

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

April 2012

Anke Jähne, M.A., MPH
Karin van Holten, lic. phil.
Iren Bischofberger, Prof. Dr.

Zusammenfassung

Hintergrund

Versorgungsarrangements werden zunehmend aus dem stationären in den häuslichen Raum verlagert. Dies ist eine Folge der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ und den Optionen des medizinisch-technischen Fortschritts. Dieser Trend spitzt sich aufgrund der jüngst eingeführten Finanzierungsreformen in Spitälern (SwissDRG zur Fallkostenabrechnung) sowie in Heimen und Spitexdiensten (Pflegefiananzierung) zu. Dies bringt anspruchsvolle und zeitintensive Pflegesituationen in Privathaushalten mit sich. Dafür sind die Dienstleistungen der Spitex weder personell noch strukturell genügend ausgebaut. Hier eröffnet sich deshalb zunehmend ein Pflegemarkt, in dem Care-Migrantinnen als sogenannte Live-Ins in Privathaushalten von pflegebedürftigen Personen leben und tätig sind, und dies oft als Pendelmigrantinnen, die turnusgemäss während Wochen hier arbeiten und danach von Kolleginnen abgelöst werden.

Setting

Das übergeordnete Projekt „Arbeitsmarkt Privathaushalt“ der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich konzentriert sich auf ihr Einzugsgebiet, d.h. die Stadt Zürich. In diesem Teilprojekt stehen deshalb die beiden stadtzürcherischen Spitexorganisationen Sihl und Limmat im Zentrum und wie hier Care-Migration in Privathaushalten strukturiert ist. Da sich für den qualitativen Erhebungsteil eine zu geringe Zahl von Teilnehmenden für die Experteninterviews rekrutieren liess, wurde der Rekrutierungsradius auf angrenzende Gemeinden und Kantone ausgeweitet. So konnten insgesamt 17 Experteninterviews geführt werden.

Ziel und Fragestellung

Ziel ist es, Erkenntnisse zur Zusammenarbeit zwischen Spitex-Mitarbeitenden und Care-Migrantinnen zu generieren, und wie die prognostizierte Zunahme der Care-Migration hinsichtlich der Versorgungsqualität zu beurteilen ist. Dazu wird einerseits das Ausmass des Phänomens in der Stadt Zürich erhoben und andererseits wird untersucht, wie diese spezifischen Versorgungsarrangements bezüglich Chancen und Herausforderungen zu beurteilen sind. Hier interessieren vor allem Fragen zur Versorgungsqualität im Privathaushalt. In diesem Projekt steht die Sichtweise der Spitex-Mitarbeitenden im Zentrum.

Design

Die explorativ ausgerichtete Fragestellung wurde mittels quantitativer und qualitativer Methoden bearbeitet. Einerseits erhob eine Umfrage bei den 13 Spitex-Zentren der Stadt Zürich das Ausmass der Privathaushalte, in denen Care-Migrantinnen und Spitex-Mitarbeitende gleichzeitig involviert sind. Andererseits führten leitfadengestützte Experteninterviews mit Spitex-Mitarbeitenden zu Erkenntnissen, wie in Privathaushalten über Probleme und Massnahmen zur Pflegebedürftigkeit kommuniziert wird und wie die gesetzlich geforderte Versorgungsqualität tangiert ist.

Ergebnisse

Von den insgesamt 13 Spitex-Zentren der Spitex Sihl und Spitex Limmat haben 6 Zentren Kontakte zu Haushalten mitgeteilt, die auch Dienstleistungen von Care-Migrantinnen in Anspruch nehmen. Damit präsentiert sich das Ausmass des Phänomens als deutlich weniger häufig als angenommen. Diese Haushalte sind über verschiedene Stadtteile hinweg zu finden. Aufgrund der Daten lässt sich die These der stärkeren Häufung in Quartieren mit tendenziell wohlhabender Bevölkerung nicht erhärten. Informationen aus den Experteninterviews weisen dennoch darauf hin, dass Haushalte mit Care-Migrantinnen eher zu den wohlhabenden Haushalten zählen.

Die 17 Leitfadeninterviews mit verschiedenen Expert/innen aus teilweise unterschiedlichen Spitexorganisationen zeichnen ein Bild, das sowohl von der Sorge um die Versorgungsqualität für die zu pflegende Person geprägt ist als auch um die Arbeitsbedingungen der Care-

Migrantinnen. Beide Perspektiven verweben sich zu einem Spannungsfeld mit vier zentralen Aspekten: a) die schwierige sprachliche und interkulturelle Kommunikation zwischen Spitex-Mitarbeitenden, Care-Migrantinnen und Angehörigen, b) die Qualifikation der Care-Migrantin, bzw. ihr (mangelnder) Erfahrungshintergrund im Verhältnis zu ihrem anforderungsreichen und zeitintensiven Arbeitsalltag, c) die Kooperation, bzw. der Versuch in einer arbeitsteilig organisierten Versorgung eine Art von Zusammenarbeit im Privathaushalt zu definieren und d) die ethischen Dilemmata, wie Unzulänglichkeiten in der Versorgungs- und Arbeitsqualität zu begegnen ist. Eine wesentliche Erkenntnis aus den Gesprächen ist die, dass die Verantwortung für eine gute pflegerische Versorgung nicht teilbar ist. Das gilt auch, wenn verschiedene Dienstleister im selben Haushalt engagiert sind.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass das Phänomen der Privathaushalte mit Care-Migrantinnen quantitativ zwar überschaubar scheint, allerdings bleibt unklar, in wie vielen Haushalten Care-Migrantinnen tätig sind, in denen die Spitex gar nicht involviert ist. Obwohl die befragten Expert/innen übereinstimmten, dass durch die Versorgung mit Care-Migrantinnen keine unmittelbare Konkurrenz für die Spitex besteht, da sie unterschiedliche Dienstleistungsbereiche abdecken, wird deutlich, dass kommunikative, koordinative, strukturelle und ethische Unklarheiten und Unzulänglichkeiten vorhanden sind, die das Wohl des erkrankten Menschen und auch das der Care-Migrantinnen gefährden. Um dieses Wohlbefinden wird in Privathaushalten täglich gerungen, einerseits aufgrund der Verlaufsdynamik von Krankheit oder Behinderung und andererseits wegen der noch wenig entwickelten und etablierten Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen. Im Einzelfall mag dies durchaus eingespielt sein. Strukturell sind auf Seiten der professionellen Pflege dazu erst ansatzweise Diskussionslinien aber noch keine konkreten Konzepte erkennbar. Dies kann je nach den konkreten Umständen für Spitex-Mitarbeitende bedeuten, dass sie keine Orientierung haben, wie sie zugespitzten Situationen in Privathaushalten adäquat begegnen könnten.

Fazit

Aufgrund der kleinen Fallzahlen von Privathaushalten mit Care-Migrantinnen, die nun erstmals aus der Perspektive der Spitex beleuchtet wurden, fallen die noch kaum entwickelten Konzepte und Standards wenig auf. Allerdings bietet sich hier die Chance, die aufgezeigten Probleme in der Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen rechtzeitig aufzugreifen. Insbesondere ist zu empfehlen, dass sich Spitexorganisationen mit der Care-Migrationsthematik aktiv auseinandersetzen. Die Arbeitsqualität der Care-Migrantinnen, aber auch die gesamte Versorgungsqualität in den Privathaushalten, befindet sich hier auf dem Prüfstand.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Zur Situation der häuslichen Versorgung und der Versorgungsqualität	7
3	Ziel und Fragestellung	8
4	Methodisches Vorgehen	9
4.1.1	Quantitative Erhebung – Umfrage bei den 13 Spitex-Zentren der Spitex Sihl und Limmat.....	9
4.1.2	Qualitative Erhebung – Experteninterviews mit Spitex-Mitarbeitenden	9
5	Ergebnisse	11
5.1	Quantitative Erhebung – Umfrage bei den 13 Spitex-Zentren.....	11
5.2	Ergebnisse der Experteninterviews.....	14
5.2.1	Rahmenbedingungen der häuslichen Gesundheitsversorgung	15
5.2.2	Perspektiven auf die häuslichen Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen	16
5.2.3	Kommunikation als Grundlage	18
5.2.4	Herausforderungen für die Qualität der häuslichen Versorgung	20
5.2.5	Spannungsfeld Qualifikation	21
5.2.6	Ethische Dilemmata für die Spitex-Mitarbeitenden	23
5.2.7	Zusammenarbeit: Konkurrenz oder Kooperation?	25
5.2.8	Strategien und Verbesserungsvorschläge der Spitex-Mitarbeitenden.....	27
6	Diskussion und Schlussfolgerungen	29
6.1	Zugang zum Feld und Aussagekraft der Daten	29
6.2	Diskussion der wichtigsten Ergebnisse und Fazit.....	29
6.2.1	Kommunikation als Grundlage und Herausforderung der Zusammenarbeit	29
6.2.2	Fachwissen und Alltagskompetenzen sinnvoll nutzen.....	30
6.2.3	Lebensqualität ermöglichen – Versorgungsqualität sichern	30
6.2.4	Diskurs: Autonomie, Individualität und Betreuungsangebote	31
6.2.5	Kosten und Finanzierung: billig ist nicht für alle günstiger	31
6.2.6	Gleichstellungs- und bildungspolitische Herausforderungen.....	32
7	Literatur	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse aus der Umfrage bei Spitex-Zentren: Angaben der einzelnen Spitex-Zentren der Stadt Zürich zu Haushalten mit Care-Migrantinnen	13
Tabelle 2: Aufgaben/Arbeiten für welche die Care-Migrantin zuständig ist	14
Tabelle 3: Mögliche Gründe für Anstellung einer Care-Migrantin	14
Tabelle 4: Charakteristika des qualitativen Samples	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einzugsgebiete der Spitex der Stadt Zürich mit Kenntnis über Privathaushalte mit Care-Migrantinnen (rot)	11
---	----

Anhang

Anhang 1: Forschungsstand zu Care-Migration in der Schweiz. Resultate Datenbank Recherche	
Anhang 2: Erhebungsinstrument Umfrage Mitarbeitende Spitex Zürich	
Anhang 3: Factsheet Projekt „Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung“	
Anhang 4: Informationsschreiben „Anfrage für ein Experteninterview“	
Anhang 5: Interviewleitfaden für die Experteninterviews	

1 Einleitung

In der Schweiz werden Leistungen der häuslichen Gesundheitsversorgung zunehmend an sogenannte Care-Migrantinnen¹ delegiert. Vornehmlich sind dies Frauen aus Ostdeutschland oder osteuropäischen EU-Ländern, die einige Wochen oder Monate in Privathaushalten von pflegebedürftigen Personen arbeiten und dazwischen vorübergehend in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Dabei wechseln sich in der Regel mehrere Care-Migrantinnen² im selben Haushalt turnusmässig ab. Entsprechend wird auch von Pendelmigrantinnen gesprochen. In den meisten Fällen leben diese als sogenannte Live-Ins im selben Haushalt mit den pflegebedürftigen Personen. Care-Migration ist somit Teil des Schweizer Pflegemarktes. Vermittelt über Agenturen (s. Truong 2012³) oder über persönliche Netzwerke sind Care-Migrantinnen Teil eines häuslichen Versorgungssystems, in dem sie alleine, gemeinsam mit Angehörigen oder zusätzlich mit Spitexdiensten, Hausärzt/innen, Apotheker/innen und anderen Akteuren die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen übernehmen.

Angesichts dieser vielfältigen Akteure, die in der häuslichen oder ambulanten Gesundheitsversorgung tätig sind, stellt sich die Frage, wie im Privathaushalt zusammen gearbeitet und kommuniziert wird, um letztlich eine stabile Versorgungssituation zu erreichen. Wie sind die jeweiligen Verantwortlichkeiten zwischen der Care-Migrantin, der Spitex und den pflegenden Angehörigen geregelt? Wie und von wem werden Aufgaben zugewiesen, erklärt und kontrolliert? Wer steuert die Zusammenarbeit? Für die Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen gibt es bislang keinerlei Vorgaben oder Qualitätsstandards. Deshalb sind Privathaushalte und die Spitex weitgehend auf sich selber gestellt. Ähnlich lückenhaft präsentiert sich die Forschungslage zu diesen Fragen. Laufende Forschungsprojekte fokussieren auf die Care-Migrantinnen und deren Migrationsgeschichten (vgl. Projekt Schilliger, Universität Basel, Projekt Wigger/Baghdadi/Hettlage, Fachhochschule St.Gallen in Anhang 1), die Rolle von Vermittlungsagenturen (vgl. Truong 2012) sowie auf migrations- und arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen des Phänomens (vgl. Medici 2012⁴; Schilliger/Medici 2012). Auf die geschilderten Fragen zur Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen im Privathaushalt gibt es bisher hingegen keine empirisch fundierten Antworten.

Das vorliegende Projekt setzt hier an und beleuchtet häusliche Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen aus der Perspektive der Spitex-Mitarbeitenden. Ausgehend von einer systematischen Recherche zu aktuellen Forschungsprojekten in der Schweiz im Bereich Care-Migration werden sowohl Fragen des Versorgungsbedarfs und Aspekte der Versorgungsqualität berücksichtigt, als auch Chancen und spezifische Herausforderungen für die Spitex aufgezeigt.

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen Careum F+E und der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, als Teil eines Schwerpunktprojekts der Fachstelle zum Thema der Betagtenbetreuung durch Migrantinnen («Arbeitsmarkt Privathaushalt»). Untersucht wurde in zwei anderen Teilprojekten, welche Agenturen aktuell im Raum Zürich Migrantinnen in Privathaushalte vermitteln und welches die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Arbeitsverhältnisse sind.

¹ Gemeint sind Personen aus dem Ausland, die für die häusliche Betreuung und Hilfe von kranken, behinderten oder hochbetagten Menschen mit Unterstützungsbedarf (Care Arbeit) in die Schweiz gekommen sind. Nicht gemeint sind Situationen, in denen ausschliesslich Haushaltsarbeit verrichtet wird. Es gibt zwei Möglichkeiten, wie und wo die Care-Migrantinnen ihre Arbeit ausüben: 1. Die Migrantin arbeitet als 24h-Betreuerin in einem Privathaushalt und wohnt auch dort. In dieser Form werden die Care-Migrantinnen auch als Live-In bezeichnet. 2. Die Migrantin arbeitet stundenweise im Privathaushalt. Sie wohnt möglicherweise anderswo und wird in diesem Fall auch Live-Out genannt.

² Da fast ausschliesslich Frauen im Bereich der Pflege und Betreuung in Privathaushalten arbeiten, verwenden wir in diesem Bericht konsequent die weibliche Form des Begriffs.

³ Download: www.stadt-zuerich.ch/gleichstellung > Dossier «Haushaltshilfe im Alter» > Arbeitsmarkt Privathaushalt > Publikationen

⁴ Download: www.stadt-zuerich.ch/gleichstellung > Dossier «Haushaltshilfe im Alter» > Arbeitsmarkt Privathaushalt > Publikationen

2 Zur Situation der häuslichen Versorgung und der Versorgungsqualität

Spitex-Organisationen⁵ gehören zu den wichtigsten Leistungsanbietern von Pflege, Betreuung und Hilfe im Privathaushalt. Die professionelle Pflege durch die Spitex wird insbesondere für die betagte Bevölkerung als „zentrale Säule der Pflege im Alter“ bezeichnet (Höpflinger et al. 2011). Je nach Spitex-Organisation wird lokal ein unterschiedliches Leistungsspektrum angeboten. Professionelle Pflege und Betreuung für das Alltagsmanagement von kranken, behinderten oder hochbetagten Menschen gehören dabei zu den Standardangeboten. Zusätzlich werden beispielsweise ein Mahlzeitendienst, ein Krankenmobilitätsmagazin oder präventive Leistungen organisiert. Neben der Spitex gibt es eine schier unüberblickbare Anzahl von Anbietern der Pflege und Betreuung zuhause mit unterschiedlicher Betriebsform. Sie bieten ebenfalls eine breite Dienstleistungspalette an, die in der Regel für zeitintensive Pflege und Betreuung ergänzend zur Spitex angeboten wird. Zudem gibt es Anbieter, die sich für die pädiatrische, onkologische oder psychiatrische häusliche Pflege spezialisiert haben. Hinzu kommen schliesslich auch Betreuungs- und Hilfeangebote, die von Institutionen angeboten werden, die unter anderem von der Sozialversicherung (IV/AHV) finanzielle Beiträge erhalten (z.B. bei der Pro Senectute oder der Pro Infirmis, einschliesslich der sogenannten Entlastungsdienste).

Gemäss Richtlinien über das Leistungsangebot und deren Qualität werden Spitex-Leistungen nach dem Subsidiaritätsprinzip erbracht, d.h., wenn die pflegebedürftige Person und ihr privates Umfeld die bedarfsorientierten Leistungen nicht selbst erbringen können, übernimmt die Spitex diese Aufgaben. Ziel ist es, dass pflegebedürftige Menschen in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gefördert und unterstützt werden. Dazu wird häufig auch die familiäre Hilfe genutzt. Die Ergebnisse von Höpflinger et al. (2011) unterstreichen, dass besonders bei Menschen mit starken funktionalen Einschränkungen nur ein tragfähiges Unterstützungsnetz mit einer Kombination von institutioneller und familiärer Hilfe ein Verbleiben zu Hause ermöglicht. In der Tat erhalten mehr als die Hälfte der älteren Personen, die zuhause allein leben und stark pflegebedürftig sind, gleichzeitig Spitex-Leistungen und haushaltsexterne Unterstützung durch Familie, Partner, Freunde oder Nachbarn (ebd., S. 90ff.).

Wenn häusliche Pflegedienste jeglicher Betriebsform ihre Leistungen basierend auf der Krankenkassen Leistungsverordnung (KLV Art. 7) mit der Grundversicherung abrechnen, sind sie gesetzlich verpflichtet, Massnahmen zur Qualitätssicherung in ihre betriebliche Praxis zu integrieren. Dazu vertreibt der Spitexverband Schweiz ein Qualitätsmanual für die Spitex-Organisationen (Spitexverband Schweiz, 2010). Der Inhalt des Manuals orientiert sich an den in den 1960er Jahren entwickelten Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (Donabedian 1966). Letztere wurden für die Spitex während längerer Zeit eher nachrangig gewichtet und aufgearbeitet. Erst in jüngerer Zeit wurden dazu Qualitätsindikatoren empirisch bearbeitet (Rüesch et al. 2009). Generell ist in Spitexorganisationen erkennbar, dass die Perspektive auf die Qualität vorwiegend von professionellen Annahmen und Normen geleitet ist. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Nutzersicht wenig berücksichtigt ist, d.h., Konzepte, die für die Pflege im Privathaushalt grundlegend sind, wie etwa Mitbestimmung, Wahlfreiheit oder Lebensqualität, sind kaum angesprochen. Eher dominiert eine Qualitätsstrategie, die sich auf die regelkonforme Einhaltung und Überprüfung von Standards konzentriert und an der Kontrolle gesetzlicher Anforderungen orientiert (Mittnacht, 2010, S. 44ff).

⁵ Traditionell ist die Spitex privatrechtlich organisiert, meistens in Vereinen. Als gemeinnützig wird sie bezeichnet, weil das Geschäftsmodell in der Regel keine Betriebsgewinne vorsieht, die an Betriebseigner ausbezahlt werden. Den „öffentlichen“ Charakter erlangen die Vereine durch Leistungsverträge mit Gemeinden. Neben den hier bezeichneten Spitexorganisationen gibt es ebenfalls privatrechtlich organisierte häusliche Pflegedienste, die zwar mitunter keinen Leistungsvertrag haben, aber dennoch aufgrund der Finanzierungslogik des Schweizer Gesundheitssystems, d.h. aufgrund des im KVG mit der Grundversicherung der sozialen Krankenkasse die in der KLV aufgeführten Leistungen abrechnen können. Der Begriff „Spitex“ ist nicht geschützt, hingegen das grünblaue Logo, das die lokalen Spitexorganisationen und deren Schweizer Dachverband, den Spitexverband Schweiz (www.spitex.ch) kennzeichnet.

3 Ziel und Fragestellung

Vor diesem Hintergrund steht die Versorgungsqualität im Privathaushalt im Brennpunkt des Interesses, insbesondere wenn Care-Migrantinnen dort bei pflegebedürftigen Menschen tätig sind. Deshalb steht das Ziel im Zentrum, Versorgungsarrangements in Privathaushalten zu beleuchten, in denen sowohl Spitex-Mitarbeitende der Spitex Zürich als auch Care-Migrantinnen involviert sind. Daraus werden Schlüsse gezogen, wie diese Zusammenarbeit für den zukünftig steigenden häuslichen Pflegebedarf gestaltet werden kann und wie gleichzeitig die prognostizierte Zunahme der Care-Migration hinsichtlich der Versorgungsqualität zu beurteilen ist.

Folgende Forschungsfragen stehen im Zentrum:

- Ausmass des Phänomens in der Stadt Zürich: Welche Privathaushalte, in denen die öffentliche Spitex tätig ist, engagieren zusätzlich (gemäss Einschätzung der Spitex) eine ausländische Arbeitskraft für die Betreuung?
- Spezifikum des Betreuungsarrangements: Welche Dienstleistungen werden wann, in welcher Form und in welchem Umfang von wem erbracht?
- Interaktion Spitex - Care-Migrantin: Welche Chancen oder Herausforderungen bestehen nach Einschätzung der Spitex-Mitarbeitenden? Wie beurteilen die Mitarbeitenden der Spitex das Arrangement im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Spitex und Care-Migrantin? Welche Konzepte der Spitex-Mitarbeitenden bezüglich "Pflege- und Versorgungsqualität", in der häuslichen Versorgung lassen sich nachzeichnen?
- Strukturelle Kontextualisierung: Welche Annahmen treffen Spitex-Mitarbeitende zu den ökonomischen, sozialen und personellen Rahmenbedingungen, die eine Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch Care-Migrantinnen begünstigen?

In diesem Projekt steht die Sichtweise der Spitex-Mitarbeitenden im Zentrum.

4 Methodisches Vorgehen

Einerseits wurde mittels eines quantitativen Erhebungsinstruments eine Umfrage bei den einzelnen Zentren der Spitex Sihl und Spitex Limmat durchgeführt. Dies sollte einen ersten Eindruck vermitteln, in wie vielen Haushalten die Spitex-Mitarbeitenden mit Care-Migrantinnen gleichzeitig tätig sind und Potenzial zur Zusammenarbeit besteht oder diese bereits realisiert wird. Andererseits wurden leitfadengestützten Experteninterviews mit Spitex-Mitarbeitenden geführt, um ihre genuine Sicht zur Zusammenarbeit zu eruieren. Dazu erfolgte die Rekrutierung in Absprache mit den beiden Geschäftsleitungen und über die Leitungspersonen der einzelnen Spitex-Zentren. Angestrebt waren 15 Interviews. Für den Feldzugang wurde auf die Spitex Zürich (Sihl und Limmat), bzw. deren 13 Spitex-Zentren, zurückgegriffen und ebenso auf bestehende Kontakte von Dore Heim (Leiterin der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich bis Sommer 2012) und auf langjährige Kontakte des Forschungsteams bei Careum F+E.

4.1.1 Quantitative Erhebung – Umfrage bei den 13 Spitex-Zentren der Spitex Sihl und Limmat

Die beiden Spitexorganisationen der Stadt Zürich umfassen 13 Spitex-Zentren, die direkt in den einzelnen Stadtquartieren verortet sind. Die erhobenen Angaben aus der quantitativen Umfrage bei diesen Spitex-Zentren ermöglichen vorsichtige Rückschlüsse auf die Anzahl Haushalte mit Care-Migrantinnen in der Stadt Zürich, die gleichzeitig Spitexleistungen in Anspruch nehmen. Das standardisierte Instrument (siehe Anhang 2) erhebt Faktoren wie die Anzahl der Spitex-Mitarbeitenden, die Privathaushalte mit Care-Migrantinnen kennen, die Anzahl der Privathaushalte mit ausländischer Hilfe im Einzugsgebiet des jeweiligen Spitex-Zentrums, die Leistungen der Spitex in eben diesen Haushalten, nach Haushalt spezifizierte Informationen zu den jeweiligen Care-Migrantinnen und deren Arbeitsgebiete sowie mögliche Gründe für deren Anstellung.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Erhebungsinstruments wie auch das Vorgehen bei der Durchführung der Erhebung dieser Daten wurde mit den CEOs der Spitex Sihl und Spitex Limmat besprochen. Das Instrument gelangte Ende November 2011 via diese beiden Personen an die jeweiligen Leitungspersonen der Spitex-Zentren. Sie wurden gebeten, an der Umfrage teilzunehmen und den Fragebogen auszufüllen. Die Daten wurden von den Spitex-Zentren direkt an Careum F+E übermittelt, dort anonymisiert und deskriptiv ausgewertet. Gleichzeitig wurden die Leitungen der Spitex-Zentren gebeten, mögliche Interviewpartner/innen an Careum F+E zu vermitteln, bzw. ihren Mitarbeitenden ein Informationsblatt (siehe Anhang 3 und 4) abzugeben, mit dem sich interessierte Teilnehmende für ein Interview direkt bei Careum F+E melden konnten.

4.1.2 Qualitative Erhebung – Experteninterviews mit Spitex-Mitarbeitenden

Zur Erhebung des spezifischen häuslichen Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit 17 Spitex-Mitarbeitenden durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Interviewleitfaden siehe Anhang 5). Mit dieser Vorgehensweise wurde gezielt die Sicht der Fachpersonen auf die häuslichen Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen erhoben. Die Spitex-Mitarbeitenden wurden aufgrund ihrer Berufserfahrung als Expert/innen im Bereich der häuslichen Pflege und Hilfe definiert. Ihr Expertenwissen wurde durch die Interviews zugänglich und nachvollziehbar gemacht, wie auch ihre spezifische Sicht auf bestimmte pflege- und versorgungsrelevante Aspekte erhoben. Als Expert/innen galten alle Berufsgruppen, die bei den beteiligten Spitexorganisationen vorhanden sind. Die Einschätzung der Spitex-Mitarbeitenden unterscheidet sich u.U. wesentlich von derjenigen der Patient/innen, der Angehörigen oder der Migrantinnen.

Die Resonanz aus der oben beschriebenen Rekrutierungsstrategie war anfänglich sehr gering. Bis Ende Januar 2012 konnten lediglich 4 Experteninterviews mit Mitarbeitenden aus den Spitex-Zentren der Stadt Zürich realisiert werden. Deshalb mussten der Erhebungszeitraum ver-

längert und die Rekrutierungsstrategie angepasst werden. So wurde der Rekrutierungsradius auf die umliegenden Gemeinden und Kantone ausgeweitet. Zudem wurden ebenfalls Anbieter von häuslichen Pflegeleistungen angefragt, die keine Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden haben, denn manche von ihnen vermitteln neben der häuslichen Pflege und Hilfe ebenfalls ausländisches Personal für Privathaushalte. Die Teilnahmebereitschaft verbesserte sich nun rasch, so dass sogar mehr als die geplanten 15 Interviews durchgeführt werden konnten. Eine Mitarbeiterin von Careum F+E, die gleichzeitig pflegefachlich und sozialwissenschaftlich ausgebildet ist, führte alle leitfadengestützte Experteninterviews durch. Im Anschluss an das Gespräch wurden die Expert/innen um einige sozialstatistische Angaben gebeten (z.B. Alter, Berufsausbildung, Mitgliedschaften).

Die Gespräche wurden vollständig transkribiert. Für die Datenauswertung wurde die Analysesoftware MaxQDA® eingesetzt. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte in Anlehnung an Mayring (2002).

5 Ergebnisse

5.1 Quantitative Erhebung – Umfrage bei den 13 Spitex-Zentren

Im Rückmeldungszeitraum erhielt das Forschungsteam acht ausgefüllte Fragebögen. Bis zum Projektende gingen dank wiederholter Erinnerungen und persönlicher Kontaktaufnahme mit einzelnen Zentrumsleitungen von allen Zentren Rückmeldungen ein. Dabei kamen elf ausgefüllte Fragebögen direkt von den jeweiligen Zentren zum Forschungsteam. Von zwei Zentren erhielten wir die Rückmeldungen mündlich via Geschäftsleitung der Spitex.

Von den insgesamt 13 Spitex-Zentren der Spitex Sihl und Spitex Limmat haben sechs Zentren Kontakte zu Haushalten, die zusätzlich Dienstleistungen von Care-Migrantinnen in Anspruch nehmen. Diese Daten reichen allerdings nicht aus, um – wie ursprünglich geplant – einen Vergleich mit den allgemeinen Quartierdaten (Bevölkerungsstruktur etc.) herzustellen.

Aufgrund der eingegangenen Daten präsentiert sich das Ausmass des Phänomens als deutlich weniger häufig als ursprünglich angenommen. Ebenso lässt sich die These nicht erhärten, dass in Quartieren mit tendenziell wohlhabender Bevölkerung vermehrt Care-Migrantinnen arbeiten. Vielmehr verteilen sich die Haushalte mit Care-Migrantinnen quer durch das Stadtgebiet – über das östliche zum westlichen Zentrum und bis in die nördlichen Agglomerationsgemeinden hinaus. Informationen aus den Experteninterviews hingegen weisen darauf hin, dass Haushalte mit Care-Migrantinnen eher zu den wohlhabenden Haushalten zählen. Allerdings geben die Daten keine Auskunft darüber, ob Haushalte mit Care-Migrantinnen ausschliesslich mit einer privaten Betreuungs- oder Pflegeorganisation zusammenarbeiten.

Die untenstehende Graphik illustriert in welchen Quartieren der Stadt Zürich Privathaushalte gemäss Wahrnehmung der Spitex Sihl und Spitex Limmat eine Care-Migrantin beschäftigen (rot markiert).

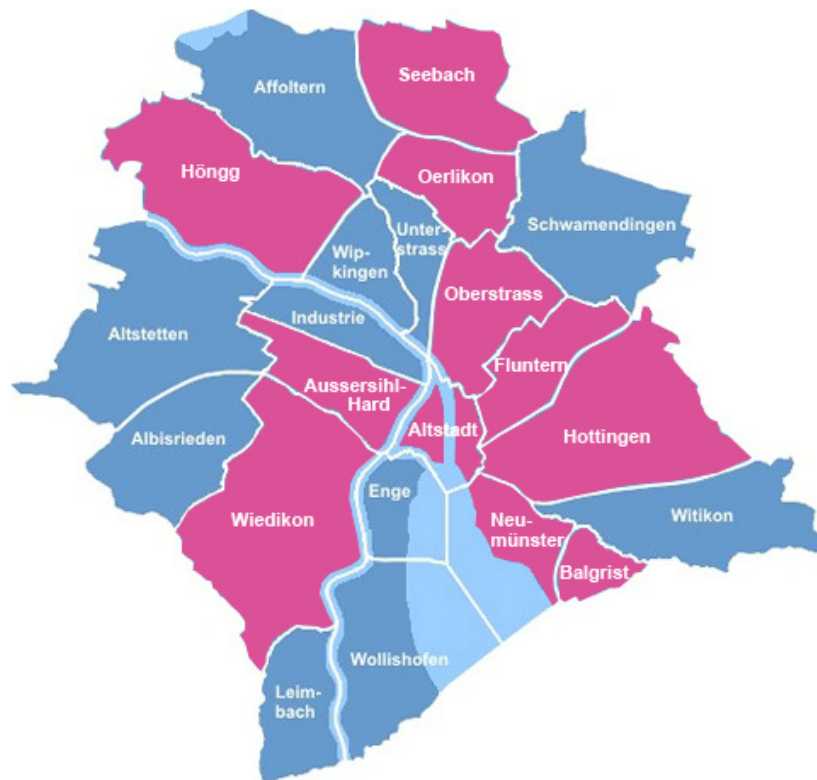


Abbildung 1: Einzugsgebiete der Spitex der Stadt Zürich mit Kenntnis über Privathaushalte mit Care-Migrantinnen (rot)

Insgesamt dokumentieren die Umfragedaten die Existenz von Care-Migrantinnen in 13 Haushalten, in denen gleichzeitig Dienstleistungen der öffentlichen Spitex in Anspruch genommen werden, d.h. Unterstützung im Bereich Hauswirtschaft sowie Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. Dabei variiert das Ausmass der Spitexleistungen in diesen Haushalten zwischen einer halben und elf Stunden pro Woche.

Von den 13 Care-Migrantinnen, die der Spitex Sihl und Limmat bekannt sind, kommen insgesamt elf aus dem osteuropäischen EU-Raum (je 3 aus Deutschland und Ungarn, zwei aus Polen und je eine aus Tschechien, Slowenien und Bulgarien). Hingegen lassen sich auch zwei eher untypische Herkunftsländer (Spanien, China) ausmachen. Diese sind – darauf deuten die Ergebnisse aus den Experteninterviews hin – auf eine transnationale Lebenspraxis, bzw. auf binationale Eheschliessung zurückzuführen. Über die familiäre Beziehung erschliesst sich so ein internationales Feld an möglichen Hilfspersonen für die Betreuung in der Schweiz. Fallbeispiele aus den Interviews beschreiben, wie gezielt Angehörige aus dem Herkunftsland des ausländischen Ehepartners für die Betreuung von Familienmitgliedern in die Schweiz geholt werden.

Die folgenden drei Tabellen geben überblicksartig Auskunft zu den 13 der Spitex Sihl und Limmat bekannten Haushalten mit Care Migrantinnen.

Angaben zu Care-Migrantinnen (CM) und Versorgungssettings der einzelnen Haushalte				
Haushalt	Nationalität Care-Migrantin	Alter Care-Migrantin	Form des Settings	Dienstleistungen Spitex
A	Polen	zw. 30-40 J.	1 CM plus Ferienvertretung (4 Wochen), mind. Seit 2008	2x/Woche KLV total 2.5h seit 2008
B	Bulgarien	zw. 40-50 J.	1 CM plus Freundin als Ferienvertretung (4 Wochen), mind. Seit 2009	1x/Woche KLV total 0.5h seit 2009
C	Deutschland	zw. 40-50 J.	3 CM im Turnus von einigen Wochen, Dauer unbekannt	3x/Woche total 2.75h seit 2008
D	Spanien	zw. 30-40 J.	1 CM, Dauer unbekannt	2x/Woche total 2h seit 2004
E	Tschechien	zw. 40-50 J.	1 CM, seit 2011	2h KLV, 0.25h HWL pro Woche, seit 2011
F	China	zw. 20-30 J.	k. A., seit 2011	11h KLV pro Woche, seit 2011
G	(Ost-) Deutschland	zw. 40-50 J.	2 CM im Turnus von einigen Wochen, seit 2011	Nur an Wochenenden oder Ferientagen, jeweils 2x/Tag, total KLV 2h/Woche
H	Deutschland	zw. 40-50 J.	2 CM im Turnus alle 2 Wochen, seit 2009	0.25h/Tag, seit 2009
I	Polen	zw. 30-40 J.	1 CM, seit 2011	1.25h/Tag, seit 2011
K	Slowenien	zw. 20-30 J.	2 CM, im Turnus von einigen Wochen, seit Januar 2012	1-1.5h HWL & 7.5h KLV pro Woche, seit 2012
L	Ungarn	zw. 40-50 J.	2 CM, im Turnus von einigen Wochen, seit ca. 2 Jahren	2.5h KLV pro Woche, seit 2003
M	Ungarn	zw. 40-50 J.	2 CM, im Turnus von einigen Wochen, seit Februar 2012	4.5h KLV pro Woche, seit 2008
N	Ungarn	zw. 40-60 J.	2 CM, im Turnus von einigen Wochen, seit Jahren	1.75h HWL & 13h KLV pro Woche, seit 2005

Tabelle 1: Ergebnisse aus der Umfrage bei Spitex-Zentren: Angaben der einzelnen Spitex-Zentren der Stadt Zürich zu Haushalten mit Care-Migrantinnen

Die folgende Tabelle gibt Einschätzungen (Anzahl Nennungen) der Spitex-Mitarbeitenden bezüglich der Arbeitsbereiche der Care-Migrantinnen wieder.

Anzahl Nennungen	Aufgaben/Arbeiten der Care-Migrantin
13	Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
12	Gesellschaft leisten
11	Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
11	Pflegerische Tätigkeiten
7	Präsenz in der Nacht
4	Anderer: Ferienbegleitung, Begleitung nach draussen, Begleitung zum Arzt, spazieren führen im Rollstuhl, Sicherheit im Alltag gewährleisten wegen Demenz

Tabelle 2: Aufgaben/Arbeiten für welche die Care-Migrantin zuständig ist

Die untenstehende Tabelle informiert über Gründe für die Anstellung einer Care-Migrantin gemäss Spitex (Anzahl Nennungen) – gesondert nach Begründungen der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen.

Nennungen Begründung der kranken Person	Nennungen Begründung der Angehörigen	Mögliche Gründe für die Anstellung einer Care-Migrantin
4	4	Konstanz in der Betreuung
4	5	Sicherstellung einer 24h-Betreuung
3	3	Kostenersparnis
3	5	Verbesserung der Sicherheit für die betreute Person
3	3	Gesellschaft und Unterhaltung
2	3	Bessere Ernährung
0	2	Anderer: Pflegeheim ist keine Alternative, emotionale Entlastung, günstiger als Pflegeheim

Tabelle 3: Mögliche Gründe für Anstellung einer Care-Migrantin

Insgesamt zeigt sich ein verhältnismässig heterogenes Bild bezüglich Alter, Herkunft und Arbeitsleistung der Privathaushalte mit Care-Migrantinnen.

5.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Im Erhebungszeitraum von Dezember 2011 bis April 2012 wurden insgesamt 17 Spitex-Mitarbeitende befragt. Die Gespräche wurden an den jeweiligen Spitex-Zentren geführt. Die durchschnittliche Gesprächsdauer lag bei 75 Minuten. Die notwendig gewordene Neuausrichtung der Rekrutierungsstrategie ermöglichte, die Sichtweisen von Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Spitex und Tätigkeitsfeldern innerhalb der häuslichen Versorgung zu berücksichtigen. Mit den verschiedenen Perspektiven sind unterschiedliche Erfahrungen und Deutungsmuster verbunden, die in der Auswertung von zentraler Bedeutung sind. Die folgende Tabelle zeigt an ausgewählten Charakteristika der Teilnehmenden die Heterogenität des Samples:

Persönliche Angaben	Geschlecht	16 Frauen 1 Mann
	Alter	Mittelwert 50,5 Jahre (Spannweite: 35 – 61 Jahre)
	Geburtsort	12 CH 5 Nicht-CH
Ausbildung und Beruf	Berufliche Funktion	3 Hauspflegerinnen 1 Pflegehelferin 4 Pflegefachpersonen 4 Bereichsleitungen Pflege 5 Geschäftsführende

Ausbildung und Beruf	Zusatzqualifikation	3 Personen ohne Zusatzqualifikation 14 Personen mit Zusatzqualifikation, davon 6 auf Tertiärstufe
Mitgliedschaften	Berufsverband	9 Mitglieder Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
	Verschiedene	7 Personen in weiteren Verbänden/Vereinen 7 Personen ohne Mitgliedschaften
Regionale Verteilung	Stadt Zürich	6 Expert/innen
	Kanton Zürich	5 Expert/innen
	Kanton Aargau	1 Expert/in
	Kanton Bern	1 Expert/in
	Kanton Luzern	2 Expert/innen
	Kanton St. Gallen	1 Expert/in
	Kanton Zug	1 Expert/in
Institutionen	Spitex mit Leistungsauftrag	16
	Häuslicher Pflegedienst ohne Leistungsauftrag	1

Tabelle 4: Charakteristika des qualitativen Samples

In den Interviews zeigten sich ebenfalls die Heterogenität des Samples und damit der Facettenreichtum, wie das Phänomen Care-Migration beschrieben wird. Die folgenden Kapitel beleuchten die Kernaussagen der Expert/innen.

5.2.1 Rahmenbedingungen der häuslichen Gesundheitsversorgung

Die Tatsache, dass in der Schweiz Versorgungsleistungen im Privathaushalt zunehmend an Care-Migrantinnen delegiert werden, steht nach Einschätzung der Spitex-Mitarbeitenden in engem Zusammenhang mit Entwicklungen im Schweizer Gesundheitssystem. Dazu wird als besonders relevant die fortschreitende Privatisierung in der häuslichen Versorgung angeführt, die sich auch in jüngsten gesetzlichen Regelungen wie der Pflegefinanzierung spiegelt. Dadurch würden noch mehr Kosten auf den Privathaushalt abgewälzt, obwohl diese Leistungen – im Gegensatz zur akutstationären Versorgung – bereits bis anhin hauptsächlich aus privater Hand bezahlt wurden.

Je mehr man die ambulante Pflege noch privatisiert oder in den privaten Bereich delegiert, desto mehr floriert natürlich dieser Bereich. Und da ist ganz klar die Pflegefinanzierung ein Bestandteil davon. (...) Und eben, der hauswirtschaftliche Teil ist schon aus der Sozialversicherung hinausgefallen, jetzt noch die Pflegefinanzierung, dass sie jetzt auch noch pro Tag bis zu acht Franken finanzieren müssen plus der Selbstbehalt plus die Franchise. Vorher war das Maximum 700 Franken Selbstbehalt im Jahr, jetzt ist es 5000 Franken im Jahr. Also von einem Jahr auf das andere ist es so gestiegen, es ist natürlich klar, je mehr man selber finanzieren muss, desto mehr floriert natürlich dieser Schwarzmarkt und der Graubereich Privatmarkt. (Transkript 5E)

Diese starke finanzielle Beteiligung der Privathaushalte sei ein wesentlicher Unterschied zu anderen Systemen, in welchen die Versorgungsleistungen staatlich finanziert werden, wie bspw. in Skandinavien. Dort liege die Verantwortung für die häusliche Versorgung weder personell noch finanziell in solch ausgeprägtem Masse wie in der Schweiz beim Privathaushalt. Verschiedene Expert/innen weisen darauf hin, dass parallel zu dieser Finanzierungslogik auch das Bedürfnis nach Pflege zu Hause steigt – bis hin zum Tod. Dies sei einerseits ein Ausdruck der demographischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung. Andererseits sei es auch eine Tatsache, dass nun eine Generation ins Pensionsalter kommt, die ein stärkeres Bedürfnis nach Autonomie hat, weshalb der Verbleib im eigenen Privathaushalt als „höchstes Gut“ gilt.

Als weitere Gründe für die Nachfrage nach Care-Migrantinnen wurde der sich abzeichnende Personalmangel angeführt. Care-Migrantinnen schliessen somit Lücken in der Berufsbildung im Bereich Pflege und Betreuung, der bis anhin noch wenig auf die häusliche Versorgung ausgerichtet war. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass die Relevanz des Themas Care-Migration in der Zukunft noch zunehmen wird.

... weil die Frage stellt sich ja auch, wer versorgt dann die Menschen, die die Pflege brauchen, wenn die öffentlichen Angebote vom Staat nicht ausreichen und Familienstrukturen das nicht auffangen können, was findet man dann für Lösungen? Das ist sicher ein grosses Thema, darum denke ich, dass Care-Migrantinnen sicher noch länger ein Thema sind oder bleiben werden und die auch gebraucht werden, das könnte ich mir vorstellen. (Transkript 7G)

Vor diesem Hintergrund gelten die finanzielle und personelle Sicherstellung der häuslichen Versorgung als zentrale Elemente, die für die Anstellung einer Care-Migrantin im Privathaushalt sprechen.

5.2.2 Perspektiven auf die häuslichen Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen

Unter **Care-Migrantinnen** verstanden die Expert/innen vorrangig ausländische Frauen, die als Live-In im jeweiligen Haushalt wohnen und 24-Stunden-Betreuung leisten. Stundenweise Betreuung wurde in den Fallschilderungen nur selten thematisiert. In allen Versorgungssettings war die Person, die Betreuungs- und Sorgearbeit leistete, weiblich. Es wurden vorwiegend Frauen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren beschrieben.

Die **Haushalte** mit Care-Migrantinnen wurden übereinstimmend als *wohlhabend, begütert, gut betucht, wirtschaftlich sehr gut gestellt* bzw. *vermögend* beschrieben, zumindest *verfügen sie über ein gewisses Budget*, um sich eine Care-Migrantin leisten zu können. Die Anwesenheit von Care-Migrantinnen wurde mit dem Wohlstand der Bevölkerung in den Quartieren in Verbindung gebracht:

Wir haben auch in der Altstadt Leute, die wunderbare Wohnungen haben und vermutlich finanziell gut stehen, aber wir haben das Gebiet da drüben ... und es sind zum Teil nicht wohlhabende, die haben nicht, das ist nicht wohlhabend, die könnten das nie bezahlen. (Transkript 12M)

Darüber hinaus spielt die **Wohnsituation** eine entscheidende Rolle. Von den Expert/innen wurden meist Häuser und in wenigen Fällen Mehrzimmerwohnungen beschrieben, in denen für die Care-Migrantin ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt wurde. Manche der Haushalte hatten bereits seit langer Zeit Hausangestellte. Hier bedeutete die zusätzliche Anstellung einer Care-Migrantin lediglich eine Erweiterung des Tätigkeitsspektrums, zu dem Hausangestellte zugezogen werden.

Die Expert/innen gaben verschiedene **Gründe** für die Anstellung einer Care-Migrantin an. Zentrales Motiv war übereinstimmend der Wunsch der Klient/innen, in der vertrauten und gewohnten häuslichen Umgebung zu bleiben und einen Heimeintritt zu vermeiden. Dabei wurde mit einem Heimeintritt bei einem Abwägen der vergleichbaren Kosten häufig auch das Aufgeben eines individuellen Lebensstils und von lieb gewonnenen Gewohnheiten verbunden:

In einer Institution, in der sie das hat, was sie jetzt hat, diese Eins-zu-eins-Betreuung, man tut sich an ihren Rhythmus, sie schläft sehr lange, sie raucht, sie hat gerne mal ein Glas Wein. Und also wirklich, diese Eins-zu-eins-Betreuung, ich weiss nicht, das ist viel teurer. (Transkript 6F)

Er, also er selber, möchte in seiner häuslichen Umgebung bleiben und in der häuslichen Umgebung, da hat er eben auch seinen Hund, den er gerne hat, und wenn er in eine Institution gehen würde, dann könnte er den nicht mitnehmen. (Transkript 15P)

Besonders eindrücklich wurde der Beitrag einer Care-Migrantin zur Verbesserung der Lebensqualität eines Mannes am Lebensende geschildert:

Er ist auch alleine zu Hause gewesen und wollte unbedingt wieder nach Hause, ist dann mit einer Care-Migrantin, und er ist im Spital sehr depressiv, wirklich, hat also jeglichen Lebensmut verloren und jegliche Lebensqualität, und als er dann nach Hause ist, diese Frau hat für ihn gekocht, sie haben mit dem Auto Ausflüge gemacht und so, der ist total aufgelebt, der hatte eine glückliche Zeit. (Transkript 15P)

Die vergleichsweise höheren **Kosten** einer Heimunterbringung, die zur Anstellung einer Care-Migrantin führten, waren ein wiederkehrendes Thema. Es wurde auch betont, dass die Kosten einer 24-Stunden-Betreuung mit Schweizerischem Personal um ein Vielfaches höher lägen und deshalb eine kostengünstigere Lösung mit einer Care-Migrantin gewählt wird. Dies würde nach Ansicht der Expert/innen eine umfassende Betreuung und Versorgung bei gleichzeitig geringeren Kosten sicherstellen.

Zudem wurden die **Motive** der Angehörigen als wichtig eingeschätzt für die Entscheidung, eine Care-Migrantin einzustellen. Vorrangig ging es darum, die Betreuung trotz ihrer Abwesenheit in der häuslichen Umgebung aufrechtzuerhalten sowie ihrem Bedürfnis nach Sicherheit für die betreuungsbedürftige Person nachzukommen. Aber auch familiäre Verpflichtungen und ein schlechtes Image der Heime wurden sichtbar:

Angehörige, die noch so ein schlechtes Bild haben und sagen, nein, mein Vater, mein Vater oder meine Mutter gebe ich nie in ein Heim, dann tue ich eher noch eine Care-Migrantin anstellen. (Transkript 14O)

Wer letztendlich die **Entscheidung für die Anstellung** einer Care-Migrantin fällt, war je nach Situation unterschiedlich, meist wurden die Angehörigen genannt. Die genauen Hintergründe der Anstellungsbedingungen der Care-Migrantinnen waren den Spitex-Mitarbeitenden oft nicht im Detail bekannt. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Frage, wer formal der Arbeitgeber ist und somit die Ansprechperson, z.B. im Konfliktfall, wie später noch ausgeführt wird.

In den Fallschilderungen wurden unterschiedliche **Wege der Vermittlung** einer Care-Migrantin deutlich. In vielen Fällen wurde die Care-Migrantin privat über bestehende persönliche Netzwerke der Klient/innen und Angehörigen rekrutiert. Einige Care-Migrantinnen wurden von Agenturen vermittelt, die meist über die Angehörigen aus eigenem Antrieb angefragt wurden. Die Namen der involvierten Agenturen waren den Spitex-Mitarbeitenden häufig nicht bekannt. In einem Fall kam der Impuls, eine Agentur anzufragen, von der Expertin selbst, die nach Prüfung der Arbeitsbedingungen sowie Gesprächen mit Verantwortlichen und Angestellten, eine Empfehlung aussprach. In einem anderen Fall wurde von einer Expertin persönlich eine Care-Migrantin empfohlen, die sie in einer früheren Betreuungssituation als sehr verlässlich kennen gelernt hatte.

Die **Arbeitsbedingungen** waren für die Expert/innen in jeder Fallschilderung ein Thema. Dabei wurden auch die politischen Rahmenbedingungen, wie z.B. das internationale Lohngefälle, wiederholt angesprochen. Der Fokus lag jedoch auf der Situation im Einzelfall. Insgesamt war den Expert/innen sehr wenig bekannt, was Entlohnung, aufenthaltsrechtliche Aspekte oder Sozialversicherungsstatus der jeweiligen Care-Migrantin anbelangt. Vereinzelt wurden Vermutungen geäußert in Richtung *Arbeit in rechtlicher Grauzone*, *Existenz von Knebelverträgen* und *Ausbeutung der Care-Migrantin*. Die Expert/innen stellten die Herausforderungen einer 24-Stunden-Betreuung für die Care-Migrantin in den Mittelpunkt: die Ausweitung der Arbeitszeit, die ständige Verfügbarkeit bei sozialer Isolation, die fehlenden Ruhe- und Erholungszeiten sowie die fehlenden Bewältigungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten.

Und dann ist es eben so weit gegangen, dass die wirklich auch psychisch so fertig gewesen sind, einerseits von dieser Non-Stop, also Standby-Funktion, sie mussten ja immer dort sein, Tag und Nacht eigentlich, vier Wochen am Stück und eben schon über 50, es ist nicht so gewesen, wenn sie nach Hause ging, wieder nach Serbien, dass sie dann dort vor Ort auch

wieder schauen mussten, und in der Familie alles wieder aufarbeiten, das bis dann wieder liegen geblieben ist, sie musste dort wieder arbeiten, und das hin und her pendeln da, keinerlei Kontakt gehabt, isoliert gewesen, also es ist absehbar gewesen, dass sie krank werden, also psychisch krank auch, plus dann ist bei einer dann herausgekommen, dass sie dann Alkohol trinkt, dass sie zum Teil alkoholisiert ist, dass ist einfach in der ganzen Situation, sie wusste nicht mehr weiter. (Transkript 5E)

Die Expert/innen äusserten sich sehr mitfühlend hinsichtlich der Anstrengungen, die eine 24-Stunden-Verfügbarkeit beinhaltet.

Ich finde das also, ich habe eigentlich einen Respekt vor den Leuten, die das machen, auch die solche Arrangements in Kauf nehmen, weil es ist wirklich so, die Augenringe sind also da unten, wenn es in die dritte Woche geht, das ist also wirklich dann auch eine grosse Erschöpfung auch, die sich da bemerkbar macht. (Transkript 4D)

Es wurde gefolgert, dass diese Erschöpfung Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung und auf das Wohlbefinden und den Gesundheitsstatus der betreuungsbedürftigen Person hat.

Ich finde es auch verrückt, dass man einfach eine Stunde täglich frei hat, also, das löscht einem ab, ob das Polin oder wer auch immer ist und in so einer intensiven Pflege und je nachdem, wie die Laune auch noch da ist, ich denke mir, das ist qualitativ wie gut da? Und man noch qualitativ sein kann? Also ich weiss nicht, wie man das überhaupt auch aushält. (Transkript 8H)

Die **Motive der Care-Migrantinnen**, sich dennoch auf die geschilderten Arbeitsbedingungen einzulassen, sind nach übereinstimmender Ansicht der Expert/innen wirtschaftlicher Art:

Sie hat mir gesagt, ich brauche das Geld. (...) Ich ernähre die halbe Familie. Und für mich war es irgendwie klar, dass sie jetzt einfach alles aushalten muss, weil, ja, sie braucht das Geld. (Transkript 8H)

Die wirtschaftliche Notlage bei gleichzeitig unregulierten Arbeitsbedingungen in einem prekären Arbeitsverhältnis führte zu einer starken Abhängigkeit vom jeweiligen Arbeitgeber. Dabei war das Ausmass an Wertschätzung, das der geleisteten Arbeit der Care-Migrantinnen durch die pflegebedürftige Person gezeigt wurde, individuell höchst unterschiedlich ausgeprägt. Das Spektrum der geschilderten Situationen reichte von wenig positiv bis hin zu überaus wertschätzendem Umgang und Anerkennung der Leistungen der betreffenden Care-Migrantin.

5.2.3 Kommunikation als Grundlage

Kommunikation ist grundlegend für die Arbeit in der Pflege und Betreuung. Traditionell ist die professionelle Pflege stark von der verbalen Kommunikation geprägt, mehr als vom schriftlichen Ausdruck. Insofern wäre dies eine gute Voraussetzung für einen direkten sprachlichen Austausch mit Care-Migrantinnen. Expert/innen berichteten denn auch, wie sie den Kontakt zu den Care-Migrantinnen über den Austausch aktiv gesucht hätten, um sich ein Bild von deren Arbeitsbereichen zu machen und die Zuständigkeiten zu klären.

Und so wie ich mich bis jetzt mit diesen Betreuenden unterhalten habe, weil ich wollte ja wissen, wie weit ihre Aufgabe geht, also unter welchen Abmachungen wurden sie eingestellt, um auch zu wissen, was kann man ihnen übergeben und was nicht. (Transkript 4D)

Es wurde auch geschildert, wie Schnittstellen in der Präsenz im Privathaushalt genutzt wurden, um die Fallübergabe zwischen Care-Migrantin und Spitex zu regeln. So entwickeln sich teilweise Ansätze eines ‚informellen‘ Rappports zwischen den Pflegefachpersonen und der Care-Migrantin.

Also erstens einmal, dass man sich eben trifft, aber sicher so, dass man ganz kurz einen Patientenrapport machen kann, also das kann man schon, das muss einfach drin sein und

muss möglich sein, weil wir müssen wissen, was habt ihr in all diesen Tagen beobachtet, und sie müssen wissen, was bei uns wieder angesagt ist. (Transkript 4D)

Allerdings stellen sprachliche Barrieren, gekoppelt mit interkulturellen und non-verbale Aspekte offensichtlich eine grosse Herausforderung dar. Dies zeigt etwa der leicht hilflos anmutende Versuch, die Sprachbarriere durch rudimentäre sprachliche Anpassungen zu überwinden, in der Hoffnung, diese Instruktion zeige die erwünschte Wirkung.

Wir mussten diesen Polinnen beibringen, ((spricht in gebrochenem Hochdeutsch)) [du musst genau Morgen sechs Uhr geben, Mittag genau zwölf Uhr, abends sechs Uhr und Nacht musst du aufstehen und sagen, Mutti Medikamente rein und etwas dazu nicht zu trinken, nicht wecken, weil sie dann wütend wird und das ist die Sprache, so. (Transkript 8H)

Durch sprachliche Engpässe ist auch die Information über gefährdende Unterlassungen oder Handlungen eingeschränkt, etwa wie eine Druckstelle zu vermeiden wäre oder wie in dringenden Situationen Hilfe zu organisieren ist.

Und wir hatten dann ein Familiengespräch mit einem Angehörigen und dort ist mir einfach selber aufgefallen, dass man ja mit diesen Leuten, diesen Migrantinnen nicht reden kann, also wenn es um die Dekubitus-Prophylaxe gegangen ist, konnten wir ihnen nicht wörtlich schildern und relativ banal erklären, was ist der Grund, warum ist jemand gefährdet, was ist das überhaupt, wie tut man von der Lagerung her, auf was muss man dann achten, sondern man musste es vorzeigen. (Transkript 8H)

Die Klientin hat dann einen Schlaganfall gemacht und die Pflegemigrantin hat dann uns als Spitex oder den Arzt nicht informiert, wir sind dann halt erst am nächsten Morgen wieder gegangen und haben sie dann halt mehr als zwölf Stunden nach dem Ereignis vorgefunden aber dann war es halt schon zu spät gewesen und sie ist dann schlussendlich im Spital verstorben. (...) Weil sie nicht den Arzt rufen konnte, weil sie eben keine der Landessprachen sprach und den Sohn dann halt angerufen hat und der natürlich nach dem Feierabend, vom Hörensagen, dann quasi die Situation auch nicht richtig einschätzen konnte, und ja dann natürlich die Sache ihren Lauf genommen hat, die dann im Endeffekt halt dann tödlich geendet ist. (Transkript 1A)

Besonders das letzte Fallbeispiel illustriert eindrücklich, wie fehlende Sprachkenntnisse die Versorgungssicherheit beeinträchtigen können. Allerdings ist nicht nur der Informationsaustausch zu patientenbezogenen Belangen wegen der Sprachbarrieren eingeschränkt. Auch das Befinden der Care-Migrantinnen während ihrer zeitintensiven Anwesenheit kann kaum eruiert werden. Dies ist ein wichtiges Anliegen der befragten Personen, da auch die Stabilität und Belastbarkeit der betreuenden Person zentral ist für die Qualität der Versorgung. Diese Kommunikationshürden werden teilweise noch verstärkt durch einen irregulären Aufenthaltsstatus der Care-Migrantin. Aus der Angst und Abhängigkeit, die eine solche Situation mit sich bringen kann, fällt es vielen Care-Migrantinnen (auch bei vorhandenen Sprachkenntnissen) schwer, sich auf eine Kommunikation mit der Welt ausserhalb des Privathaushaltes einzulassen.

Der Sohn fand dann, wenn er mit ihnen spreche sei alles okay, das ist klar, die sind vom Anstellungsverhältnis abhängig gewesen, sie wussten, wenn sie irgendwo etwas sagen, das nicht in Ordnung ist, dann sind sie am nächsten Tag wieder weg. (Transkript 5E)

Als Ausweg zur Sprachbarriere wurde erwähnt, dass die Care-Migrantin idealerweise Englisch kann, um in Notfallsituationen angemessen mit hilfeleistenden Organisationen sprechen zu können. Angenommen wurde, dass diese Sprachkompetenz auch zur Selbstsicherheit der Migrantin beiträgt. Attestiert wurde manchen Migrantinnen darüber hinaus insbesondere bei längerfristigen Care-Arrangements, dass sie ihre Sprachkenntnisse verbesserten, wodurch sich die Verständigung optimierte.

Ja, einmal hat es mit der Apotheke nicht geklappt, sie war dann aufgeregt, sie habe nicht verstanden wegen dem Rezept, das jetzt da gefehlt habe, und ist dann mit diesen Sachen

gekommen, aber ohne Rezept, also man musste dann noch das Rezept in die Apotheke faxen. Ja, weil das hat sie nicht verstanden, was die ihr dann gesagt hat, das ist aber eben vor einem Jahr gewesen, jetzt ist das schon viel, sie kann besser Deutsch jetzt, oder. (Transkript 3C)

Um Sprach- und Kommunikationshürden zu überwinden, wurden verschiedene Lösungsansätze präsentiert. So nutzten einige Spitex-Mitarbeitende ihre Kenntnisse einer Drittsprache wie Englisch oder Italienisch, es wird über dolmetschende Angehörige berichtet oder die Forderung nach Vermittlung eines offiziellen Dolmetschers beschrieben. Auch für die Verständigung via spezieller Software auf dem Smartphone oder PC wurden Beispiele angeführt. Andere Lösungsansätze wie beispielsweise Übersetzungsdienste via Telefon oder die Nutzung von Instruktionmaterialien mit Videounterstützung, wie sie via Internet international zu finden sind, sowie das zu Rate ziehen eines Sprachführers für das Gesundheitswesen wurden hingegen nicht erwähnt.

Aufgrund der Aussagen der Expert/innen erscheinen die Spitex-Mitarbeitenden teilweise wie ein ‚Fenster zur Welt‘ für die Care-Migrantinnen, weil sie häufig der einzige Sozialkontakt waren. In einigen Interviews wurde erwähnt, dass Spitex-Mitarbeitende stellvertretend für die Care-Migrantin zugunsten besserer Arbeitsbedingungen mit den Angehörigen kommuniziert hatten und so eine Art Anwaltsfunktion übernahmen. In einigen Situationen konnten gewisse Freizeitregelungen wie beispielsweise ein freier Nachmittag pro Woche für die Care-Migrantinnen erzielt werden. In einem anderen Fallbeispiel unterstützte die Spitex die Care-Migrantin sogar aktiv bei der Suche nach einer geeigneten Freizeitbeschäftigung, die ihr über das Engagement in einem Verein zugleich sozialen Anschluss ermöglichte.

Und ich denke, eben sie ist vielmals auch überfordert gewesen, weil sie einfach alleine mit dieser Klientin immer gewesen und auch sozial isoliert, sie hat auch einmal geäußert, dass sie gerne in einen Verein gehen würde, ich habe ihr dann eben so auf einer Homepage geschaut, was es so alles in der Nähe gibt, und sie ist dann nachher in den Alpenclub eingetreten, das hat sie wirklich, das wollte sie, wandern gehen. (Transkript 13N)

Insgesamt zeigt sich, dass die sprachliche Kommunikation ein herausragendes Element für die Versorgungsqualität ist. Darüber hinaus wirkt sie auch der prekären Arbeitssituation entgegen.

5.2.4 Herausforderungen für die Qualität der häuslichen Versorgung

Die Expert/innen beschrieben exemplarisch Situationen, in denen die häusliche Versorgung entweder besonders gut oder besonders schlecht lief. Ihre Beispiele zeigen nachdrücklich die vielfältige Ausgestaltung der individuellen Betreuungssituationen. Das Handeln der jeweiligen Care-Migrantin wurde in einem breiten Spektrum verortet: Auf der einen Seite diente manche Care-Migrantin als hilfreiche Unterstützung und Ressource für die anderen Beteiligten im Privathaushalt. Auf der anderen Seite stellten manche Care-Migrantinnen ein Risiko dar für die Klient/innen und die sichere Versorgung in der häuslichen Umgebung.

Dabei wurde von den Expert/innen häufig auf Diskrepanzen im Pflege- und Betreuungsverständnis zwischen der Care-Migrantin und der beteiligten Spitex-Mitarbeitenden verwiesen. Während die Care-Migrantinnen eher kümmernd und umsorgend agierten, vertraten die Expert/innen eine Haltung der professionellen Unterstützung, Förderung und Aktivierung im Sinne von ‚so viel wie nötig, so wenig wie möglich‘. Dieses professionelle Verständnis soll dazu beitragen, die Selbstmanagementfähigkeiten der Kund/innen zu fördern oder zu erhalten. Das bedeutet jedoch auch, dass diese dazu motiviert werden, das zu tun, was sie selbst noch machen können. Diese Vorgehensweise ist deutlich zeitintensiver als die Tätigkeit stellvertretend für die Klient/innen zu übernehmen.

Ich glaube, dass das einfach eine hohe Kompetenz ist, diese Hilfe zur Selbsthilfe, das muss man erst einmal können, und das fehlt ihr [der Care-Migrantin] möglicherweise total, also sie

wird möglicherweise sogar denken, dass sie ihr [der Klientin] einen Gefallen tut, wenn sie es übernimmt. (Transkript 6F)

Und da machen wir vielmals die Erfahrung, sie meinen es gut und sind lieb und nett, aber einfach vom Verständnis her, vielleicht auch, das hängt sicher auch noch mit dem kulturellen Hintergrund zusammen, also wie geht man auch mit einem Menschen um, und auch merken, sie haben das null gelernt, also, was heisst das, eine Pflege bei einer demenzkranken Patientin und sie zu führen, zu leiten oder sie abholen zu können, dort wo sie ist. (Transkript 5E)

Oder auch bei der Mobilisation, Kinästhetik, das ist gut, aber es braucht Zeit, du musst zuerst einmal schauen, was hat der für Ressourcen, was kann er selber, wo muss ich ihn unterstützen, wenn du einfach hilfst, hoppla geht es einfach. (Transkript 13N)

Die Anleitungs- und Instruktionsfähigkeit erweist sich demnach als typisches Beispiel einer professionellen Leistung, die so von Care-Migrantinnen kaum erwartet werden kann.

Insgesamt war die Frage nach der Qualität der Pflege und guten Versorgung der Kund/innen allen Expert/innen ein grosses Anliegen. Care-Migrantinnen würden oft zu niedrigen Löhnen für die Betreuung engagiert. Aber *gute Pflege hat ihren Preis*, so der Tenor der Befragten.

Es sind Gründe, wieso wir so teuer sind, wir bilden aus, wir haben Qualifikationslevels, wir haben aus-gebildete Mitarbeiterinnen, also, wir haben Möglichkeiten qualitativ gut arbeiten zu können. (Transkript 14O)

Für die Qualität der Betreuungsarbeit sind auch die Arbeitsbedingungen und das Wohlbefinden der Care-Migrantinnen entscheidende Faktoren. So wurde von den Spitex-Mitarbeitenden in manchen Situationen interveniert, um durch verbesserten Arbeitsbedingungen, hier konkret eine minimale Freizeitregelung, die Situation zu entschärfen:

Und als wir gemerkt haben, dass sie die Betreuung eigentlich recht unleidig auch übernommen hat, haben wir dann mit den Angehörigen das Gespräch gesucht und haben sie dann doch gebeten, dass sie halt dieser Pflegemigrantin doch einen Nachmittag frei geben können, wenn sie schon sieben Tage die Woche arbeitet, dass sie sich mal entspannen kann und dann quasi auch wieder Kapazitäten hat, ihrem Job auch wieder nachzugehen, weil wir gemerkt haben, dass die Pflege, die sie übernehmen sollte, recht mangelhaft ausgeführt worden ist. Sie [die Klientin] hat sich wund gelegen, sie ist in vollen Windeln gelegen, sie [die Care-Migrantin] hatte nicht so gut geschaut und dann haben wir eben festgestellt, dass sie 24 Stunden, mehrmals auch in der Nacht halt aufstehen musste, um halt dann die Klientin zu versorgen. (Transkript 1A)

Inwiefern mangelnde Versorgungsqualität auf einer unzureichenden Situationseinschätzung (mangelnde Qualifikation) beruht oder ob die überlangen Arbeitszeiten die Qualitätseinbusse verschuldet haben, lässt sich nicht immer schlüssig beurteilen. Denkbar ist, dass beides kumuliert und darüber hinaus auch mangelnde Fertigkeiten zu längeren und umständlicheren Handlungen und Arbeitszeiten führen. Dies kann, wie von manchen Expert/innen beschrieben, zu verstärkter Erschöpfung, Anspannung oder körperlicher Fehlbelastung bei den Care-Migrantinnen führen. Die Anstellung der Care-Migrantin führte in diesen Fällen nicht zur erhofften Entlastung, sondern zu einer zusätzlichen Verschärfung der Situation. Insofern beurteilten die Expert/innen auch die Anstellungsbedingungen der Care-Migrantinnen als eine wesentliche Grundlage für eine qualitativ vertretbare häusliche Versorgung.

5.2.5 Spannungsfeld Qualifikation

Vielfach verwoben mit der Qualität der häuslichen Versorgung, aber dennoch analytisch gesondert zu betrachten, sind die Qualifikationen der beteiligten Personen. Abgesehen von einer Fallsituation, bei der eine Vermittlungsagentur involviert war, die ausgebildetes Pflegefachpersonal einsetzt, verfügten die Care-Migrantinnen über keinerlei betreuungs- oder pflegefachliche Qualifikation im Sinne eines qualifizierenden Berufsabschlusses. Ein wesentliches Charakteristikum

der häuslichen Versorgung sind die verschwimmenden Grenzen zwischen Mithilfe bei der Betreuung, Betreuungsarbeit und Ausübung pflegerischer Tätigkeiten. Dabei zählt die professionelle Pflege zu den vom Bund regulierten Berufen, und für die Ausübung der häuslichen Versorgung in den Kantonen als bewilligungspflichtig.

Rechtlich ist es eigentlich völlig klar, es gibt bestimmte pflegerische Tätigkeiten, dazu brauche ich eine Qualifikation. (Transkript 15P)

Die historisch begründbare Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege wurde von einem Teil der Expert/innen genutzt, um die pflegerischen Tätigkeitsbereiche der Care-Migrantinnen in der Grundpflege zu verorten. Aber auch diese Unterscheidung birgt Herausforderungen, denn Grundpflege beispielsweise bei einem dementen Menschen ist ausgesprochen anspruchsvoll. So führt mitunter mangelnde oder mangelhaft durchgeführte Zahnpflege zu einer Parodontose und in der Folge zu Ernährungs- und Verdauungsproblemen. Erschwerend für die Einschätzung der fachlichen Erfordernisse kam auch hinzu, dass teilweise der Auftrag der Care-Migrantin für die Spitex-Mitarbeitenden nicht klar war.

Wir wissen gar nicht, was die für einen Auftrag dort drinnen haben, also ist das klar, dass die die ganze Wohnung putzen müssen oder ist eigentlich der Auftrag, die Pflege und die Betreuung zu übernehmen? Wir haben keine Ahnung. (Transkript 8H)

Der auch in der Öffentlichkeit gängigen Vorstellung, dass Kindererziehung ausreicht, um Pflegetätigkeiten gut ausüben zu können, wurde energisch widersprochen:

Dass es nicht ausreicht, Kinder gross gezogen zu haben oder Kinder zu haben und dann kann man jemand Altes übernehmen oder jemand Krankes, manchmal sind ja die Kranken auch jung. (Transkript 9J)

Manche Care-Migrantinnen verfügen allerdings über eigene Erfahrungen als pflegende Angehörige, die durchaus nützlich sein können. Von den Expert/innen wurden die Auswirkungen dieser Erfahrung auf die Qualität der Arbeit mit betreuungsbedürftigen Personen positiv hervorgehoben:

Die hat ihre Mutter gepflegt, lange, sie sagt immer lange, ... ihre eigene Mutter und das merkst du einfach. (Transkript 6F)

Ausserdem werden individuelle persönliche Eigenschaften, wie z.B. Einfühlungsvermögen, genannt, die zentral für eine gute Betreuung sind und die nicht notwendigerweise eine professionelle Qualifizierung und Schulung der Empathiefähigkeit erfordern.

Also ich finde, es gibt wirklich Menschen, die es wahnsinnig gut können, ohne dass sie einen Hintergrund haben, das ist wirklich erstaunlich, bei denen man merkt, da ist Feingefühl da, die können sich vorstellen, dass jemand Zeit braucht, wenn man Essen eingibt und so weiter. (Transkript 12M)

In der häuslichen Versorgung ist die Ausübung einer Tätigkeit wegen der stundenlangen alleinigen Anwesenheit in einem Privathaushalt vorwiegend über die Ergebnisse zu beurteilen, bzw. darüber, wie stabil sich die Pflegesituation präsentiert. Beispielsweise kann ein langjährig erfahrener Patient mit Multipler Sklerose in der Regel sehr genaue Instruktionen erteilen und spezifische Handlungen allenfalls selber vorzeigen und auch das Ergebnis selber beurteilen (z.B. das Wohlbefinden bei einer Lagerung). Bei einer zeitintensiven Anwesenheit einer Care-Migrantin können sich die nötigen Fertigkeiten und Arbeitsabläufe rasch einspielen, die auch eine qualifizierte Pflegefachperson nicht besser durchführt. Wenn hingegen ein neues Problem auftaucht, das es zu erheben und zu beurteilen gilt, und wofür passende therapeutische, edukative oder kommunikative Massnahmen zu planen sind, werden pflegfachliche Kompetenzen erforderlich. Dies zeigte sich in den Fallsituationen beispielsweise, als neu ein Blasenkatheter notwendig wurde. Hier fallen hygienische und versorgungslogistische Aufgaben sowie Fingerfertigkeiten im Umgang mit dem Kathetermaterial an, die neu eingespielt werden müssen. Insofern ist es situa-

tiv nötig, je nach Konstellation der Akteure die erforderlichen Alltags- und/oder Fachkompetenzen abzuwägen und bei der Aufteilung von Aufgaben entsprechend zu berücksichtigen.

Wo ich mich natürlich nie irgendwie eingemischt habe, ihr Bereich ist eben zum Beispiel auch noch Baden und Pflegen und da weiss ich halt nicht, wie sie es macht, hingegen fragt sie sofort, wenn ihre, wenn unsere Patientin etwas hat, bei dem sie nicht sicher ist, fragt sie sofort. Sie sei etwas holen gegangen, die Frau hat manchmal eine Allergie auf Nüsse und ganz geschwollene Lippen, offenbar hat sie das ab und zu einmal, und das tut ihr dann weh, und dann ist sie [die Care-Migrantin] in die Apotheke etwas selbstständig holen gegangen, ist aber sehr aufgeregt gewesen, weil es noch nicht gebessert hat, und dann habe ich einfach einen Arzt angerufen, wir hätten das und das, ob das gut sei, ob er noch etwas anderes habe, und dann hat man, glaube ich, noch etwas anderes geholt, und das ist dann aber gut gegangen, und sie ..., sie hört zu. (Transkript 3C)

Dieses Beispiel macht deutlich, dass Care-Migrantinnen ergänzend zur Spitex Aufgaben übernehmen. Allerdings zeigte sich auch, dass ergänzende pflegerische Handlungen ohne die entsprechende Qualifikation zu einem Gesundheitsrisiko für die Klient/innen werden können. Care-Migrantinnen benötigen nach Ansicht der Expert/innen entweder entsprechendes Fachwissen und Fertigkeiten oder zumindest Anleitung und Kontrolle durch die Pflegefachpersonen, um Schäden zu vermeiden bzw. diese frühzeitig zu erkennen:

Wenn sie dann gerade die Beine einbinden, dann merken wir halt schon, dass der Ablauf und Sinn und Zweck der Kompressionstherapie nicht wirklich verstanden wird, man kennt das halt einfach unter Beine einbinden, aber wir haben schon erlebt, dass sie zu streng eingebunden worden sind, dass es dann Abschnürungen gab, dass gewisse Partien nicht eingebunden worden sind, und dass es dann halt Stauungen gab, die dann halt zur Veränderung der Haut geführt haben, Stauungsdermatitis et cetera, und aber auch zu Ulzerationen und vor allem gerade bindet man Beine ein bei venösen Insuffizienzen, und wenn darauf durch einen falsch angebrachten Verband eine Läsion dann entsteht. (Transkript 1A)

5.2.6 Ethische Dilemmata für die Spitex-Mitarbeitenden

Die Auseinandersetzung mit solchen Qualitätseinbussen findet teilweise statt, indem die Spitex-Mitarbeitenden in ihrem Team über beobachtete Fahrlässigkeiten sprechen. Die Überlegungen dazu zeigen eine gewisse Hilflosigkeit auf, wie fachliche und rechtliche Zusammenhänge zu kommunizieren sind.

Und die Frage habe ich dann auch bei uns im Zentrum gestellt, wie gehen wir damit um, wenn wir von Fahrlässigkeiten wissen und eben halt von teilweise nicht Erlaubtem oder Situationen, wem sind wir da verpflichtet, unseren Klienten gegenüber, aber nicht dem Staat oder dem Gericht, also der Polizei gegenüber, wir machen keine Meldung an irgendjemanden, wir probieren eigentlich nur das grösste Leid eigentlich für den Klienten zu verhindern durch eben solche fahrlässige Pflege, aber wir dürfen auch gar nicht grossartig darüber reden. (Transkript 1A)

Die Verantwortung für eine gute pflegerische Versorgung ist – anders als für Handreichungen – nicht teilbar, wie das folgende Beispiel zeigt.

Es ist wirklich, ich finde es ganz heikel oder, weil eigentlich ist es von den Angehörigen so, dass wie sie die Verantwortung haben, aber wenn man in dem Fall involviert ist, dann kann man ja nicht einfach die Augen zudrücken, und das ist ein grosses Dilemma gewesen, dass wir gemerkt haben, also wenn unsere Leute drin sind, dann müssen wir trotzdem wieder die Verantwortung übernehmen. (Transkript 8H)

Somit ist das ethische Prinzip von „Nicht Schaden“ angesprochen, und inwiefern sich hier die Schweigepflicht, die dem Schutz der Patient/innen dient, und die Kommunikation von betreuerischen Fehlleistungen gegenüber stehen. Als Adressaten für dieses Dilemma wären wohl als

erstes die Angehörigen anzusprechen. Allerdings würde dies bedeuten, dass sich die Angehörigen als Arbeitgeber der Care-Migrantin verstehen und sich verpflichtet fühlen, deren Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies wäre zum Wohle der Patient/innen notwendig.

Genau, ganz genau, also das ist gar nicht so einfach, wenn dann die auf einmal müssten, also ich finde das sollte uns Pflegenden bewusst sein, weil dann muss man gleich mit den Angehörigen reden. Also sie müssen sich sicher nicht in solche Systeme einmischen wie das Vertragssystem, also da würde ich also keine Meinung äussern, aber mindestens könnten sie dann mit den Angehörigen reden und sagen, das und das ist für ihre Angehörige nötig und wie stellen sie sich das vor, wer sollte das machen. (Transkript 4D)

Nicht nur die Angehörigen sind Teil des ethischen Dilemmas, sondern auch die pflegebedürftigen Personen selber. Denn nicht selten entscheiden auch sie möglichst autonom im Privathaushalt, was es zu respektieren gilt. Andererseits sind professionelle Massnahmen nötig, wenn Krisen zu vermeiden oder zu beheben sind. Grundsätzlich sind die Präsenz der Spitex im Privathaushalt und die Einsicht, die sie dadurch in private Bereiche Einblick erhält, eine Herausforderung. Ohne die Spitex wären gewisse Missstände oder Situationen im Privathaushalt schlicht extern nicht zugänglich. Die Spitex öffnet deshalb so etwas wie ein ‚Guckloch in den Privathaushalt‘. Sie erschliesst in gewisser Weise – zumindest potentiell – Privates der Öffentlichkeit, weil sie *hinter die Mauern des Privathaushaltes* blicken kann.

Und jetzt auch eine Situation, (...) diese Mutter braucht vielmehr Betreuung (...), sie musste dann aus dem Spital raus, schnell schnell hat dann die Tochter irgendwie im Internet geschaut, 24-Stunden-Betreuung, und irgendeine Organisation angestellt, (...) zum Glück hat sie noch eine Spritze gebraucht und einen Verbandswechsel, oder einen Gips, genau einen Gips musste sie noch haben, wo dann der Spital ganz klar gesagt hat, das muss aber die Spitex-Organisation, jeden Tag diesen Gips dann quasi wieder neu anbringen, weil die Frau hat den immer wieder abgezogen von der Demenz her, oder. Und dann sahen wir in die Situation hinein, (...) die Frau, die vor Ort war, hat dieser Patientin wirklich, sie regelrecht vergewaltigt, um ihr die Medikamenten einzugeben. Sie hat ihr die Nase zu gehalten, damit sie den Mund aufmacht, dass sie ihr die Medikamente, ihr die Schmerzmedikamente einfach so eingeben konnte. (Transkript 5E)

Was schliesslich in solchen Fällen zum Dilemma führt, ist die Ohnmacht der Spitex-Mitarbeitenden, an den Missständen aktiv etwas zu verändern. Sie beobachten unter Umständen heikle, wenn nicht gar gefährdende Situationen, aber sie schreiben sich selber keine Handlungsmacht zu, beziehungsweise sie glauben, sie können nicht wirksam einschreiten und nachhaltige Veränderungen bewirken.

Für uns ist einfach der Clinch gewesen, die Frau konnte sich nicht wehren, sie konnte nicht davonlaufen, sie konnte sich verbal nicht wehren und für den Fall wäre ganz sicher erforderlich gewesen, dass man ein bisschen mehr geschaut hätte, was da gemacht wird, oder wir als Institution sind einfach noch rein, um sie zu unterstützen, aber in dem Sinn hatten wir keinen Einfluss, wir haben es gemeldet, ich meinte, sogar zwei Mal. (Transkript 13N)

Das betrifft in noch stärkerem Masse Situationen, in denen die Care-Migrantinnen die Opfer sind. Verschiedentlich legten die Expert/innen ihre Unsicherheit bei prekären Anstellungs- und Arbeitsbedingungen der Care-Migrantin dar.

Wenn ich Kenntnis von einer Straftat habe in dem Sinne, müsste ich sie ja eigentlich bei der Polizei dann anzeigen, aber ich stehe natürlich auch unter dem Patientengeheimnis, aber sind ja keine Sachen, die den Patienten betreffen, sondern es ist eine Sache, die das Umfeld und die Pflege halt da betreffen tut, und das ist halt diese Situation, in der ich mich recht Unwohl fühle, dann auch in dieser Situation, sind die Leute regelrecht angestellt, sind sie da am Schwarzarbeiten, werden sie ausgebeutet, das ist natürlich auch eine Frage. (Transkript 1A)

In solchen und ähnlichen Schilderungen zeigt sich eine hohe Sensibilisierung der Spitex-Mitarbeitenden auch für grundlegende Fragen der Ausbeutung und Ungerechtigkeit. Vermehrt

fällt der Begriff *Sklaverei*. In einem Interview beschreibt sich die Expertin als *Helfershelfer illegaler Machenschaften*. Eine Aussage, die das Dilemma auf den Punkt bringt:

Und ich denke mir bei solchen Fällen, würde ich wirklich sagen, super und das ist mir egal, ob sie jetzt dort schwarzarbeiten oder nicht, eben deswegen sage ich ja auch, ich will das gar nicht wissen, weil das ist nicht unsere Verantwortung, wichtig ist, es geht für die Kundin, weil es wäre unmöglich, dass die Kundin alleine zu Hause ist, unmöglich. (Transkript 11L)

Die Position hier ist deutlich: Lieber nicht nach den genauen Umständen des Arrangements fragen und lieber keine Kenntnis von den Arbeitsbedingungen haben. Diese Strategie, die in einem Interview auch als *don't ask – don't tell-Haltung* auf den Punkt gebracht wird, illustriert eindrücklich die beklemmende Lage der Spitex-Mitarbeitenden in gewissen Situationen. Hier wurde immer wieder die Frage aufgeworfen: Wo und wann soll man hinschauen? Wann darf man wegschauen?

Ein letztes Dilemma zeigt sich am sogenannten „Care Drain“. Obwohl insgesamt internationale Kontexte und globale Zusammenhänge des Phänomens der Care-Migrantinnen eher zurückhaltend diskutiert wurden, zeigten sich einige Expert/innen sensibilisiert hinsichtlich der Tatsache, dass das Engagement von Care-Migrantinnen in der Schweiz Versorgungslücken in den Herkunftsländern und den Familien der Migrantinnen hinterlässt.

Die brauchen das dringend selber, also solche Überlegungen muss man sich machen, bei allen Ländern, von denen wir jetzt Personal abziehen, die brauchen das Personal selber, also es wäre dann eigentlich anständig, man würde quasi die Länder mindestens für die Ausbildungskosten dann aber noch entschädigen, oder. (Transkript 15 P)

Zumindest bestimmte Zuwendungen sollte die Schweiz leisten, um den Care Drain finanziell oder strukturell abzufedern. Andere Aussagen nahmen positiv Bezug auf gewisse Regelungen von Vermittlungsagenturen, die keine Frauen mit Kindern unter 15 Jahren anstellen.

5.2.7 Zusammenarbeit: Konkurrenz oder Kooperation?

Wie bereits verschiedentlich angeklungen, ist die Zusammenarbeit zwischen Care-Migrantinnen und Spitex-Mitarbeitenden ein zentrales Element in der häuslichen Versorgung. Das folgende Beispiel schildert eindrücklich und detailliert, wie der graduell steigende Pflegebedarf mit der erforderlichen Zusammenarbeit einhergeht und wie diese Zusammenarbeit strukturiert ist.

Also es ist eine Situation mit einer fortschreitenden Erkrankung, die immer mehr Betreuung braucht. Also zuerst einmal wenig Spitex und dann immer mehr Spitex, Morgen- und Abendspitex, dann war der Dienst fast nicht mehr alleine machbar für die einzelne Mitarbeiterin am Abend. Und dann hat man nach einer Lösung gesucht, weil die Spitex das auch nicht mehr bewältigen konnte, man wollte dann eigentlich den Abenddienst abgeben. Und dann äh, da ich schon länger die Bezugsperson von dieser Familie bin, habe ich einmal gesagt, ich habe schon gehört, es gäbe so Frauen aus Polen oder Ungarn oder so, die Angehörigen sollen einmal im Internet schauen. Und dann hat ein Angehöriger jemand für ziemlich viel Geld aus der Schweiz gefunden, und der andere Angehörige hat gleichzeitig jemand aus Deutschland respektive Polen gefunden, eine Vermittlungsagentur aus Deutschland, und man hat sich dann für die Ausländischen entschieden, weil das andere ist dreifach oder weiss nicht wie viel Preis gewesen. Und die Frauen, das sind zwei, sind jetzt seit knapp einem Jahr bei dieser Familie, abwechslungsweise jeweils zwei Monate. Und die haben 24-Stunden-Betreuung, sind aber null ausgebildet in Pflege und die Frau ist ein ziemlich Pflegefall, mit ihrer fortschreitenden Krankheit, dass sie auch immer weniger mobil ist und gleichzeitig schwer, und die Spitex hat dann auch die Rolle übernommen, die einzuarbeiten und ihnen Sachen zu zeigen, die sie dann können oder nicht können und jetzt betreuen wir eigentlich mit diesen zwei zusammen. Wir gehen zwei Mal im Tag hinein, am Vormittag irgendwann machen wir die Grundpflege, die Dame anziehen, und am Abend bringen wir sie ins Bett und lagern, vorwiegend wegen, das darf ich sicher sagen, Dekubitus-Prophylaxe.

Und mich dünkt es, es ist eigentlich lange relativ gut gelaufen und jetzt kommen immer mehr zusätzliche Schwierigkeiten, ... und natürlich die Kundin, für die es auch immer schwieriger wird, weil sie immer ein bisschen weniger kann. (Transkript 8H)

Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren im Versorgungssetting als zentrales Element ist im Bewusstsein der Expert/innen sehr präsent. Akteure, die hier vor allem genannt wurden, sind Angehörige, Hausärzt/innen, andere Gesundheitseinrichtungen und freiwillige Dienste. Die Intensität und enge Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen wurde häufig als neues Phänomen beschrieben und eher als überraschend wahrgenommen:

Und mir war es auch nie bewusst, wie eng dass wir eigentlich auch zusammen mit denen arbeiten müssen und wie klar dass auch stehen muss, für was sind sie dann verantwortlich und für was sind wir dann verantwortlich, weil das war irgendwie so, also mir war das selber nicht bewusst, dass man das wirklich auch abklären muss, obwohl wir eigentlich gar nicht die Arbeitgeber sind von diesen Leuten, sondern jemand anders, und wir müssen trotzdem irgendwie drinbleiben, also drinbleiben und die Fäden ziehen, also so wie sich da herausgestellt hat, ist es jetzt sehr sehr intensiv, also dass wir wirklich für jede Abklärung auch da sein müssen und sogar vorgehen müssen. (Transkript 10K)

Die individuelle Zusammenarbeit von Care-Migrantin und Spitexmitarbeiter/in wurde als ein *Miteinander statt Gegeneinander* geschildert. Care-Migrantinnen wurden vor allem im Hinblick auf Betreuungsleistungen als *Ergänzung zur Spitex* und *nicht als Konkurrenz* wahrgenommen.

Nein, also da ist es gar keine, eine gute Lösung, also Konkurrenz ist überhaupt nicht, weil das was wir machen, können die anderen gar nicht und das was sie machen, das wäre für uns nicht machbar. (Transkript 11L)

Lediglich im Bereich Hauswirtschaft wurde eine möglicherweise entstehende Konkurrenz vermutet, allerdings erst, wenn die Anzahl von Care-Migrantinnen deutlich ansteigen würde:

Also das habe ich mir überlegt, also ich habe mir schon selber überlegt, ja manchmal denke ich, ja wenn das jetzt jeder hätte, also wir haben noch viele Leute, bei denen die Haushaltshilfe hingehört, ja, also Konkurrenz, ja wie soll ich jetzt auch sagen, ja ich habe schon gedacht, wenn sich das jetzt jeder zweite da sich zu tut, wie endet das. (Transkript 3C)

Es wurde in den Gesprächen deutlich, dass es auf verschiedenen Ebenen erste Überlegungen gibt, dem Phänomen Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung zu begegnen, sei es durch Kooperationen mit Vermittlungsagenturen oder gezielte Qualifizierung der Care-Migrantinnen durch die Spitex selbst.

Angesichts des ausgesprochen fragmentierten Dienstleistungsangebots in der häuslichen Versorgung, dürfte sich die Frage der Verantwortung unterschiedlicher Leistungserbringer immer wieder stellen und ist insofern für Spitex-Mitarbeitende nicht neu. Das heisst, solange keine hinreichend koordinierte und integrierte Versorgungsplanung erfolgt, dürften sich Grauzonen in der Verantwortung immer wieder ergeben – mit oder ohne Care-Migrantin im Privathaushalt. Dass zudem die nicht selten unklaren und ungenügenden rechtlichen Regelungen zur Arbeit in Privathaushalten die Situation erschweren, liegt auf der Hand. Das Besondere im Kontext von Care-Migration dürfte allerdings sein, dass mit der ausgedehnten zeitlichen Anwesenheit von Hausangestellten als Live-In die starke Fragmentierung in der Versorgung von Patient/innen eingedämmt werden soll, da mehrere Leistungen aus einer Hand erhältlich sind. Dieser vermeintliche Vorteil erweist sich jedoch dann als Risiko, wenn die Patientensituation pflegerische Kenntnisse oder gute kommunikative Fähigkeiten erfordert. Insofern ist das eher zufällig entstandene Arrangement von Spitex-Mitarbeitenden mit Care-Migrantinnen in einem Privathaushalt kontinuierlich auszutarieren, damit die Vorteile beider Systeme vollumfänglich zum Tragen kommen können.

Schliesslich ist die Zusammenarbeit auch im Spannungsfeld zwischen Spitex und privatwirtschaftlichen Dienstleistern zu verstehen. Erstere hat in der Regel einen Leistungsvertrag mit der

lokalen Gemeinde, letzterer ist im Markt frei angesiedelt und hat deutlich weniger Vorgaben bezüglich Angebotspalette und Personalschlüssel. Diese Konstellation, die sich im Privathaushalt hautnah präsentiert, bietet Nährboden für ein im Gesundheitswesen noch wenig entwickeltes Verständnis von unternehmerischer Konkurrenz.

Also da, Konkurrenz, nein Zusatz, ich schaue das so an, ja. Konkurrenz sind vielleicht, eben wäre vielleicht die Privat-Spitex, wobei man spricht da so viel von Konkurrenz, Konkurrenz, ich weiss gar nicht, ob man den Teufel an die Wand malt, die Arbeit geht nämlich nicht aus, im Gegenteil. Erstens geht die Arbeit nicht aus und zweitens einmal kann es schon sein, dass eine Kundschaft einmal sagt, so jetzt habe ich genug von diesen städtischen, dann probieren sie bei den anderen aus, am Schluss sehen sie, es ist auch nicht besser, oder. (Transkript 4D)

5.2.8 Strategien und Verbesserungsvorschläge der Spitex-Mitarbeitenden

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen wurden von den Expert/innen verschiedene Lösungsansätze reflektiert. Ausgehend von der Debatte um die Qualifikation für bestimmte pflegerische Handlungen und unter Berücksichtigung, dass auch Betreuen und Begleiten je nach Krankheits- und Familienkontext eine äusserst anspruchsvolle Tätigkeit darstellen können, wurde die Forderung laut, dass die Kontrolle über das Versorgungssetting bei der Spitex verortet sein sollte. Dies allerdings bei gleichzeitiger Offenheit für verschiedene Formen der Zusammenarbeit. Das Bild der *Patchwork-Pflege* verweist genau auf diese Notwendigkeit der Kooperation verschiedener Erbringer von Dienstleistungen im Privathaushalt. Es wurde auch das Bild eines *bunten Blumenstrausses* verwendet, um diesen Ansatz zu illustrieren. Primär geht es darum, dass entlang von Zuständigkeiten und (Alltags-)Qualifikationen die Arbeitsbereiche sauber geregelt werden sollen. Verschiedentlich wurde die Forderung nach einer klaren politischen Agenda laut, um solchen Fragen nachzugehen. Eine geeignete Strategie, um das notwendige öffentliche und politische Interesse für dieses Anliegen zu generieren, wurde teilweise in der Veröffentlichung von Missständen in Privathaushalten gesehen. Hier gingen die Meinungen allerdings auseinander. In allen Gesprächen wurden hingegen klare Regelungen für die Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen gefordert. Wer diese definiert und wer deren Umsetzung kontrolliert, blieb hingegen weitgehend offen.

Ein Ansatz, der bei der Spitex bereits seit längerem praktiziert wird und in der Leistungsvergütung auch geregelt ist, ist die Anleitung und Beratung für ein stabiles häusliches Versorgungssetting. Die Empfängerin ist in diesem Fall die Care-Migrantin und nicht wie üblich ein erkrankter Mensch oder dessen Angehörige:

Das ist es halt und das ist halt dann wirklich schwierig, wie werden die Leute gecoacht, an wen können die sich wenden, wenn sie halt dann Probleme haben, ich denke, das ist auch so eine Frage, wie sind die Leute eigentlich dann integriert, wer gibt denen Hilfestellungen. Und auch wenn sie über so eine Firma engagiert sind, ja, weiss ich nicht, wie gut sie dann von denen betreut werden, wie gut sie auch darauf vorbereitet werden. (Transkript 1A)

Darüber hinaus kristallisieren sich häusliche Versorgungssituationen rund um Menschen mit Demenz als häufiges Einsatzfeld von Care-Migrantinnen heraus. Einerseits ist in solchen Situationen eine hohe Präsenz beim kranken Menschen gefordert, die durch Erfahrung, Beobachtung und situativem Handeln gekennzeichnet ist. Je länger diese Präsenz von einem kleinen Kreis von Betreuungspersonen gewährleistet wird, desto besser erschliessen sich diesen Betreuungs- und Pflegepersonen die Eigenheiten und Handlungsmuster des erkrankten Menschen. Insofern ist die Situation mit wenigen Pendelmigrantinnen oder anderen konstanten Bezugspersonen durchaus ein erfolversprechender Ansatz. Allerdings sind die Supervision des Versorgungsarrangements durch professionelles Pflegepersonal sowie die menschenwürdigen und rechtlich abgesicherten Arbeitsbedingungen unabdingbar, wie das folgende Beispiel zeigt:

Also die Situationen, die wir bei uns hatten, sind eigentlich immer im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen gewesen, Ehepaare oder Einzelpersonen. Und das ist genau auch die Schwierigkeit, eigentlich sind das hochkomplexe Pflegesituationen. (Transkript 5E)

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

6.1 Zugang zum Feld und Aussagekraft der Daten

Wie beschrieben, erwies es sich als schwierig, die geplante Anzahl an Mitarbeitenden der Spitex Zürich (Sihl und Limmat) zu gewinnen, die über Erfahrungen mit Care-Migrantinnen verfügten und auch bereit waren, über diese Erfahrungen zu sprechen. Dies könnte verschiedene Ursachen haben, von denen hier nur zwei angerissen werden sollen:

- a) Es sind tatsächlich wenige Haushalte im Zuständigkeitsbereich der Spitex Zürich Sihl und Limmat, die sowohl öffentliche Spitex-Leistungen nutzen als auch Care-Migrantinnen beschäftigen und die der Spitex bekannt sind. Die Zahlen der Spitex-Umfrage legen diesen Schluss nahe. Ein weiterer Hinweis auf eine geringe Ausprägung des Phänomens ist, dass weder in der Spitex Stiftung Alterswohnungen noch im Projekt "Leila - Leben mit Langzeiterkrankung" im Gesundheitsnetz 2025 Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen bekannt sind.
- b) Informationen aus den Privathaushalten sind sensibel und zu schützen (Stichwort Schweigepflicht). Das Thema Care-Migrantinnen in der häuslichen Pflege könnte in besonderer Weise ein Tabuthema darstellen, da es sich häufig um prekäre Arbeitsverhältnisse im rechtlichen Graubereich handelt, über das – trotz der Zusicherung der Anonymisierung aller Personendaten – nicht gesprochen wird. Auch hierfür gibt es Hinweise in den Experteninterviews: die Strategie der Spitex-Mitarbeitenden in Bezug auf Care-Migrantinnen folge dem Prinzip *don't ask – don't tell* (Transkript 1A).

Trotz der deshalb angepassten Vorgehensweise („convenience sample“) ist das Sample mit 17 Expert/innen heterogen und deckt ein Spektrum an verschiedenen Spitexeinrichtungen in der Deutschschweiz ab. Führungskräfte sind mit neun Expert/innen deutlich überrepräsentiert. Viele Zusatzqualifikationen und Mitgliedschaften im Berufsverband legen nahe, dass im Sample Expert/innen mit überdurchschnittlichem Engagement vertreten sind. Motivation und der hohe Reflexionsgrad kamen denn auch der explorativen Ausrichtung der Erhebung sehr zugute. Die Interviewten zeigten sich sehr interessiert und kooperativ im Sinne der Forschungsfrage. Die Qualität der erhobenen Daten aus den Experteninterviews ist als hoch zu bewerten. Nichtsdestotrotz sind auch die Grenzen der Aussagekraft zu beachten: die Ergebnisse sind nicht allgemeingültig, sie geben jedoch wertvolle Hinweise auf Spannungsfelder in der häuslichen Versorgung, wo Spitex-Mitarbeitende und Care-Migrantinnen gleichzeitig involviert sind.

6.2 Diskussion der wichtigsten Ergebnisse und Fazit

6.2.1 Kommunikation als Grundlage und Herausforderung der Zusammenarbeit

Es ist eine banale Erkenntnis, dass Kommunikation ein wesentlicher Grundpfeiler in der Interaktion der Care-Migrantin mit Klient/in und mit Spitex-Mitarbeitenden sei. Doch zusammen mit der Frage nach der beruflichen Qualifikation stellt sie für die befragten Expert/innen den zentralen Aspekt dar. Flexible Strategien zur Verständigung werden eingesetzt u.a. traditionell mit Händen und Füßen wie auch mit Einsatz moderner Hilfsmittel wie Übersetzungsprogrammen. Im Kontext einer Demenzerkrankung, bzw. wenn Handlungsmuster des Patienten kommuniziert werden sollen, kann dies jedoch zur unüberwindbaren Herausforderung werden. Das Nichtverstehen kann in aggressives Verhalten seitens der Klientin münden und zur Eskalation führen. So ist der Aspekt Kommunikation doch nur scheinbar banal, und Lösungen zu finden präsentiert sich im individuellen Fall als durchaus anspruchsvoll.

Neben den bisher dominant beschriebenen Live-In-Verhältnissen ist zu bedenken, dass in manchen Haushalten Care-Migrantinnen durchaus auch nur stundenweise tätig sind. Möglicherweise arrangiert sich eine Gruppe von Angehörigen oder eine Vermittlungsagentur auch so, dass sie gemeinsam eine Care-Migrantin anstellen, wobei diese anteilig in zwei oder gar meh-

ren Haushalten arbeitet. Dies dürfte die Begegnung mit den Spitex-Mitarbeitenden tendenziell erschweren. Allerdings ist der Bedarf nach Absprachen nicht weniger gross als bei den Live-Ins.

6.2.2 Fachwissen und Alltagskompetenzen sinnvoll nutzen

Von der professionellen Pflege wird oft die Frage nach der Qualifikation für die Pflege- und Betreuungsarbeit im Privathaushalt aufgeworfen. Care-Migrantinnen verfügen in der Regel nicht über die notwendige Ausbildung für pflege-technische, kommunikative oder koordinative Massnahmen. Entsprechend ist diese Frage durchaus gerechtfertigt. Allerdings gibt es kaum Hinweise, ob professionelle Kriterien der Versorgungsqualität auch den Vorstellungen von Pflegebedürftigen, bzw. von Angehörigen entsprechen. Die Ausführungen in den Interviews zeigen, wie das Potential der verschiedenen Fach- und Alltagsqualifikationen der jeweiligen Akteure bei den Patient/innen eingesetzt werden kann. Ein guter Mix aus Fachwissen, Alltagskompetenz und Präsenz bietet durchaus die Chance, um die häusliche Versorgung zu optimieren. Allerdings – das belegen die Aussagen in den Interviews – mangelt es diesbezüglich an einem konzertierten strukturierten Vorgehen. Vielmehr beschränken sich gute wie schlechte Beispiele auf die je unterschiedlichen individuellen Ausgestaltungen der Zusammenarbeit und Kommunikation.

Eben hier besteht Handlungspotential für die Spitex. Offensichtlich gibt es (noch) keine durchdachte und übergeordnete Strategie, wie den Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen aus betrieblicher Perspektive begegnet werden kann. Angesichts der Ergebnisse aus den Interviews und um die je individuellen erfolversprechenden Ansätze strukturell zu sichern, bieten sich als erste Schritte die Optimierung der Kommunikation, Eckpunkte zur Regelung der Zusammenarbeit und Zuständigkeit sowie Informationen der Spitex-Mitarbeitenden über rechtliche Rahmenbedingungen (Arbeits-, Aufenthalts- und Migrationsrecht) an. Diese Ansätze können dazu beitragen, den Spitex-Mitarbeitenden mehr Orientierung und Sicherheit zu bieten und damit indirekt die häusliche Versorgungssituation zu optimieren. Gleichzeitig würde es die involvierten Akteure insofern entlasten, als das Risiko nicht individualisiert getragen und ethische Dilemmata nicht alleine gelöst werden müssen.

6.2.3 Lebensqualität ermöglichen – Versorgungsqualität sichern

Das Wohl der Erkrankten steht für die Spitex im Zentrum ihrer Arbeit und ihres Auftrags. Dieses, das zeigen die Daten deutlich, hängt zu wesentlichen Teilen auch am Wohlergehen der Care-Migrantin. Entsprechend sind die Arbeits- wie auch die Lebensbedingungen derselben alles andere als irrelevant. Primär werden die Belastungen durch die langen Arbeitszeiten, durch die Dauerpräsenz auf Abruf sowie auch durch die grundsätzlich anspruchsvolle Arbeit und das damit verbundene Risiko der Überforderung diskutiert. Wird die Belastung der Care-Migrantin zu gross, kann sich das ursprünglich zur Sicherung der Versorgung und Betreuung eingegangene Arrangement in sein Gegenteil wandeln und einen Risikofaktor für die pflegebedürftige Person darstellen.

Letzteres ist nicht ausschliesslich vor dem Hintergrund fehlender Fachqualifikation zu sehen, sondern auch aufgrund der sozial isolierten Position vieler Care-Migrantinnen. Diese ist einerseits eng mit dem Arbeitsort Privathaushalt verbunden, der keine Einbindung in ein Team ermöglicht, was noch verstärkt wird durch die Wohnform eines Live-In-Verhältnisses, wo Arbeits- und Wohnort für die Dauer des Engagements zusammenfallen. Eine ausschliessliche Fokussierung auf die Anstellungsbedingungen reduziert jedoch die Care-Migrantinnen auf ihre reine Arbeitskraft. Auch wenn die Care-Migrantinnen als Arbeitsmigrantinnen in die Schweiz kommen, um ihre Existenz im Herkunftsland zu sichern, können sie ihre Arbeit am und mit Menschen nur dann qualitativ gut ausüben, wenn sie selber auch als solche wahrgenommen werden. Verschiedene Aussagen der Spitex-Mitarbeitenden illustrieren, wie hilfreich ein respektvoller Umgang verbunden mit Anerkennung und Wertschätzung der Care-Migrantinnen für das Versorgungsarrangement sein kann. Diese nicht auf ihre schiere Arbeitskraft zu reduzieren scheint dafür ein grundlegender erster Schritt zu sein. Damit geht die Auseinandersetzung über das

Wohlbefinden der Care-Migrantin wesentlich über die reine Regelung der Arbeitszeit hinaus und tangiert die Lebensqualität derselben in grundlegender Weise. Auch wenn die Handlungsmöglichkeiten der Spitex bezüglich der Optimierung der Anstellungs- und Lebensumstände der Care-Migrantin als eingeschränkt zu bezeichnen sind, beschreiben verschiedene Interviewpassagen wie, aufgrund von Interventionen bei den Arbeitgebern (in vielen Fällen sind dies die Angehörigen der pflegebedürftigen Person) zu besseren Arbeitsbedingungen und somit auch einer Stabilisierung der Versorgung geführt haben. Diesen geht allerdings oft eine markante Destabilisierung der Versorgungssituation voraus. Nicht selten braucht es gesundheitliche Krisensituationen, um bestimmte Verbesserungen zu erreichen. Kommunikation, Instruktion und vor allem Information zu einem früheren Zeitpunkt wären hier wünschenswert.

6.2.4 Diskurs: Autonomie, Individualität und Betreuungsangebote

Die Expert/innen der Spitex werfen wiederholt die Frage auf, ob eine 24h-Betreuung, wie sie durch die Care-Migrantinnen in der Regel sichergestellt wird, in dieser Form wirklich notwendig ist. Gemäss ihrer Einschätzung könnten viele der Care-Arrangements durchaus anders organisiert werden. Dabei argumentieren sie auch aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Diese würden nämlich teilweise die Dauerpräsenz der Betreuungsperson als Einschränkung ihrer Autonomie erfahren. Das Arrangement mit der Care-Migrantin torpediert so eines der wesentlichen Ziele des Verbleibs in den eigenen vier Wänden. Ausserdem, so die fachliche Einschätzung, reduziert die ständige Überwachung durch die Care-Migrantinnen teilweise die Förderung oder Aufrechterhaltung grundlegender Fähigkeiten und Alltagskompetenzen der pflegebedürftigen Person. Und vielfach, so die Vermutung, entspricht das Arrangement eher dem Sicherheitsbedürfnis der Angehörigen als dem tatsächlichen Versorgungsbedarf. Eine gezielte Nutzung von technischen Hilfsmitteln wie bspw. einem Alarmsystem per Knopfdruck oder auch eine Kombination von häuslicher und teilstationärer Versorgung mittels Tages- und Nachtkliniken könnten in vielen Fällen eine ausreichende Versorgung sicherstellen.

Ausserdem gilt es den polarisierenden Diskurs „Daheim statt im Heim“ zu durchbrechen. Je nach Situation, beispielsweise im Kontext einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung oder sozialer Isolation, die von einem pflegebedürftigen Menschen als Einsamkeit wahrgenommen wird, kann ein Heimeintritt auch vorteilhaft sein. Optimierungsbedarf besteht allerdings auch auf Seiten der Institutionen. So sollten Heime weniger die institutionellen Abläufe und die Rationalität der Organisation ins Zentrum stellen und sich vermehrt an den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren. Für die stationäre Versorgung zeigt sich folglich einmal mehr ein Bedarf an individualisierten Lebenswelten, die möglichst dem Rhythmus und den Handlungsspielräumen zuhause entsprechen. Dazu gehören sowohl der flächendeckende Auf- und Ausbau von Tages- und Nachtstätten, die dem Bedarf von Care-Migrantinnen entgegen wirken, wie auch eine tragbare Strukturierung (z.B. flexible Transportdienste) und Finanzierung solcher Angebote.

6.2.5 Kosten und Finanzierung: billig ist nicht für alle günstiger

Gute Pflege kostet. Gerade hinsichtlich der Finanzierung der stationären Versorgung wurde wiederholt argumentiert, die Leistungen der Care-Migrantinnen würden eine umfassende Versorgung zu einem im Vergleich zu den Heimkosten wesentlich tieferen Preis ermöglichen. Diese Aussage gilt so nur für Personen mit Vermögen und/oder ab einem bestimmten Einkommen. Die Kosten für Betreuung und Hotellerie gehen zwar vollständig zu Lasten der Heimbewohnenden. Falls jedoch die eigenen Finanzmittel nicht ausreichen, kommt die öffentliche Hand für einen Teil der Kosten auf. Die Kosten werden dann direkt dem Sozialdepartement in Rechnung gestellt und über Ergänzungsleistungen oder Leistungen der kantonalen Ausgleichskasse oder der kantonalen Beteiligung an den Betreuungskosten finanziert. Die Finanzierung der Pflege und der medizinischen Versorgung im Heim wird auf drei Schultern verteilt: Krankenkassen (fixer Beitrag pro Pflegestufe), Heimbewohnende und öffentliche Hand (Restfinanzierung). Im

Fälle der Kosten für die Care-Migrantin können hingegen keine Leistungen mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Es zeigt sich also, dass das Sparargument nur aus der Sicht einer bestimmten Schicht greift.

6.2.6 Gleichstellungs- und bildungspolitische Herausforderungen

Schliesslich zeigt sich in Privathaushalten – ähnlich wie in Heimen – dass Sorgearbeit aus personeller Sicht ausgesprochen weiblich dominiert ist. Hier dürften zukünftig der Diskurs und vor allem die Problematik um geschlechter-segregierte Branchen noch zunehmen, vor allem weil der Personalbedarf im Care-Sektor steigt. Allerdings bieten sich Frauen heutzutage vielfältige Berufschancen, so werden sie beispielsweise auch von technischen Branchen umworben. Insofern dürfte die Frage der Attraktivität der Pflege- und Betreuungsberufe weiterhin bei Behörden, Politik und in der Versorgungspraxis virulent bleiben. Im Bereich der Sekundarstufe 2, bzw. dem Beruf Fachfrau/Fachmann Gesundheit ist diese Attraktivität bereits erkennbar, gilt er doch als einer der beliebtesten Berufe bei Jugendlichen. Verstärktes Berufsmarketing ist nötig für das Arbeitsfeld der häuslichen Versorgung und der Funktionsprofile von Absolvent/innen mit höherer Berufsbildung, bzw. Fachhochschul-Qualifikationen. Hier sollte von Leistungserbringern, Verbänden und Behörden im Gesundheitswesen verstärkt auf den grossen Entwicklungs- und Innovationsbedarf hinweisen werden, der auch in diesem Bericht erkennbar ist. Kluge Lösungen sind von klugen Leuten gefragt für anspruchsvolle Praxisaufgaben in einem wachsenden Gesundheitsmarkt. Insofern eröffnen sich aus Gleichstellungs- und Berufsbildungssicht wichtige Aufgaben für die Sicherung der häuslichen Versorgung.

7 Literatur

- Brechbühler, M. (2010): Live-In-Angestellte in Schweizer Haushalten. *Krankenpflege*, 103 (11), S. 14-16.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 44(3), 166-206.
- Höpflinger, F.; Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011): *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Karakayali, J. (2009): *Transnational Haushalten. Biographische Interviews mit care workers aus Osteuropa* (Dissertation an der Universität Frankfurt a. Main). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lutz, H. (2011): *The new maids. Transnational women and the care economy*. London, New York: Zed Books.
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- [Medici, G. \(2011\): Hauswirtschaft und Betreuung im Privathaushalt. Rechtliche Rahmenbedingungen. Juristisches Dossier. Zürich: VPOD UNIA Stadt Zürich.](#)
- Mittnacht, B. (2010). *Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements – Entwicklungstrends und Perspektiven*. Lage: Jacobs Verlag.
- Rüesch, P.; Burla, L.; Schaffert, R. & Mylaeus (2009): *Qualitätsindikatoren in der ambulanten Pflege (Spitex) in der Schweiz auf der Grundlage von RAI-HC*, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesundheitspolitik (SGGP), No. 96. Zürich: SGGP.
- Schiliger, S; Medici, G. (2011): *Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen*. *Soziale Sicherheit CHSS* (1), S. 17-20.
- Sermier, S. (2010): *Belastungen, Ressourcen und Unterstützungsbedarf von Live-in-Hausangestellten in der Betreuung/Pflege zu Hause von älteren Menschen*. Master-Arbeit. Bern: Berner Fachhochschule Soziale Arbeit.
- Spitexverband Schweiz (2010): *Qualitätsmanual*. Bern: Spitexverband Schweiz.
- [Truong, J. \(2012\): Arbeitsmarkt Privathaushalt – Charakteristika der Unternehmen, deren Beschäftigungsstruktur und Arbeitsbedingungen. Eine Studie im Auftrag der Fachstelle Gleichstellung der Stadt Zürich.](#)
- van Holten, K. (2011): Ein zweiseitiges Schwert. Care-Migrantinnen als optimale Lösung für den wachsenden Versorgungsbedarf?, *Care Management* 4(6), 20-23.
- van Holten, K.; Bischofberger, I. (2012): *Globalisierung im Privathaushalt*. *NovaCura* (4), S. 45-47.

Anhang

Anhang 1: Forschungsstand zu Care-Migration in der Schweiz. Resultate Datenbank Recherche

Anhang 2: Erhebungsinstrument Umfrage Spitex

Anhang 3: Factsheet Projekt „Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung“

Anhang 4: Informationsschreiben „Anfrage für ein Experteninterview“

Anhang 5: Interviewleitfaden für die Experteninterviews

Anhang 1: Forschungsstand zu Care-Migration in der Schweiz. Resultate Datenbank Recherche

Forschungsstand zu Care Migration in der Schweiz

Resultate Datenbank Recherche

Stand: 29. März 2012/ML/AS

Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsstand Care-Migration in der Schweiz	3
1.1	Vorgehen bei der Recherche	3
1.2	Resultate der Recherche	4
	Tabelle 1: Übersicht Datenbanken Recherche	4
	Tabelle 2: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse der Recherche	5

1 Forschungsstand Care-Migration in der Schweiz

Die Informationen aus den Forschungsdatenbanken der Universitäten und Fachhochschulen in der Schweiz zu geplanten, aktuell laufenden oder kürzlich abgeschlossenen Forschungsprojekten, die sich thematisch mit Care Migration in der Schweiz befassen wurden anhand einer Schlagwortliste recherchiert, die aus der Literaturanalyse heraus entwickelt wurde. Erfasst wurden nur Datenbankeinträge der letzten vier Jahre. Ältere, bereits länger abgeschlossene und publizierte Projekte sind nicht enthalten. Nicht berücksichtigt wurden zudem Projekte, die zwar mit den Stichworten Migration oder Pflege gefunden werden, aber sich nicht spezifisch mit Care Migration beschäftigen (z.B. Untersuchungen zu ausländischen Pflegekräften in Spitälern, zu interkulturellen Kommunikationsproblemen mit Migrant/innen als Patient/innen oder den besonderen Bedürfnissen älterer Migrant/innen in Altersheimen).

1.1 Vorgehen bei der Recherche

Die Recherche orientierte sich an folgenden Schlagworten:

Deutsch: Care Migration, Angehörigenpflege (zu Hause), Pflegequalität, Pflege zu Hause, Agenturen ausländische Betreuungspersonen, Vermittlungsagentur, Behindertenhilfe, Persönliche Assistenz, illegale Pflegekräfte (Aufenthaltsstatus/-bewilligung), ausländische Betreuungspersonen, ausländische Pflegepersonen im Privathaushalt, irreguläre Arbeitsverhältnisse, häusliche (Alters-)Pflege, Pendelmigration, Transnationale Sorgearbeit, transnationale Pflege, transnationale (Versorgungs-/Pflege-)Arrangements, transnationale Arbeitsverhältnisse, Qualitätsfaktoren spitalexterne Pflege, Versorgungsqualität, Pflegequalität, Hausarbeit, Care Drain, Hausbetreuung, Häusliche Betreuung und Pflege, 24-Stunden Betreuung, Live-in, Live-out, Haushalt- und Pflegearbeit, Angehörigenbetreuung, Entlastungsangebote, Versorgungsstrukturen, Erwerbstätigkeit in privaten Haushalten, Lohnarbeit im Privathaushalt, Informelle Pflege, Arbeitsrecht im Privathaushalt, Home Care Workers

Französisch: Aide et soins à domicile, Soins privés, Soignants d'Europe orientale, Soignants d'Europe de l'Est, Soignants d'Europe Centrale, Soins de 24 heures sur 24, Service d'aide à domicile, Compétences professionnelles, Qualité de soins / d'aide, Migration pendulaire, Aide transnational, Agence de recrutement, Agence de placement, Assistance aux personnes avec handicap, Assistance aux personnes atteintes d'alzheimer, Assistance aux personnes âgées, Infirmières dans le secteur des soins en gériatrie, travail au noir

Bei folgenden Forschungsinstitutionen und in den aufgeführten Datenbanken wurde recherchiert:

Institution / Fachbereich	Datenbank
Universitäten Basel, Zürich, Luzern, St. Gallen sowie ETH Zürich und Università della Svizzera italiana	forschungsportal.ch
Schweizerischer Nationalfonds (SNF)	P3
Forschungs- und Expertendatenbank Sozialwissenschaften	FORS
Projektdatenbank Bundesverwaltung	ARAMIS
Server académique lausannois, Université Lausanne und CHUV	SERVAL
Universität Fribourg	Futura
Universität Genf	Suche nur via SNF (P3) und FORS möglich
Universität Bern	Suche via Websites der einzelnen Institute
Universität Neuchâtel	Suche via FORS und Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM – www.migration-population.ch)
Berner Fachhochschule BFH	Projektdatenbank
Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW	Forschungsplattform fhnw.ch/ppt/home

Haute école de Suisse occidentale HES-SO	Résar und REAS2
Fachhochschule Ostschweiz	ePhesos noch nicht online, Suche auf Projektwebseiten des Instituts für angewandte Pflegewissenschaft, des Instituts für Soziale Arbeit sowie des Kompetenzzentrums Generation
Hochschule Luzern	Projektdatenbank
ZHAW	Projektdatenbank
SUPSI	Projektdatenbank

Tabelle 1: Übersicht Datenbanken Recherche

1.2 Resultate der Recherche

Die Zusammenstellung aktueller Forschungsprojekte zum Thema Care-Migration in der Schweiz zeigt ein junges und - im Vergleich zu laufenden Forschungsarbeiten im weiteren deutschsprachigen Raum - auch kleines Feld. Während das Phänomen in Deutschland und Österreich bereits seit einigen Jahren diskutiert und entsprechend breit beforscht wird (vgl. Lutz 2011, Karakayali, 2009), zeigt sich, dass die Diskussion in der Schweiz eher am Anfang steht. Zwar lässt sich gerade in den letzten Monaten ein erhöhtes Medieninteresse beobachten, das Thema ist aber (noch) kein Forschungsschwerpunkt der Schweizer Hochschullandschaft. Nur gerade sechs laufende Projekte fokussieren explizit auf das Thema Care-Migration.

Folgende Liste aktueller Forschungsprojekte konnte aufgrund der Recherche erstellt werden. Dabei wird differenziert nach Projekten, in welchen Care-Migration als zentraler Forschungsfokus gesetzt wird und solchen, welche das Thema als Teilaspekt einer übergeordneten Fragestellung bearbeiten.

Care-Migration als zentrales Forschungsthema					
Institution	Projekttitel	Kontakt	Laufzeit	Bemerkung/ Lehrstuhl	Quelle
Uni Basel, Soziologie	Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen: Eine ethnografische Untersuchung	Schilliger, Sarah	1.1.2008 bis 1.12.2012	Dissertation am Lehrstuhl Ueli Mäder	forschungsportal.ch
Uni Zürich, Geographisches Institut,	Marktanalyse "Care in Zürcher Privathaushalten"	Berndt, Prof. Dr. Christian	Nov. 2011 bis März 2012	Forschungsprojekt mit Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich	forschungsportal.ch
SUPSI, Dip. scienze aziendali e sociali	L'agency delle migranti esteuropee attive nel care work	Solcà, Paola	1.9.2011 bis 28.2.2013		Projektdatenbank SUPSI
ZHAW, Dept. Gesundheit	Evaluation Bedürfnisse der betreuten Haushalte, Situationsassessment und Massnahmen, Arbeitsbedingungen Care-MigrantInnen, Organisation der Anbieter (Betreuungsdienste)	Petry, Heidi	ab 1.11.2011	Projektpartner: HausPflegeService	Projektdatenbank ZHAW
FHSG, Institut für Soziale Arbeit	Private Care-Arrangements in der Schweiz: Eine Herausforderung für die Gleichstellung	Wigger, Annet	Aug. 2010 bis Dez. 2013	NFP Nr. 60	forsdata.unil.ch
Uni Neuchâtel, SFM	Migration et cycle de la vie	Fibbi, Rosita	Ganz neues Projekt	Internationale Vernetzung (Spanien/Italien)	Mündliche Auskunft von G. D'Amato

Care Migration als Teilaspekt					
Institution	Projekttitle	Kontakt	Laufzeit	Bemerkung	Quelle
Uni Zürich, Med. Fakultät, Biomedizinische Ethik	Migration, health care and ethics	Wild, Verina	Nov. 2010 bis Dez. 2012	Lehrstuhl Prof. Dr. Nikola Biller-Adorno	forschungsportal.ch
Uni Zürich, Soziologisches Institut	Generation and Quality of Life	Neuberger, Franz	Jun. 2010 bis Dez. 2012	Lehrstuhl Prof. Dr. Szydlik	forschungsportal.ch
Uni Zürich, Zentrum für Gerontologie	Haushaltsunterstützung für Menschen mit Demenz	Zwinggi, Susanne	Ende 2008 publiziert	Zusammen mit Pro Senectute Kanton Zürich	forschungsportal.ch
Forschungsstelle BSV	The Future of Families to 2030 (OECD)	Littmann-Wernli, Sabina	Ende 2011 publiziert		ARAMIS
Uni Neuchâtel, SFM	Transmigration of Health Practices	Fibbi, Rosita	laufend	Internationales Forschungsprojekt am SFM	www.move-network.ch
Uni Bern, Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung	Frauen in der Migration: Das Bild der Migrantin in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung und in der aktuellen Forschung	Fankhauser, Lilian	2011 publiziert	Auftrag der Eidg. Kommission für Migrationsfragen	www.izfg.unibe.ch
Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit	Ambulante Alterspflege und Altershilfe: Unterstützungsleistungen zwischen professioneller und freiwilliger Arbeit	Fluder, Robert	1.1.2008 bis 30.3.2011		Projektdatenbank BFH
Haute Ecole de santé La Source	Soigner les personnes âgées: facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières: Perspectives croisées Bas St-Laurent (Québec, CA) et Canton de Vaud (CH)	Guinchard, Blaise	Sept. 2011 bis Juni 2012	Soutenu par le RECSS	REAS2
Haute Ecole fribourgeoise de travail social	Les ressources de soutien aux familles de personnes en situations de handicap dans le cadre du maintien à domicile	Piéart, Geneviève	April 2010 bis März 2012	Soutenu par le RECSS	REAS2

Tabelle 2: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse der Recherche

Anhang 2: Erhebungsinstrument Umfrage Spitex

Umfrage bei den Spitexzentren der Stadt Zürich zu Care Migrantinnen in der häuslichen Versorgung

Wann findet die Umfrage statt?

29. November bis 16. Dezember 2011

Wer nimmt an der Umfrage teil?

Alle 13 Spitexzentren der Spitex Zürich (Sihl und Limmat)

Was wird in der Umfrage erhoben?

In der Umfrage wird die *Einschätzung der Spitex Mitarbeitenden* erhoben, wie viele Care Migrantinnen im Umkreis ihres jeweiligen Spitexzentrums in Privathaushalten tätig sind.

Die Ergebnisse der Umfrage erlauben eine erste Einschätzung zu Häufigkeit und Gründen der Anstellung von Care Migrantinnen und ihren Aufgaben in Privathaushalten.

Wer führt die Umfrage durch?

Die Umfrage ist Teil eines Projektes, das die Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich zusammen mit Careum F+E, dem Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit durchführt.

- Das Gesamtprojekt der Fachstelle heisst: «Betagtenbetreuung durch Migrantinnen» (Details www.stadt-zuerich.ch/gleichstellung)
- Das Teilprojekt mit Careum F+E heisst: «Care Migrantinnen in der häuslichen Versorgung – Einschätzung des Arrangements aus der Sicht der Spitex». (Details siehe www.workandcare.ch)

Was sind «Care Migrantinnen»?

Gemeint sind Personen aus dem Ausland, die für die *häusliche Betreuung und Hilfe von Menschen mit Unterstützungsbedarf* (Care Arbeit) in die Schweiz gekommen sind. Nicht gemeint sind Situationen, in denen *ausschliesslich Haushaltsarbeit* verrichtet wird.

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie und wo die Care Migrantinnen ihre Arbeit ausüben:

1. Die Migrantin arbeitet als 24h-Betreuerin in einem Privathaushalt und wohnt auch dort.
2. Die Migrantin arbeitet stundenweise im Privathaushalt. Sie wohnt möglicherweise anderswo.

Spitexumfrage bei Mitarbeitenden

In diesem Teil der Umfrage werden die Mitarbeitenden der Spitexzentren um Informationen zum Phänomen «Care Migrantinnen in Privathaushalten» gebeten. Die Erhebung wird durch die Zentrumsleitung durchgeführt.

Befragtes Zentrum:

1. Kennen Sie Haushalte, in denen Care Migrantinnen zurzeit arbeiten?

Anzahl Mitarbeitende JA:

Anzahl Mitarbeitende NEIN:

2. Wie hoch **schätzen** Sie die Zahl der Haushalte mit Care Migrantinnen im Einzugsgebiet Ihres Spitexzentrums insgesamt?

3. Wie viele Haushalte kennen Sie, die sich die Anstellung einer Care Migrantin **überlegen**?

4. Bitte listen Sie in der folgenden Tabelle Details zu den Haushalten mit Care Migrantinnen auf. Nutzen Sie pro Haushalt eine Zeile.

	Spitex seit ungefähr Monat/Jahr	Dienstleistungen der Spitex (HWL und KLV in Stunden pro Tag/Woche)	Care Migrantin ange- stellt seit (Monat/Jahr)	Kommentare
Haushalt A				
Haushalt B				
Haushalt C				
Haushalt D				
Haushalt E				
Haushalt F				
Haushalt G				
Haushalt H				
Haushalt I				
Haushalt K				

5. Welche Gründe werden von den Angehörigen oder der betreuungsbedürftigen Person für die Anstellung einer Care Migrantin genannt?

- Gründe, welche von den betreuungsbedürftigen Personen genannt werden:

- Kostenersparnis
- Konstanz in der Betreuung
- Sicherstellung einer 24-Stunden-Betreuung
- Verbesserung der Sicherheit für die betreute Person
- bessere Ernährung
- Gesellschaft und Unterhaltung
- Andere:

- Gründe, welche von den Angehörigen genannt werden:

- Kostenersparnis
- Konstanz in der Betreuung
- Sicherstellung einer 24-Stunden-Betreuung
- Verbesserung der Sicherheit für die betreute Person
- bessere Ernährung
- Gesellschaft und Unterhaltung
- Andere:

6. Angaben zu den Care Migrantinnen in den verschiedenen Haushalten. Bitte füllen Sie pro Haushalt jeweils einen Frageblock aus.

Haushalt A:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt B:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt C:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt D:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt E:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt F:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt G:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt H:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt I:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Haushalt K:

- Aus welchem Land kommt die Care Migrantin?

- Wie alt schätzen Sie die Care Migrantin ungefähr?

- jünger als 20 Jahre
- zwischen 20 und 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre alt Jahre

- Für welche Arbeiten ist die Care Migrantin zuständig?

- Hauswirtschaft (Wäsche, Einkauf, Kochen, Putzen)
- Gesellschaft leisten
- Handreichungen im Alltag (Hilfe beim Aufstehen, Begleitung zur Toilette, ...)
- Pflegerische Tätigkeiten
- Präsenz in der Nacht
- Gartenarbeit
- Andere:

- Wie viele Care Migrantinnen sind in diesem Haushalt insgesamt engagiert?

Anzahl:

Bei mehreren Care Migrantinnen im selben Haushalt bitte ankreuzen:

- Care Migrantinnen arbeiten in unterschiedlichen Tagesschichten
- Care Migrantinnen lösen sich im Turnus alle paar Wochen ab

Anhang 3: Factsheet Projekt „Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung“

Care-Migrantinnen in der häuslichen Versorgung



Care-Migrantinnen teilen sich die Arbeit mit der Spitex ... [1]



... und bieten Unterstützung im Privathaushalt. [2]

In Westeuropa und auch in der Schweiz zeigt sich seit einigen Jahren ein Phänomen, das inzwischen als «Pendelmigration» bezeichnet wird. Dieses Label umschreibt ein häusliches Versorgungsarrangement, bei dem Tätigkeiten an Care-Migrantinnen delegiert werden. Diese Migrantinnen, vornehmlich aus Osteuropa, arbeiten während mehreren Monaten in Schweizer Haushalten mit Pflegebedürftigen und kehren danach in ihre Herkunftsländer zurück, um den Dienst mit anderen Migrantinnen abzutauschen. Im Rahmen einer Projektkooperation mit der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich werden diese Arrangements aus der Perspektive der Spitex Zürich beleuchtet. Fragen des Versorgungsbedarfs und der Versorgungsqualität werden ebenso bearbeitet wie jene der Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegeprofis und den Migrantinnen.

Wachsender Pflegebedarf im Privathaushalt

Der Betreuungs- und Pflegebedarf kranker, behinderter oder hochbetagter Personen wächst – sowohl in Heimen als auch in Privathaushalten. Die Gründe dafür liegen im demographischen Wandel und in der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen. Die Langlebigkeit und der medizinisch-technische Fortschritt sind zwar Zeichen einer modernen Gesellschaft mit hohem Lebensstandard. Aber ein langes Leben und medizinische Therapien bringen auch längere, anspruchsvollere Pflegeverläufe mit sich – unabhängig von

Alter und Behinderung. Besonders die pharmazeutischen Fortschritte erlauben heute die Heilung oder zumindest die Stabilisierung von bisher lebensbedrohlichen Erkrankungen und Unfallfolgen. Nicht selten aber bleiben irreversible Gesundheitsbeeinträchtigungen zurück.

Pflege zu Hause liegt im Trend

Das gesundheitspolitische Ziel in der Schweiz sieht vor, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben (Leitpostulat «ambulant vor stationär»). Obwohl Familien und Partnerschaften noch immer eine hohe Bereitschaft für die informelle Pflege und Betreuung zeigen, stösst dieses Modell an seine Grenzen. Gründe dafür sind u.a. die ausgeprägte Generationentiefe, veränderte Familienstrukturen, eine steigende Zahl von Einzelhaushalten, die zunehmende Erwerbsintegration der Frauen sowie berufliche Mobilität. Hinzu kommt, dass die Behandlungsverläufe klinisch anspruchsvoller werden und länger dauern. Professionelle Angebote leisten in der Pflege zu Hause zwar einen wichtigen Beitrag. In pflege- und betreuungsintensiven Situationen, wie beispielsweise bei umfassender Behinderung oder fortgeschrittener Demenz, ist das Angebot aber oft zeitlich nicht ausreichend und langfristig finanziell kaum tragbar.

Entsprechend der skizzierten Rahmenbedingungen stellen sich für immer mehr Familien und Paare Fragen: Was tun, wenn Spitexangebote nicht mehr ausreichen und die

Angehörigen mit ihren Ressourcen an Grenzen stossen? Welche finanzierbaren Alternativen gibt es, die eine den Bedürfnissen der Angehörigen angepasste und dem Bedarf der Pflegebedürftigen angemessene häusliche Betreuung garantieren können? Die Forschung zur häuslichen Versorgung durch Migrantinnen in der Schweiz ist bislang lückenhaft.

Projektziele

Das Projekt analysiert, wie häusliche Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen im Raum Zürich organisiert sind. Der Fokus liegt auf der Perspektive der Spitex Zürich und berücksichtigt Fragen des Versorgungsbedarfs und Aspekte der Versorgungsqualität. Chancen und spezifische Herausforderungen für die Spitex werden aufgezeigt. Basierend auf den Erkenntnissen werden praxisorientierte Schlussfolgerungen für die Organisation von Versorgungssettings mit Care-Migrantinnen und weiteren Anbietern von häuslichen Dienstleistungen ausgearbeitet.

Fragen zu Care Migration in der Spitex Zürich

Im Projekt werden folgende Fragen untersucht:

- Ausmass des Phänomens in der Stadt Zürich: Welche Privathaushalte, in denen die Spitex tätig ist, engagieren zusätzlich (gemäss Einschätzung der Spitex) eine ausländische Arbeitskraft für die Betreuung?
- Spezifikum des Betreuungsarrangements: Welche Dienstleistungen werden wann, in welcher Form und in welchem Umfang von wem erbracht?
- Interaktion Spitex – Care-Migrantin: Welche Chancen oder Herausforderungen bestehen nach Einschätzung der Spitexmitarbeitenden? Wie beurteilen die Mitarbeitenden der Spitex das Arrangement im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Spitex und Care-Migrantin? Welche Konzepte der Spitexmitarbeitenden bezüglich «Pflege- und Versorgungsqualität» in der häuslichen Versorgung lassen sich nachzeichnen?
- Strukturelle Kontextualisierung: Welche Annahmen treffen Spitexmitarbeitende zu den ökonomischen, sozialen und personellen Rahmenbedingungen, die eine Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch Care-Migrantinnen begünstigen?

Forschungsmethoden

Methodisch wird eine Kombination qualitativer und quantitativer Zugänge gewählt:

- Literaturanalyse: Sie liefert eine Übersicht zur aktuellen Literatur und Forschung zum Thema häusliche Pflege und Care-Migrantinnen sowie zur Relevanz für die Schweiz.
- Standardisierte Umfrage bei den Spitexzentren: Das Instrument erhebt Faktoren zur geschätzten Anzahl der

Haushalte mit ausländischer Hilfe im Einzugsgebiet des jeweiligen Spitexzentrums (Haushaltsgrösse, Pflegesituation, involvierte Personen, Leistungen der Spitex usw).

- Experteninterviews mit Spitexmitarbeitenden: Zur Erhebung des spezifischen häuslichen Versorgungsarrangements mit Care-Migrantinnen werden rund 15 leitfadengestützte Experteninterviews mit Spitexmitarbeitenden durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Projektinformationen

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen Careum F+E und der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Als Teil eines Schwerpunktprojekts der Fachstelle zum Thema «Betagtenbetreuung durch Migrantinnen» wird der Fokus auf die Spitexmitarbeitenden gelegt. Untersucht wird in zwei anderen Teilprojekten, welche Agenturen aktuell im Raum Zürich Migrantinnen in Privathaushalte vermitteln und welches die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Arbeitsverhältnisse sind.

Laufzeit

November 2011 – März 2012

Projektteam

Karin van Holten, lic. phil. (Projektleitung, karin.vanholtens@careum.ch),
Anke Jähnke, RN, MA, MPH (Projektmitarbeit),
Iren Bischofberger, Prof. Dr., MScN (Fachbereichsleitung Forschung),
Monika Schäfer, Prof., MScN (Leitung Careum F+E)

Webseiten

www.workandcare.ch, www.stadt-zuerich.ch/gleichstellung

Quelle: [1] www.drk-webzeitung.de, [2] www.guter-rat.de

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



Die Hochschule für Berufstätige.

Anhang 4: Informationsschreiben „Anfrage für ein Experten- interview“

Anfrage zur Teilnahme an einem Experteninterview

Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Mitarbeitende der Spitex

Für das Projekt „Care Migrantinnen in der häuslichen Versorgung – Einschätzungen des Arrangements aus der Sicht der Spitex“ fragen wir Sie für die Teilnahme an einem Experteninterview an. In diesem Interview mit Ihnen als Fachperson für häusliche Pflege und Betreuung stehen Ihre Erfahrungen mit Care Migrantinnen im Zentrum.

Worum geht es im Forschungsprojekt?

Im Projekt wird die Organisation von häuslichen Versorgungsarrangements mit Care Migrantinnen analysiert. Der Fokus liegt auf Fragen des Versorgungsbedarfs und Aspekten der Versorgungsqualität im häuslichen Bereich.

Basierend auf den Erkenntnissen werden praxisorientierte Schlussfolgerungen für die Organisation von Versorgungssettings mit Care Migrantinnen ausgearbeitet. Chancen und spezifische Herausforderungen für die Spitex werden aufgezeigt.

Das Projekt ist eine Forschungs Kooperation der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich und Careum F+E, dem Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule Departement Gesundheit (für detaillierte Informationen siehe beigelegte Projektbeschreibung).

Was geschieht bei der Teilnahme am Gespräch?

Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen der Interviewerin und Ihnen statt. Am Schluss werden Sie um einige Angaben gebeten (z.B. Wohnort, Alter etc.).

Dauer: Das Gespräch dauert circa eine Stunde.

Ort: Das Gespräch findet in einem ruhigen Raum im jeweiligen Spitexzentrum, bei Careum F+E 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 oder Hochdeutsch 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.

Datenschutz: Alle Angaben, die Sie erkennbar machen könnten, werden bei der Abschrift der Aufzeichnungen vertraulich behandelt und so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind. Das Forschungsteam steht unter Schweigepflicht.

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 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 vor Beginn des Gesprächs gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Sie werden nach Abschluss des Kooperationsprojekts auf Wunsch über die Ergebnisse der Studie informiert.

Welches ist der Nutzen aus dem Gespräch?

Sie haben selber keinen unmittelbaren Nutzen durch die Teilnahme am Interview.

Sie können Ihre berufliche und professionelle Sichtweise auf die Situation der Betreuung und Versorgung in Privathaushalten mit Care Migrantinnen darlegen.

Ihre Ausführungen unterstützen die Ausarbeitung praxisorientierter Hinweise für Arrangements mit Care Migrantinnen in Privathaushalten.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Karin van Holten, lic.phil.
043 222 50 61
karin.vanholten@careum.ch

Anke Jähneke, RN, MPH, Soziologin
043 222 50 61
anke.jaehnke@careum.ch

Careum F+E
Pestalozzistrasse 3
8032 Zürich
www.careum.ch
www.workandcare.ch

Einverständniserklärung

Mit der Unterschrift bestätigt die unterzeichnende Person, dass sie freiwillig und informiert an dem Gespräch teilnimmt, und dass ihre Fragen zufriedenstellend beantwortet wurden. Die Informationen werden für das Forschungsprojekt „Care Migrantinnen in der häuslichen Versorgung“ von Careum F+E und der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich verwendet.

Name und Vorname:

Ort und Datum: _____

Unterschrift Expert/in: _____

Unterschrift Interviewerin: _____

Ein Exemplar dieser unterzeichneten Einverständniserklärung geht an die Interviewerin, ein Exemplar an den/die Expert/in.

Anhang 5: Interviewleitfaden für die Experteninterviews

Leitfaden Expert/inneninterview mit Spitexmitarbeitenden (Stand: 5. Dezember 2011)

		Notizen / Stichworte Vorbereitung
Vor dem Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> - Begrüssen, Vorstellen - Ziel des Gesprächs und allfällige Fragen klären (Informationen zum Projekthintergrund, Kooperation, Interviewdauer) - Begriffsklärung: Care Migrantinnen, Live-Ins oder auch andere ausländische Hilfskräfte im Haushalt - Einverständniserklärung unterschreiben (Aufnahme, Datenschutz, Schweigepflicht etc.) - Visitenkarte abgeben - Über Fragenbogen nach dem Interview informieren 	
Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> - Sie arbeiten bei der Spitex Können Sie mir Ihren Arbeitsalltag kurz schildern? - Welche Erfahrungen machen Sie in Ihrer Funktion als mit Care Migrantinnen in Privathaushalten? 	
Organisation Sorge-Arbeit im Privathaushalt mit Care Migrantin	<p>In dem speziellen Fall, den Sie beschrieben haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wer übernimmt welche Aufgaben, Arbeiten ... in welchem Umfang? - Wofür ist ausschliesslich die Spitex zuständig? - Wofür ist ausschliesslich die Care Migrantin zuständig? - Wofür sind andere zuständig? 	Fallbeispiel

	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle haben die Angehörigen im Versorgungsarrangement? - Gibt es bezüglich der Zuständigkeiten offizielle Regelungen? Wie werden diese definiert? Von wem? - Haben Sie direkt Kontakt mit der Care Migrantin? Wie kommunizieren Sie mit ihr? 	
<p>Einschätzung Zusammenarbeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie grenzen sich die verschiedenen Arbeitsbereiche voneinander ab? Wo gibt es Schnittstellen? - Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der Care Migrantin? - Was läuft gut, was weniger? Weshalb? - Was erfahren Sie als hilfreich/schwierig? Inwiefern? - In der Regel wechseln die ausländischen Arbeitskräfte alle 3 Monate – Welche Folgen haben diese Wechsel? Für Sie persönlich? Für die gepflegte Person? - Verändern sich in einem Haushalt mit Care Migrantinnen Ihre Arbeit/Zuständigkeiten? Inwiefern? Übernehmen Sie in einem Haushalt mit Live Ins andere Aufgaben? <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern? • Kommen neue Aufgaben hinzu? - Fallen ‚klassische‘ Arbeiten weg? 	<p>-</p>
<p>Diskussion des Phänomens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist es Ihrer Meinung nach zum Engagement einer ausländischen Arbeitskraft gekommen? - Welche Rolle spielen: <ul style="list-style-type: none"> • Art der Krankheit / Behinderung? • Versorgungs- & Pflegebedarf • Soziale Einbettung der Familie / Patient/innen • ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe für Anstellung (Versorgungsbedarf, Finanzen, bestehendes Angebot, Versorgungslücken, ...) - Was ist besonders an Versorgungsarrangements mit Care Migrantinnen? - Inwiefern unterscheiden sie sich von anderen?

<p>Versorgungsqualität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte einer qualitativ guten Pflege, was zeichnet qualitativ gute Pflege im häuslichen Bereich aus? - Welche Qualifikationen braucht es dazu? - Gibt es ein Qualitätsmanual an dem Sie sich orientieren können bezüglich häuslicher Pflege? - Anhand welcher Kriterien wird die Arbeit der Care Migrantinnen beurteilt? Von wem? - Tragen Care Migrantinnen zu einer Stabilisierung der häuslichen Versorgung bei? Inwiefern? Inwiefern nicht? - Was spricht Ihrer Meinung nach für ein Arrangement mit Care Migrantinnen? Was spricht dagegen? Zusammenfassende Einschätzung: „Fluch oder Segen“? - Wie liesse sich die Zusammenarbeit optimieren? Welche Massnahmen müssten ergriffen werden? Von wem? Auf welcher Ebene? - Was kann die Spitex beitragen/tun? Es gibt bspw. Spitexen, die Angehörige anstellen ... 	
<p>Abschliessende Fragen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungen des Phänomens: Zunahme im Vergleich zu den letzten Jahren ? Gleichbleibend? Blick in die Zukunft ... - Gibt es noch etwas Wichtiges, dass Sie ergänzen möchten? - Haben Sie noch Fragen, Unklarheiten, Anregungen? 	
<p>Nach dem Gespräch</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Danken und ev. Fragebogen ausfüllen - ev. Informationsmaterial (Jahresbericht, Projektzusammenfassung, Visitenkarte, ...) 	