallenden Pflegearbeiten?
- Wie und von wem wird/wurde die Care-Migrantin in ihre Arbeit eingeführt?
- Wie und vom werden Zuständigkeitsbereiche und Aufgaben geregelt?
- Wer ist sonst noch in die Situation involviert? Mit welchen Aufgaben?
- Wie lief die Kommunikation?
 - Zwischen Ihnen und den CM?
 - Zwischen CM und Patient/in?
 - Zwischen CM und anderen Dienstleistern?
 - Falls mehrere CM: Zwischen CMs?

Erfahrungen mit dem Arrangement

- Wie erleben Sie die Situation? Wie haben Sie die Situation erlebt?
- Entspricht/entsprach es Ihren Erwartungen?
- Wie zufrieden sind/waren Sie? Die pflegebedürftige Person? Die/der Care-Migrant/in?
- Was läuft/lief gut? Was weniger?
- Wo sehen Sie spezifische Herausforderungen? An Sie? Die betreute Person? Andere?

- Was würden Sie gern ändern/anders machen?
- Was würden Sie anderen Personen mit Interesse an einem solchen Arrangement empfehlen?
 - Worauf sollte geachtet werden?
 - Was ist besonders wichtig?
 - Wo liegen Stolpersteine?

Soziale Aspekte

- Wie wohnen die CM in der Schweiz?
- Was wissen Sie vom Leben der CM im Herkunftsland?
- Welche Möglichkeiten zur Kommunikation mit «zu Hause» bestehen für die CM während ihres Aufenthaltes in der Schweiz?
- Haben Sie (noch) «privaten» Kontakt zur CM? (d.h. gab es so was wie Ausflüge o.ä.)
- Wie pendeln die CM?

Formale Aspekte

- Wie viele Care-Migrant/innen sind involviert? Falls mehrere: in welchem Turnus? Andere Organisationsform?
- Brauchte es spezielle Bewilligungen (Arbeitsbewilligung/Aufenthaltsbewilligung)?
 - falls ja: wer hat die beantragt? Wie?
- Wer übernimmt die Reisekosten der CM? Wie hoch sind diese jeweils?
- Gibt es einen Arbeitsvertrag?
 - Falls ja: Wer hat diesen erstellt?
 - Falls Angehörige selber: woran haben Sie sich orientiert? Haben Sie sich beraten lassen? Wo? Von wem?
 - Was beinhaltet der Vertrag?
- Welche Regelungen bestehen bezüglich:
 - Arbeits- & Freizeit
 - Bereitschaftsdienst in der Nacht
 - Ferien
 - Kündigungsfrist
 - Sozialleistungen (Kranken-, Unfallversicherung, Mutterschaft, Altersvorsorge, ...)

- Kost & Logis

- Brauchte es vertragliche Anpassungen im Verlauf der Anstellung?
- Wer ist offizieller Arbeitgeber der CM?
 - Die Agentur?
 - Sie?
 - Wie ist es für Sie, Arbeitgeberin zu sein? Haben Sie dazu allenfalls Erfahrung oder ist es ganz neu?
- Andere?

Fragen zur Vermittlungsagentur (falls via Agentur angestellt)

- Was wissen Sie über die Agentur?
- Welchen Eindruck haben Sie von der Qualität der Agentur? Weshalb?

Schluss

- Haben wir etwas vergessen? Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie erzählen möchten?
- Was hat Sie zu diesem Gespräch motiviert?
- Haben Sie noch Fragen?

Besten Dank für das Gespräch!

3. Nach dem Gespräch

- Fragebogen ausfüllen
- Evt. Rekrutierung (Suche nach weiteren Interviewpartner/innen)

A.2 Informationsschreiben für die Angehörigeninterviews (Deutsche Version)

careum

Gesucht: Angehörige für ein Interview im Projekt «Care Migration – Globalisierung im Privathaushalt»

Haben Sie für die Betreuung Ihres pflegebedürftigen Angehörigen eine Person aus dem Ausland engagiert und sind Sie bereit, uns davon zu erzählen?

Das Projekt «Care Migration – Globalisierung im Privathaushalt» sucht Antworten auf Fragen zu den Hintergründen von Versorgungsarrangements mit ausländischem Personal in Privathaushalten.

Deshalb würden wir gerne im Rahmen eines Interviews von Ihnen erfahren, aus welchen Gründen Sie eine ausländische Hilfe für die Betreuung und Versorgung Ihrer/Ihres pflegebedürftigen Angehörigen angestellt haben. Auch interessiert uns, wie die Situation organisiert ist, und wie Sie diese erleben. Wir sind an Ihrer konkreten Situation, an Ihren Erfahrungen und Ansichten hinsichtlich der Organisation und Sicherstellung einer zufriedenstellenden häuslichen Versorgungssituation interessiert.

Mit Ihrer Teilnahme am Gespräch tragen Sie wesentlich dazu bei, neue Entwicklungen in der häuslichen Versorgung in der Schweiz aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sichtbar zu machen. Zusätzlich ermöglicht es Ihnen, Ihre Anliegen und Motive hinsichtlich der Anstellung ausländischen Betreuungspersonals im Privathaushalt ausführlich darzulegen.

Worum geht es im Forschungsprojekt?

Angehörige von Pflegebedürftigen übernehmen in der Schweiz eine bedeutende Rolle in der häuslichen Pflege und Betreuung. Ihre Lösungsstrategien zur Realisierung einer stabilen, langfristig finanzierbaren und qualitativ guten häuslichen Pflege und Betreuung sind von grosser Bedeutung für das Versorgungssystem als Ganzes. Das in der Schweiz praktizierte familiäre Versorgungsmodell bei Krankheit und Behinderung stösst aber finanziell, personell und strukturell an Grenzen.

Zunehmend werden deshalb für die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zu Hause sogenannte Care Migrant/innen engagiert. Dies sind in der Mehrzahl Frauen, die gezielt für die Betreuungs- und Versorgungsarbeit in Privathaushalten in die Schweiz kommen. Sie werden über Agenturen oder über persönliche Netzwerke vermittelt und kommen mehrheitlich aus Ostdeutschland, Polen oder anderen osteuropäischen Ländern. Oftmals leben sie im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person. Einzelne sind als Jahresaufenthalter/innen in der Schweiz. Die meisten sind jedoch Pendelmigrant/innen, die einige Wochen oder Monate hier arbeiten und zwischendurch in ihr Herkunftsland zurückkehren.

Eine Forschungs Kooperation zwischen Careum F+E und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) untersucht diese neuen Versorgungsarrangements im häuslichen Bereich. Mit dem Ziel, dieses Phänomen aus der Nachfrageperspektive zu erschliessen, werden Interviews mit Personen durchgeführt, die für die Betreuung einer/s pflegebedürftigen Angehörigen eine Care-Migrant/in engagiert haben.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie im Factsheet «Globalisierung im Privathaushalt» oder unter www.careum.ch/care-migration.

Careum F+E
Forschungsinstitut für innovative Pflegeformen und nutzerorientierte
Versorgungsansätze, Kalaidos Fachhochschule Departement Gesundheit.
Pestalozzistrasse 3, CH-8032 Zürich
T +41 43 222 50 50, F +41 43 222 50 55, f-und-e@careum.ch, www.careum.ch

 **Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**
Die Hochschule für Berufstätige

Globalisierung im Privathaushalt: Anfrage für ein Angehörigeninterview

Grundsätzliches zum Datenschutz

Alle Angaben, die Sie erkennbar machen könnten, werden bei der Abschrift der Aufzeichnung des Interviews vertraulich behandelt und so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind.

Das Forschungsteam steht unter Schweigepflicht.

Was geschieht bei der Teilnahme am Gespräch?

Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen Ihnen und der Projektleiterin Karin van Holten statt. Sie werden vor Beginn des Gesprächs gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Am Schluss werden Sie um einige sozio-biographische Angaben gebeten (z.B. Wohnort, Alter etc.).

Alter: Die befragte Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.

Dauer/Ort: Das Gespräch dauert erfahrungsgemäss ca. eine Stunde. Es findet bei Ihnen zuhause oder an einem anderen von Ihnen gewünschten Ort statt. Der Raum sollte ruhig sein, damit das Gespräch aufgenommen werden kann.

Sprache: Das Gespräch kann auf Schweizerdeutsch, Hochdeutsch oder Französisch geführt werden.

Gesprächsaufnahme: Damit das Gespräch verschriftlicht werden kann, wird es aufgenommen. Ihr Name erscheint weder in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen.

Welches sind Ihre Rechte?

Die Teilnahme ist freiwillig.

Das Ziel des Kooperationsprojektes wird dargelegt. Ihre Fragen werden vor Beginn des Gesprächs zufriedenstellend beantwortet.

Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen oder das Gespräch ohne Angabe von Gründen frühzeitig beenden. Einzelne Fragen können unbeantwortet bleiben. Ihre Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn Sie dies wünschen. Sie können jederzeit die Vernichtung der Datenaufnahmen verlangen.

Sie werden nach Abschluss des Kooperationsprojekts auf Wunsch über die Ergebnisse der Studie informiert. In diesem Fall wird eine Mail- oder Postadresse festgehalten.

Welches ist Ihr Ertrag aus dem Gespräch?

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Sichtweise und Erfahrung zum Thema Care-Migrant/innen in der häuslichen Versorgung ausführlich darzulegen. Sie tragen damit zu einer besseren Datenlage rund um dieses neue Phänomen bei.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Bitte melden Sie sich bei Interesse an einem Gespräch oder für weitere Informationen bei:

Karin van Holten, lic. phil. (Projektleitung)

043 222 50 61

karin.vanholten@careum.ch

Careum F+E

Pestalozzistrasse 3

CH-8032 Zürich

www.careum.ch/care-migration

A.3: Kodierleitfaden Angehörigeninterviews: Strukturierende Inhaltsanalyse

A. Inanspruchnahme/Motiv:

Warum nehmen Pflegebedürftige oder Angehörige von Pflegebedürftigen Dienstleistungen von Care-Migrantinnen und -migranten in Anspruch?

Code A1 Begründungen für transnationales Arrangement

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textbestandteile, die Argumentationen für das Zustandekommen des transnationalen Arrangements/Anstellungsgründe beinhalten	→ Abgrenzung mit Code «Ziel der Angehörigen» → Hier zentral: Warum fiel die Entscheidung für diese spezifische Betreuungsform mit einer CM im Haushalt → objektive Gründe und Notwendigkeiten z.B. krankheitsbedingt	«Ich habe innerhalb aller kürzester Frist eine Versorgung für meine Mutter finden müssen.» «am Anfang hat es gar nicht viele Kriterien gegeben, sondern jetzt versorgt werden, sofort» «... tue ich jetzt meine Frau ins Pflegeheim oder lasse ich jemanden kommen, der bei uns zu Hause wohnt und mir hilft, dass wir trotzdem weiter zu Hause bleiben können, weil die Lebensqualität für einen alten Menschen ist in den eigenen vier Wänden so viel wesentlich besser, es ist so wichtig, dass sie sich wohlfühlen und in der gewohnten Umgebung sind.» «es ist eine Sicherheit einfach» «... er und meine Mutter hätten sich versprochen, dass wenn eines von ihnen krank würde, dass man so lange wie irgendwie möglich schaut, dass man zu Hause bleiben kann.» «... weil sie den ganzen Tag Leute um sich hat, die sie mögen und die sie kennen und die wissen, wenn etwas nicht stimmt.»	Wiederkehrende Topoi: – Akuter Bedarf, Krise – Unterstützungsbedarf nach Spitalaufenthalt – (24h)-Rund-um-Betreuung (Sicherheit, Nicht-Alleinsein, wird vor allem im Kontext von Demenzerkrankungen genannt) – Stabile Versorgung (alles aus einer Hand) – Zuhause bleiben können, Vertrautheit der eigenen 4 Wände, Sicherheit v.a. bei Demenz – Wunsch der/des Betreuten, in häuslicher Umgebung zu bleiben, Heimaufenthalt vermeiden – Individuelle Betreuung und persönliche Zuwendung

Code A2 Rahmenbedingungen für das Engagement einer CM

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, in denen begünstigende oder hemmende Faktoren für das Zustandekommen dieses individuellen transnationalen Arrangements als solche benannt werden (Bewertung/Einschätzung aus Perspektive der Befragten). Welche Rahmenbedingungen beeinflussen das Engagement bzw. in welchem Kontext steht das Arrangement?	→ Abgrenzung mit Code «Lücken und Beispiele» → Hier: Bewertung der Rahmenbedingungen der konkreten Situation	«Und es ist dann so gewesen, dass die Migrantin, die jetzt bei meiner Mutter lebt, vorher bei den Nachbarn gewesen ist, also irgendwie etwa 200 Meter weg, und sie hat sie gekannt.» «Schweizerinnen finden, die Lust hätten auf das, weiss ich nicht, wo man die finden würde.» «Schweizer Institute hat es da gegeben von 24-Stunden-Betreuung, einfach so einen horrenden Preis, das hätten wir gar nie zahlen können» «Wir haben einmal eine Agentur in der Schweiz angefragt, wie das wäre, wenn sie meine Mutter rund um die Uhr pflegen würden. Der ist von Zürich aus gekommen, hat alles aufgenommen und hat uns am Nachmittag eine Offerte gemacht, für 16000 Franken im Monat.» «Und dann die extrem hohen Kosten...» «... dann haben wir Spitex organisiert, und das hat nicht gut funktioniert.» «Das ist ziemlich tragisch gewesen und das ist auch doof gewesen, die haben einfach meine Mutter, die waren überhaupt nicht in der Lage meine Mutter zu versorgen und die ist nach dieser Woche in diesem Heim schlussendlich vier Wochen im Spital gelegen.» «Es ist wirklich ein Dschungel gewesen und es ist relativ aufwendig gewesen, mit Telefone machen und mit den Behörden und allem...» «Der Doktor hat immer gesagt, ja finden sie nicht gut, dass die Frau alleine zu Hause ist, ich solle sie doch in ein Heim geben.»	Wiederkehrende Topoi: – Kosten – Zuverlässigkeit und Verlässlichkeit – Bürokratische Hürden – CM ist schon bekannt – CM ist bezahlbar – Schweizer Personal zu teuer – Heimkosten sind hoch – Spitex ist zu teuer – Betreuung und Haushaltshilfe wird nicht von der Krankenkasse bezahlt – Spitex funktionierte nicht – Heim funktionierte nicht – Häusliche Versorgung ist nach Ansicht von Experten nicht möglich

Code A3 Ziel der Angehörigen		
Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele
= hierunter fallen alle Textteile, in denen die befragten Angehörigen ihre eigenen Ziele/ ihre Motivation für das Eingehen eines solchen Arrangements benennen	→ Abgrenzung zu Code «Begründungen für transnationales Arrangement» → Hier zentral: Welche Motivation (dahinterstehendes Bestreben) geben die Befragten an für diese spezifische Betreuungsform mit einer CMI im Haushalt → subjektive Absicht?	«Und dann ist man unter Druck, dann muss, dann kommt die erste Lösung, da fragen Sie nicht mehr lange, wie alt die ist, wie viel Erfahrung sie hat, aus welchem Land, nein, es muss bezahlbar sein und es muss jemand da sein, der schaut, das ist einmal das erste Kriterium...» «Ähm, dass man das Rechtliche sicher unbedingt korrekt, also im Sinn von der schweizerischen Rechtsordnung korrekt machen sollte.» «Aber im Prinzip wäre das Ziel schon, dass jetzt für die Stabilität sie eigentlich da bleibt.» «Und das ist dann für mich wirklich langsam eng geworden, von heute auf morgen jemanden haben ...» «Und das ist mir sehr wichtig, so lange sie das kann, dass sie das wirklich auch selber macht.»
		Anmerkungen
		Wiederkehrende Topoi: – Möglichst billig? – Möglichst legal? – Möglichst stabil und zuverlässig? – Heimaufenthalt vermeiden bzw. verhindern – Sich selbst entlasten vom Ausmass der Angehörigenpflege – Andere Verpflichtungen wahrnehmen – Erwerbstätigkeit erhalten – Individualität und Selbstbestimmung erhalten, Lebensqualität sicherstellen

Code A4 Relevanz zu Erwerbstätigkeit		
Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele
= hierunter fallen alle Textteile mit Bezug zur Erwerbstätigkeit der Angehörigen	→ Gilt immer, wenn die Berufstätigkeit im Text genannt wird und ein Bezug zum Pflegebedarf der Angehörigen hergestellt wird (im Sinne auch der Vereinbarkeit).	«Weil eben, ich bin dort noch voll berufstätig gewesen, mit dem Restaurant und ich konnte einfach nicht immer gleich weg von heute auf morgen.» «... und bin sehr froh, dass ich diese Lösung finden konnte. Es ginge sonst nicht, ich könnte nicht eine Dreischichtarbeit machen und die Mutter selber versorgen, unmöglich, ja.» «... jetzt haben wir halt die mobilen Ärzten angerufen, dann sind die vorbeigekommen, dann ist natürlich gleich die Frage aufgetaucht, ja sind Sie dort, nein ich arbeite noch, ich schaue, dass ich so schnell wie möglich kommen kann.»
		Anmerkungen
		Zusammenhang herstellbar mit objektiven Daten

B. Praktische Ausgestaltung:

Wie sind transnationale Care-Arrangements aus Sicht der Angehörigen strukturiert?

Code B1 AN – AG – Verhältnis

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile mit Bezug zum Zustandekommen und zur Organisation des Arbeitsverhältnisses sowie dem Selbstverständnis als Arbeitgeber/in – Arbeitnehmer/in		«... die ist dann einmal gekommen, um meine Eltern zu besuchen und um zu schauen, wie das Daheim aussieht, was denn da das Zimmer wäre und wer die Person ist, bei der es um die Betreuung ginge, also ein bisschen abschätzen, was die Situation ist, und hat dann fünf Dossiers von Leuten dort gelassen, die sich interessieren würden.» «als Frau Schwab, als sie das erste Mal Urlaub genommen hat, dann ist die Frau aus Litauen gekommen, dass ist Frau Schwab nochmals für vier Wochen gekommen, dann ist Frau Hofer gekommen und jetzt ist Frau Schwab wieder da.» «... es ist die Abmachung, dass wenn sie mit irgendwas nicht zufrieden ist, was das Arbeitsverhältnis betrifft, dass sie sich an mich wendet und nicht an meinen Vater, obwohl er eigentlich der Arbeitgeber ist, aber auch der den Vertrag unterschrieben hat, und ich sage einfach damit, ihn belastet das.» «... sie ist sich sehr bewusst, was ihre Rechte sind.» «Und ich hatte aber Hemmungen, sie zu zwingen, also zwingen, wie man als Arbeitgeber oder delegierter Arbeitgeber in dem Sinn das halt kann, da hatte ich ein bisschen Hemmungen, weil, auch das ist ein bisschen anders, auch das ist wieder komplexer, mein Chef kann mich zu etwas zwingen kraft seines Amtes, das könnte ich theoretisch vielleicht auch, aber die müssen ja zusammenleben. Und das sind so die Nuancen, die nicht völlig harmlos sind.» «... ich habe meiner Mutter auch immer wieder gesagt, es ist ein Arbeitgeberverhältnis und das kann man auch auflösen, wenn man, man muss das einfach anständig machen.»	– Ist eine Vermittlungsagentur involviert? – Rolle/Funktion der Agentur? – Erfahrungen mit der Agentur? – Worüber wird verhandelt? – Vermittlungslogik? Wer ist der Arbeitgebende? – Wer ist Ansprechpartner/in für CM? – Selbstverständnis AG / AN – Wer spricht wann mit wem? – Worüber spricht man nicht?

Code B2 Wie erfolgte die Kontaktaufnahme?

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die die Kontaktaufnahme und Kommunikation vor der Anstellung beschreiben	→ Wie entsteht der Kontakt und die Zusammenführung zwischen AG und CM?	«... es ist ganz schwierig direkt Kontakt zu Leuten zu finden» «und jetzt weiss ich nicht mehr, ob wir zuerst per E-Mail oder ob wir dann schon per Skype uns kennengelernt haben, auf jeden Fall haben wir dann abgemacht, dass sie einmal eine Woche kommt, um sich kennenzulernen»	Phänomen CM ohne Vermittlung bzw. ohne moderne Medien / Kommunikation via Internet nicht denkbar

Code B3 Formale Vereinbarungen

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die beschreiben, wie die Arrangements formal ausgestaltet sind	→ Welche Absprachen gibt es zwischen AG und AN? Welche Rechte und Pflichten der CM wurden schriftlich fixiert oder mündlich getroffen?	«Und eben die eine habe ich angemeldet, die zweite habe ich gar nicht angemeldet...» «wir übernehmen jetzt die Quellensteuern und zahlen ihr ein Teil an die Krankenkasse» «... wenn Du den Preis einmal genau wissen wolltest, kann ich Dir das sagen, aber das ist irgendwie so um die 2000 Euro im Monat gewesen» «Nein, dann habe ich eben der anderen, sie Sozialleistungen nicht, weil das EU-Netz, die machen das selber mit den Sozialleistungen, also ich habe das eher fiktiv gemacht, oder» «Für die Ferienablosungen, die wir in Zukunft haben werden, haben wir ein jetzt ein Pflichtenheft, in dem geregelt ist, auf was geschaut werden muss, was zu ihren Aufgaben gehört, weil man lernt aus den Erfahrungen, oder.» «Nur eben, sie sind ja auch eben ans Gesetz gebunden, würden wir jetzt ganz ehrlich so eine Pflegerin anmelden, dann steht innerhalb einer Wochenfrist, steht jemand vom Amt da und kontrolliert.» «der erste Monat ist eh alles illegal gewesen»	Wiederkehrende Topoi: – Arbeitserlaubnis – Aufenthaltserlaubnis – Arbeitsvertrag – Rechte – Pflichten – Verdienst – Urlaub – Lohnfortzahlung – Jahresarbeitsvertrag/Pendelmigration – Krankenversicherung – Rentenversicherung – Aufgaben/Tätigkeitsprofil/Pflichtenheft – Legalität/Illegalität

Code B4 Freizeitgestaltung

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die Freizeitaktivitäten der CM beschreiben (unabhängig von den Arbeitgebenden oder gemeinsam durchgeführt)		«... die sind also hellbegeistert, wenn sie mir da wieder erzählen, von den Ausflügen, ..., die sind begeistert, wir haben sie auch schon mitgenommen, wir sind schon mit ihnen am Abend essen gegangen, sind mit ihnen danach in die Disco und hatten den Plausch und so weiter.» «...sie hat gerne ihre fixen freien Tage und dann hat sie einen Museumsspass da von B, oder dann geht sie Leute besuchen, Landsleute, die in der Gegend wohnen, oder eben so Tagesausflüge machen, und am Abend und Freizeit verbringt sie eigentlich meistens, sie hat jetzt immer im ersten Stock, und ähm, eigentlich der erste Stock ist fast nur von ihr bewohnt, da skypst sie viel mit ihrer Familie.» «... ihr Hobby ist jetzt irgendwie mit SBB-Tageskarten durch die Schweiz zu fahren, an den freien Tagen, dann geht sie auf die Gemeinde, um die zu kaufen, die kann man günstig kaufen, jetzt heute ist sie auch wieder unterwegs.»	Wiederkehrende Topoi: – Freizeitgestaltung für CM als Teil des AG-Selbstverständnisses, Familienersatz, soziale Unterstützung – Freizeit als Erholung und Ausgleich zur anstrengenden Tätigkeit, als «kleine Flucht» der CM – Freizeit als Lernfeld mit touristischem Schwerpunkt («Land und Leute kennenlernen»)

Code B5 Kooperation der CM miteinander, Kooperation mit den Angehörigen inclusive Absprachen bzgl. der Arbeitsbereiche

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, in denen die Zusammenarbeit an internen Schnittstellen geschildert wird, d.h. entweder von CM miteinander (Ablösung, Urlaubsvertretung, etc.) oder die Kooperation mit den Angehörigen	→ Haushaltsin-tern: Wer ist wie involviert?	«Sie hat schon gemerkt als die zweite gekommen ist, dass es zurückgegangen ist, dass eigentlich etwas ausgebaut ist und die zweite macht es nicht weiter und dann geht es zurück, und dann ist sie recht enttäuscht gewesen...» «... und dann komme ich in vier Wochen wieder und fange wieder bei null an, das passt mir dann gar nicht, oder, ... das hat natürlich eine Eigendynamik entwickelt, die, wenn man das das erste Mal hört, gar nicht so recht weiss, wie man dem jetzt entgegenwirken sollte.» «... dann hat halt dort dann kein guter Übergang stattgefunden und es ist eskaliert.»	Wiederkehrende Topoi: – Absprachen erforderlich – Schichtwechsel reibungsreich – Verschiedene CM mit verschiedenen Fähigkeiten und Persönlichkeit birgt Konfliktpotential, z.B. durch unterschiedliche Einstellungen, Machtkämpfe, Eifersucht

Code B6 Aufgaben und Tätigkeitsbereiche

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, in denen spezifische Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der CM in der Praxis beschrieben werden	→ Zentral: Zuständigkeiten und Grenzen, wie ist die Abgrenzung zu internen und externen Beteiligten?	«... jetzt in dem Fall da ist ja nicht so einen anstrengende Betreuung, aber es ist einfach eine Präsenzzeit, bei der du einfach da sein musst, oder, es ist ja nicht, dass es einen Haufen Arbeit gäbe oder das Mutter so anstrengend wäre und einen Haufen Pflege brauchen würde.» «Ja, die Frau Schwab macht eben auch den Garten» «sie geht ja mit der Mama spazieren» «die Personen dürfen sich nicht in dem Sinne in ihre eigenen vier Wände zurückziehen, die sie dort im Haus haben, und die Person sich einfach selber überlassen, nur zu den Mahlzeiten erscheinen und sie wieder versorgen und dann wieder gehen, oder, das ist wichtig.» «... und sitzt dann einfach am Esstisch dabei und hilft der Mutter, also gibt der Mutter das Essen.» «... und die gehen regelmässig mit ihr auf die Toilette...» «... sie mussten sie einfach beaufsichtigen» «...am Morgen sind sie mit ihr spazieren gegangen, eine Stunde mindestens, und das Frühstück machen, das sind dann vielleicht auch wieder zwei Stunden Arbeit zu machen und Abwaschen und allem und Wäsche machen, vier Stunden, und dann wieder das Mittagessen machen, würde ich jetzt sagen wieder eine Stunde oder zwei, und dann noch einkaufen gegangen...» «... also meine Mutter hat gesagt, ja ich möchte nicht, dass meine Begleiterin alles für mich übernimmt, sonst kann ich es ja nachher nicht mehr.»	Wiederkehrende Topoi: – Präsenz – Begleitung – Haushalt – Spazieren – Gartenarbeit – Gesellschaft leisten – Häufig nicht für eigentliche Pflegeaufgaben, da kommt die Spitex

Code B7 Legitimation der AG des Arrangements

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile mit Aussagen zur Rechtfertigung der Bedingungen des Anstellungsverhältnisses (weniger Lohn als ortsüblich, mehr Arbeitszeit, weniger/keine Sozialleistungen etc.)		«Und so ist es mit diesen Pflegerinnen, die aus dem Osten hier her kommen, die bekommen einen guten Lohn für ihre Verhältnisse und gehen mit dem Geld wieder nach Hause, sind da versorgt, haben Kost und Logis und das Geld, das sie verdienen, ist dort bei ihnen sehr viel mehr wert, das sollte, dem sollte man Rechnung tragen....» «Und sind dazu bereit, ich meine, die, man zwingt sie ja nicht, sie kommen ja freiwillig. Ich meine, es ist natürlich schon, du weisst, du bist drei Monate im Ausland, du bist weg von deinen Leuten, aber du kannst drei Monat arbeiten gehen und kannst ein Jahr lang davon leben, das würde ich auch noch machen, wenn ich irgendwo so einen Job finden würde.» «Leute aus der Slowakei gibt es anscheinend massenhaft, die das, es gibt, glaube ich, mehr, die das machen möchten, als die Nachfrage da ist...» «...sie hat gesagt, das sei für sie wirklich viel Geld, das sie nach Hause tragen, ... für sie seien die 2000 Euro viel Geld und sie wollten wieder einen Monat nach Hause und hatten eigentlich, also die eine hatte eine ganze Familie ernährt mit dem Geld.» «... man musste dann immer zurückschreiben, wie es geht, ob es gut ist, so eine Art eine Rückmeldung der Chefin geben, und ich habe die dann wirklich auch von A bis Z gelobt und seit da hatten die immer Arbeit, und sie hatten mir auch gesagt, vorher ist das nicht so gewesen, dass sie eigentlich jeden Monat Arbeit haben. Und seit dass sie von meiner Mutter weg sind, hatten die immer Arbeit, also ich nehme auch an, wegen dem. Weil sie besser deutsch konnten und weil sie eine gute Rückmeldung bekommen haben.»	Wiederkehrende Topoi: – Lohnniveau mit dem bestehenden internationalen Lohngefälle erklären (für sie ist das viel Geld) – Ist es überhaupt Arbeit im eigentlichen Sinn, was die CM tun? – Kompensation der wahrgenommenen Ungerechtigkeit über andere bspw. symbolische Gaben (Reisekosten, Internet, in der Freizeit mitnehmen, ...)

Code B8 Erwartung an Qualität

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, in denen Erwartungen an die Qualität der Arbeit der CM formuliert werden	→ Welche Qualitätsanforderungen und Erwartungen stellen die Angehörigen an die Pflege und Betreuung durch die CM? → Wann ist die Qualität nicht gewährleistet? Wurde auch jemand entlassen und warum?	«Der Kernpunkt, dünkt mich, ist für das Funktionieren, ist eine gewisse sprachliche Kompetenz, das ist wie der Kern.» «Da hat eine Pflegerin eine Pflegeperson, um die sie sich wirklich kümmern kann und die machen das zum Teil sehr herzlich und gut und wenn sie es halt nicht gut machen, muss man intervenieren...» «Ich muss davon ausgehen, sie machen es richtig, wenn ich nicht daheim bin» «Die persönliche Fürsorge, einfach das Spüren, es ist jemand für mich da.» «es ist mehr Betreuung als Pflege, also eben so medizinisch hat sie ja null Verantwortung eigentlich, aber man merkt, sie hat, sie könnte wahrscheinlich mehr als was sie macht, weil, eben sie merkt sofort, wenn es meiner Mutter nicht gut geht» «... wenn halt noch jemand anders im Haushalt ist, der mitarbeiten kann, kommt es halt darauf an, dass die zwei miteinander auskommen» «das sind so liebe Frauen und die tun sich so integrieren, eigentlich in die Familie und das ist eigentlich auch noch wichtig, dass die sich in die Familie integrieren können, also, und jetzt gerade bei uns, ich weiss nicht, wie das bei anderen ist, hat das gut funktioniert, und ja, vielleicht liegt es auch an mir selber, weil ich sie wirklich integrieren wollte...» «... was sind dann das für Leute und, ja aber da wäre jetzt nie etwas verschwunden, im Gegenteil, sie sind jeweils noch gekommen und haben Geschenke mitgebracht.»	Wiederkehrende Topoi: – Kriterien der Auswahl bei Vermittlung (Sprechkenntnisse, Alter, Erfahrung ...) – Satt und sauber? – Liebevolle, persönliche Fürsorge – Gut verstehen – Gutes Klima – Umgang mit Alkohol – Vertrauenswürdigkeit

Code B9 Spezifische Betreuungserfordernisse

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die spezifische Verbindungen von Erkrankung und erforderlicher Unterstützung ziehen	→ Wie sehen die spezifischen Pflege- und Betreuungserfordernisse je nach Betreuungs- und Krankheitssituation aus? Welche Betreuungssituation liegt vor? Welche Erkrankung? Was braucht die erkrankte/betragte Person deshalb an Unterstützung?	«Sie isst Frühstück, sie ist Mittagessen, sie kriegt einen Dessert, sie isst Zvieri, sie kriegt Brot zum Abendessen, das wird alles weggeputzt, jetzt fasst sie sogar hin und nimmt ihren Becher selber zum Trinken, das hätte vor Dreivierteljahren, wenn man da nicht daneben stand und sie dazu animiert hätte, dass sie Schluck für Schluck nimmt, hätte diese Frau den ganzen Tag nichts getrunken.» «Und sie konnte nachher auch fast nicht mehr laufen...» «Sie hat dann Schluss wirklich auch nicht mehr richtig reden können, also angefangen hat es mit einem schleppenden Bein, nachher hat sie nicht mehr richtig reden können, nachher konnte sie nicht mehr richtig laufen, nachher konnte sie die Arme nicht mehr bewegen und nachher konnte sie gar nichts machen, bis zum Bettlägerigen.» «Der Mutter geht es eigentlich, ausser Altersgebrechen wie Diabetes, wie nicht mehr so gelenkig sein, wie sturzgefährdet, so, eigentlich gut, sie ist gut orientiert über ihre Lage, sie ist interessiert, hat eben bis vor zwei Jahren noch englisch gelernt et cetera und ist aber trotzdem, weil sie relativ wenig in einer so sozialen Betrachtung oder in einer sozialen, wie sagt man dem, in einer sozialen Kontrolle im positiven Sinne ist, weil sie dort eben alleine wohnt, halt doch häufig den ganzen Tag alleine, im Winter, wenn es eisig ist, und sie auf ihren Vorplatz geht, wegen dem Ausrutschen, et cetera.»	Wiederkehrende Topoi: – Antriebslosigkeit bewirkte schlechten Ernährungszustand incl. Exsikkose → durch Unterstützung der CMi behoben und zudem durch Aktivierung zur deutlichen Verbesserung des Allgemeinzustands – Demenz und Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit – Altersgebrechlichkeit, Bewegungs-einschränkung und Sturzgefahr

C. Stellung in der Gesundheitsversorgung

= In welchem Verhältnis zum Schweizer Gesundheits- und Versorgungssystem stehen transnationale häusliche Care-Arrangements?

Code C1 Lücken und Beispiele

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die aufzeigen, inwiefern die Arrangements gezielt Lücken des Schweizer Versorgungssystems decken und wie	→ Abgrenzung mit Code «Rahmenbedingungen (fördernd, hemmend)» → Hier: Metaebene	«es wäre für die Pflegerin einfacher, es wäre für den Staat, er ist enorm entlastet, es ist eine unwahrscheinliche Summe, die da zusammen kommt, mit der er sich selber entlasten kann, und für, vor allem für die pflegende Person, wenn Sie das in den Spital anschauen gehen und dann jetzt bei mir zu Hause vergleichen, das ist wie schwarz und weiss.» «dann haben wir uns mal damit beschäftigt, wie man das überhaupt in die Wege leiten kann, weil es hilft einem ja eigentlich niemand offiziell, wenn man jemanden anstellen möchte. Also ich bin dann einmal mit meinem Vater in eine Beratung von einer Fachstelle gegangen, die Angehörige beraten, die Demenz haben. Und die haben sich schlichtweg geweigert auf dieses Thema einzugehen, weil für die war klar gewesen, nur Heim ist irgendwie anständig.» «... also ich fände es eigentlich angenehm, wenn man irgendwo so eine, wirklich eine Fachanlaufstelle hätte, die einem für Direktanstellungen beraten würde.» «... auf der einen Seite, wenn man es marktmässig anschaut, kann man natürlich sagen, da entsteht ein Markt und den Markt kann man mit wirtschaftlich orientierten Angeboten abdecken. Ähm, und gute Angebote würden sich wirtschaftlich durchsetzen und andere dann vielleicht nicht, das ist der eine Teil und der andere Teil ist, man sollte das dem Markt eben entziehen, sondern dass man vielleicht auch sagt, man macht so Angebote eben im Wissen von der Komplexität der Geschichten, dass man die eben vielleicht einem findigen Investor entzieht und das vielleicht irgend in einer Liga ansiedelt, pro Senectute oder vielleicht, es muss ja nicht eine Selbsthilfe-Organisation sein mit Fokus auf Hilfe, weil es ist, oder vielleicht irgendeine IG also eine Interessengemeinschaft gebildet, ich fände es eigentlich schön, wenn man das nicht in einer gewinnorientierten Anlage ansiedeln würde, aber da gäbe es sicher Felder, die dieser Berufsgruppen gut täten, aber letztlich auch der Bevölkerung, die diese Angebote nutzt...» «es ist ja dann um das gegangen, ich brauche eine 24-Stunden-Betreuung, und die haben dann gleich, das geht nicht, das dürfen sie nicht, und so.» «Ja, also wirklich man versuchte möglichst viele Hürden zwischen die Beine zu stellen, dass ich das gar nicht machen kann.»	Wiederkehrende Topoi: – Fehlende Beratungs- und Informationsmöglichkeiten über CM in der Schweiz – Kostenersparnis durch CM – Werte: Was ist akzeptable Versorgung? – Es gibt nichts Vergleichbares (z.B. Spitex verfügt nur über ein begrenztes Dienstleistungsangebot im Hinblick auf Einsatzhäufigkeit und –dauer) – Marktlogik für Pflegedienstleistungen problematisch – Gesetzliche Vorschriften behindern eher die Anstellung einer CM

Code C2 Kooperation mit andern DL im Privathaushalt

Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele	Anmerkungen
= hierunter fallen alle Textteile, die die Zusammenarbeit der Dienste in den Blick nehmen (CM, Hausarzt/Hausärztin, Spitex usw.)	→ Wie arbeiten diese Dienste zusammen? Gibt es gemeinsam durchgeführte Tätigkeiten? Geringe Zuständigkeiten? Anleitungen?	«Also das sehe ich ja, aber eben, das sieht die Spitex sowieso nicht gerne, oder, private Pflegerinnen und Spitex, das ist ja eine Kombination, die sich gar nicht vertragen.» «Ich habe bei der Spitex angefragt und die hat gesagt, nein, nein, wollen sie nicht, alles möchten sie, den ganzen Auftrag oder...» «Er [der Hausarzt] hat auch gesagt, ja, ich solle jetzt schauen, dass die Spitex vielleicht zwei Mal im Tag kommt, am Morgen und am Abend. Und dann habe ich dann mit der Maria auch geredet und sie hat auch gesagt, doch sie wäre froh, weil jetzt sei sie wirklich ein bisschen überfordert, sie wisse nicht genau, was auf sie zukommt.»	Wiederkehrende Topoi: – Zusammentreffen mit Spitex zum Teil nicht unproblematisch – Zusammenarbeit – Übergaben – Wer hat den Lead?

A.4 Liste der interviewten Expertinnen und Experten

Schweiz	
Name	Organisation/Funktion
Versorgungssystem	
Beat Vogel	Leiter Fachstelle Begleitung in der letzten Lebensphase, Caritas Schweiz
Iona Cozarescu	Einsatzleitung Projekt «Zu Hause betreut», Caritas Schweiz
Albert Wettstein	Ehem. Stadtarzt, Vizepräsident Alzheimervereinigung Kanton Zürich, Initiator Projekt Home-Care-Worker der Alzheimervereinigung Kanton Zürich
Marie-Pierre Studer Lachat	Leiterin Bildung, Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Gesundheit und Integration
Piero Catani	Dipl. Sozialarbeiter FH, spitäler fmi, Sozialdienst Spital Interlaken
Sonja Tinner	Leitung Sozialberatung Kantonsspital Winterthur
Politik	
Jean-François Steiert	Nationalrat (SP) und Mitglied der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur, Vizepräsident des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
Nathalie Imboden	Grossrätin Kanton Bern, grünes Bündnis
Schmid-Federer	Nationalrätin (CVP), Präsidentin Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Zürich
Gewerkschaften	
Christine Michel	Gleichstellungs- und Branchensekretärin Tertiär, Unia Zentralsekretariat
Bettina Dauwalder	Gewerkschaftssekretärin, VPOD Bern
Wissenschaft/Forschung	
Sarah Schilliger	Wissenschaftliche Assistentin, Institut für Soziologie, Universität Basel
Jasmine Truong	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM), Universität Neuchâtel
Bundesstellen	
Ulrich Greub	Leiter Vermittlung und Verleih in der Direktion für Arbeit, Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)
Caroline Knufer	Leiterin Sozialpolitik, Generalsekretariat, Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Waadt
Regula Ricka	Dr. Phil, MPH, wiss. Mitarbeiterin Sektion Innovationsprojekte, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Daniel Sormani	Stv. Chef Arbeitskräfte Deutsche Schweiz, Bundesamt für Migration (BFM)
Gesundheitsökonomie	
Anna Sax	Lic.oec.publ. MHA, Gesundheitsökonomin, Département de la santé et de l'action sociale – DSAS
Recht	
Kurt Pärli	Dr. iur./dipl. Sozialarbeiter, Privatdozent für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht, Leiter F&E IWR School of Management and Law, ZHAW
Deutschland	
Helen Schwenken	Prof. Dr., International Center for Development and Decent Work, Leiterin des Fachgebiets «Politik der Arbeitsmigration/Migration and Decent Work», Universität Kassel
Karin Pape	European Regional Advisor, Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO)
Johanna Krawietz	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Universität Hildesheim
Sigrid Rand	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe Universität Frankfurt a. Main
Hildegard Theobald	Prof. Dr., Fachgebietsleiterin Organisationelle Gerontologie, Universität Vechta
Heide Mertens	Leiterin der Abteilung Politik/Gesellschaft, kfd-Bundesverband
Österreich	
Veronika Richter, stv. für das Team der Forschungsstelle	SFS-Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien
Monika Wild	Leiterin Gesundheits- und Soziale Dienste, Rotes Kreuz Österreich
Bettina Haidinger	Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien

A.5 Leitfaden für die Experteninterviews

Fragen zur häuslichen Versorgung in der Schweiz [Deutschland/Österreich] allgemein

- Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im Bereich der häuslichen Versorgung? (Was läuft gut? Was läuft schlecht?)
- Welche Veränderungen im Bereich der häuslichen Versorgung in der Schweiz [Deutschland/Österreich] beobachten Sie?
- Wo bestehen Herausforderungen? In welcher Form? In welchen Bereichen und warum?

Care-Migration in → Ausmass, Relevanz und Strukturierung

- Inwiefern ist dieses Thema für die Schweiz [Deutschland/Österreich] relevant?
- Wie gross schätzen Sie das Phänomen der Care-Migration im Privathaushalt in der Schweiz [Deutschland/Österreich]? Worauf stützen Sie diese Einschätzung?
- Welches sind Ihrer Meinung nach die Hintergründe des Phänomens?
- Welche Rahmenbedingungen strukturieren gemäss Ihrer Wahrnehmung das Phänomen in der Schweiz [Deutschland/Österreich]?
- Inwiefern unterscheidet sich die Situation in der Schweiz [Deutschland/Österreich] von derjenigen im nahen Ausland? [Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien, Schweiz]

Fragen zu: Care-Migration in der Schweiz (Auswirkungen, Massnahmen)

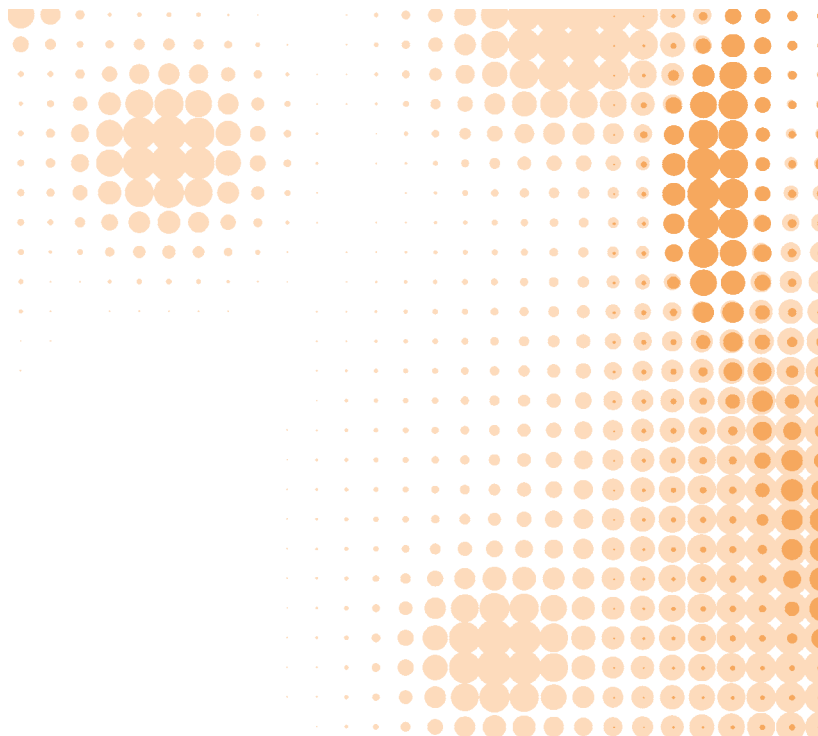
- Welche Auswirkungen hat das Phänomen in der Schweiz [Deutschland/Österreich]? (auf das Gesundheitssystem; auf Fragen wie Versorgungsqualität und Patientensicherheit; auf die Migrationspolitik; andere Bereiche)
- Wo liegen mögliche Spannungsfelder angesichts des Phänomens?
- Wo sehen Sie angesichts des Phänomens der Care-Migration in Privathaushalte Handlungsbedarf? Welche Massnahmen erachten Sie als sinnvoll und weshalb?
- Welche volkswirtschaftliche Bedeutung hat das Phänomen?

Fragen zu: Care-Migration im globalen Kontext

- Wie definieren Sie die Rolle des Staates angesichts der Auswirkungen der globalen Care-Migration?
- Welche Rolle haben Berufsverbände, Gewerkschaften, ...?

Ist Ihnen noch etwas Weiteres wichtig?

VIELEN HERZLICHEN DANK!



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.