



## **Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten**

*Ingrid Mairhuber*

*Bernadette Allinger*

**20. April 2021**

Endbericht für die AK Wien

Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5

Tel.: +431 21 24 700

Fax: +431 21 24 700-77

office@forba.at

<http://www.forba.at>



# INHALT

EINLEITUNG .....	1
1. MIGRATIONSSTRÖME .....	3
1.1. Mobile und häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte (home-based personal care workers) .....	3
1.1.1. Herkunftsländer .....	4
1.1.2. Zielländer .....	5
1.2. Betreuungshilfskräfte in Privathaushalten (domestic care worker) .....	6
2. ITALIEN .....	11
2.1. Organisation der Langzeitpflege in Italien .....	11
2.2. Migrantischen Arbeitskräfte in Privathaushalten .....	14
2.3. Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten .....	15
2.3.1. Register der Betreuungskräfte in Privathaushalten .....	17
2.3.2. Vermittlungsschalter für Angebot und Nachfrage .....	17
2.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten .....	18
2.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten .....	19
2.6. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten .....	21
3. ÖSTERREICH .....	23
3.1. Organisation der Langzeitpflege .....	23
3.2. Migrantische Arbeitskräfte in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten .....	26
3.3. Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten .....	27
3.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten .....	28

3.5.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	30
3.6.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	32
3.7.	<i>Auswirkung der Migration auf Betreuung und Pflege in den Herkunftsländern</i> .....	34
4.	<i>DEUTSCHLAND</i> .....	36
4.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	36
4.2.	<i>Migrantische Arbeitskräfte in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten</i> .....	38
4.3.	<i>Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	39
4.4.	<i>Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten</i> .....	41
4.5.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	43
4.6.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	46
5.	<i>NIEDERLANDE</i> .....	49
5.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege in den Niederlanden</i> .....	49
5.2.	<i>(Migrantischen) Beschäftigten im mobilen LTC-Bereich und Privathaushalten</i> .....	52
5.3.	<i>Rekrutierung und Organisation der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	54
5.4.	<i>Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten</i> .....	55
5.5.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	56
5.6.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	58
6.	<i>SCHWEDEN</i> .....	59
6.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	59
6.2.	<i>Migrantischen Arbeitskräfte im LTC-Sektor</i> .....	64
6.3.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor</i> .....	66
6.4.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der migrantischen Beschäftigten im häuslichen Bereich</i> .....	68

6.5.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor</i> .....	69
7.	<i>FRANKREICH</i> .....	71
7.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	71
7.2.	<i>Migrantische Arbeitskräfte im LTC-Sektor/in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten</i> .....	74
7.3.	<i>Rekrutierung und Organisation der (transnationalen) Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	75
7.4.	<i>Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten</i> .....	77
7.5.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	79
7.6.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten</i> .....	81
8.	<i>RUMÄNIEN</i> .....	83
8.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	83
8.2.	<i>Arbeitskräfte im mobilen und häuslichen LTC-Sektor</i> .....	85
8.3.	<i>LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland</i> .....	86
8.4.	<i>Vermittlung von transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	87
8.5.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung (LTC home-based care)</i> .....	87
8.6.	<i>Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in Rumänien</i> .....	89
8.6.1.	<i>Auswirkungen auf Kinder</i> .....	89
8.6.2.	<i>Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Gesundheit der BetreuerInnen</i> .....	90
8.6.3.	<i>Auswirkungen auf die Betreuung und Pflege hilfebedürftiger Eltern</i> .....	91
9.	<i>SLOWAKEI</i> .....	93
9.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	93
9.2.	<i>Arbeitskräfte im LTC-Sektor</i> .....	96
9.3.	<i>LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland und Vermittlung von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalte</i> .....	97
9.4.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor</i> .....	98

9.4.1.	<i>Slowakei</i> .....	98
9.4.2.	<i>24-Stunden-Betreuung im Zielland Österreich</i> .....	99
9.5.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor</i> .....	99
9.6.	<i>Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in der Slowakei</i> .....	100
9.6.1.	<i>Auswirkungen auf Kinder</i> .....	100
9.6.2.	<i>Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und den LTC-Bereich</i> .....	101
9.6.3.	<i>Auswirkungen auf die Gesundheit der 24-Stunden-BetreuerInnen</i> .....	102
9.6.4.	<i>Auswirkungen auf die Langzeitpflege</i> .....	102
10.	<i>POLEN</i> .....	104
10.1.	<i>Organisation der Langzeitpflege</i> .....	104
10.2.	<i>Arbeitskräfte im LTC-Sektor</i> .....	107
10.3.	<i>Migrantische Arbeitskräfte im LTC-Sektor</i> .....	108
10.4.	<i>Polnische LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland und deren Vermittlung</i> .....	110
10.5.	<i>Rekrutierung und Organisation von transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	110
10.6.	<i>Regelung der Betreuung und Pflege in polnischen Privathaushalten und von entsendeten Betreuungskräften</i> .....	112
10.7.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor</i> .....	113
10.8.	<i>Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten</i> .....	115
10.9.	<i>Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor</i> .....	116
10.10.	<i>Auswirkungen der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in Polen</i> .....	118
11.	<i>INTERNATIONALE MAßNAHMENEMPFEHLUNGEN</i> .....	119
11.1.	<i>ILO Policy Brief zu migrantischen Hausangestellten</i> .....	119
11.2.	<i>ILO-Studie über Arbeitskräfte im Betreuungs- und Pflege- sowie Hausangestelltensektor</i> .....	122
11.3.	<i>OECD-Studie zu Krankenpflegekräften und persönliche Betreuungs- und Pflegekräften</i> .....	124

---

11.4. WHO-Bericht zu Gesundheitsdienstleistungen für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte und ihre Familien .....	125
ZUSAMMENFASSUNG UND SYNTHESE .....	127
LITERATUR.....	149
TABELLENANHANG .....	158



## **EINLEITUNG**

Seit den 1990er Jahren ist in den europäischen Ländern eine Zunahme von transnationalen Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten zu beobachten. In manchen Ländern, wie etwa Österreich, Deutschland oder auch Italien, leben die sogenannten 24-Stunden-BetreuerInnen (*live-in carer*) mit den betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen in einem Haushalt zusammen. In anderen Ländern, wie den Niederlanden, Polen und zum Teil auch in Italien, wohnen sie eher nicht im selben Haushalt (*live-out carer*), ihre Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie ihre soziale Absicherung sind aber ähnlich prekär.

Gründe für das Anwachsen der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten sind einerseits die demographische Entwicklung und die Zunahme an betreuungs- und pflegebedürftigen älteren Menschen, aber auch die steigende Erwerbsarbeit von Frauen – etwa auch aufgrund von Pensionsreformen – bei gleichzeitig kaum veränderter geschlechtlicher Arbeitsteilung. Andererseits kam es in den letzten Jahrzehnten in einer Reihe von vor allem nord- und südosteuropäischen EU-Ländern aufgrund der Einschränkung öffentlich bereitgestellter Dienstleistungen zu einer zunehmenden De-Institutionalisierung und folglich auch einer Re-Privatisierung und Informalisierung der Betreuung und Pflege. Diese muss nun häufiger zu Hause privat organisiert und oft auch bezahlt werden.

Schlechte Beschäftigungschancen und Arbeitsbedingungen – auch im Gesundheits- und Langzeitpflegesektor –, geringe Sozialleistungen sowie relativ große Einkommensunterschiede innerhalb Europas, führen dazu, dass eine große Anzahl von meist weiblichen Arbeitskräften aus Osteuropa bereit ist, zu emigrieren, um in anderen EU-Ländern u.a. als Personenbetreuerinnen eine Beschäftigung aufzunehmen.

Rekrutierung, Organisation, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, soziale Absicherung, Ausbildungsstandards und Qualitätskontrolle – sofern überhaupt vorhanden – im Bereich der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten stellen sich in den einzelnen EU-Ländern jedoch sehr unterschiedlich dar.

Der vorliegende Bericht soll zur Vorbereitung eines Vorschlag für eine EU-Rahmenrichtlinie zur Festlegung der grundlegenden Rechte und Pflichten für die Beschäftigung von 24-Stunden-Betreuungspersonen („24-Stundenrahmen-RL“) dienen (Fahimi/Rosoli/Schalek 2020:3f.). Dieser Bericht hat zum Ziel, vergleichende Informationen und Forschungsergebnisse zu transnationalen Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten bzw. von 24-Stunden-Betreuungskräften in der EU bereitzustellen. Dies beinhaltet zunächst einen allgemeinen Überblick über Migrationsströme von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten bzw. von 24-Stunden-Betreuungskräften in Europa – soweit dazu Daten vorhanden sind. Da eine Unterscheidung zwischen häuslichen und mobilen Betreuungs- und Pflegekräften (*home-based personal care worker*) und den Betreuungs- und Pflegekräften, die in

Privathaushalten beschäftigt werden (*domestic care worker*) in manchen Ländern nur schwer möglich ist bzw. sich diese beiden Beschäftigungsgruppen nicht immer klar trennen lassen, werden die mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräfte sowohl im Kapitel zu den Migrationsströmen als auch in den nachfolgenden Länderberichten – soweit dies im jeweiligen Land als sinnvoll, notwendig und machbar erscheint – ebenfalls behandelt.

In den neun exemplarischen Länderberichten zu Italien, Österreich, Deutschland, den Niederlanden, Schweden, Frankreich, Rumänien, der Slowakei und Polen werden zunächst die jeweiligen Langzeitpflegesysteme genauer beschrieben. Dies ist notwendig, da sich einerseits der Bedarf und das Ausmaß des Einsatzes sowie die Organisation von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten bzw. von 24-Stunden-Betreuungskräften wesentlich daraus ergeben. Andererseits werden aber auch die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, die soziale Absicherung sowie die Ausbildungsstandards und Qualitätskontrollen – sofern überhaupt vorhanden – wesentlich davon bestimmt. In den so genannten Herkunftsländern, wie Rumänien, der Slowakei und Polen werden neben der Abwanderung von (LTC-) Betreuungs- und Pflegekräften zudem die Auswirkungen dieser Migration auf die Betreuungssituation im eigenen Land und der eigenen Familie behandelt und dargestellt.

Insgesamt muss darauf verwiesen werden, dass sich die Quantität und Qualität der entsprechenden Informationen zu den einzelnen Ländern stark unterscheiden. Dementsprechend unterschiedlich fallen auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung bzw. die Tiefe der Analyse der jeweiligen Länderberichte aus.

Weiters werden internationale Maßnahmenempfehlungen der ILO, OECD und WHO zu guten Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie zur Gesundheit von (migrantischen) Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten (*decent care work*) aufgearbeitet.

Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der einzelnen doch sehr umfangreichen Berichtskapitel, die auch eine Synthese der Länderberichte beinhaltet.

# 1. MIGRATIONSSTRÖME

Die Beschreibung der Migrationsströmen der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten stellt sich als besonders schwierig dar, denn aufgrund der Tatsache, dass die Migration oft undokumentiert erfolgt und Betreuungs- und Pflegekräfte unangemeldet arbeiten, ist die Datenlage äußerst unzureichend. Vergleichende Daten auf EU-Ebene oder auch internationaler Ebene sind nicht vorhanden oder weisen große Informationslücken auf. Die zum Teil vorhandenen nationalen Daten, die vielfach nur den kleineren Teil der angemeldeten Arbeitskräfte dokumentieren oder auf Schätzungen beruhen, sind untereinander nicht wirklich vergleichbar bzw. widersprechen diese – im Falle des Vorhandenseins – mitunter den Daten, die in internationalen Vergleichen angeführt werden. Zudem werden in den Statistiken GrenzgängerInnen und PendelmigrantInnen – viele der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten fallen in diese Kategorien – nicht immer miterfasst. Ob und wie diese GrenzgängerInnen und PendelmigrantInnen zugeordnet werden, wird in den Studien und Daten aber nicht immer explizit gemacht.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist zudem eine Abgrenzung zwischen mobilen Betreuungs- und Pflegekräften (*home-based care worker*) und den Betreuungs- und Pflegekräften, die von Privathaushalten beschäftigt werden (*domestic care worker/domestic worker*) nur schwer möglich bzw. lassen sich diese beiden Beschäftigungsgruppen in manchen Ländern nicht klar trennen.

Die folgenden Ausführungen stellen daher einen Versuch dar, auf Basis vorhandener internationaler und zum Teil nationaler Daten, Migrationsströme von mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräften sowie von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten möglichst gut zu beschreiben.

## 1.1. **Mobile und häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte (home-based personal care workers)**

Im Gegensatz zu Betreuungs- und Pflegekräften, die im stationären Bereich arbeiten (siehe dazu Bericht: Gesundheitsberufe, Migrationsströme), sind mobil vor allem aber häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte in den verschiedenen Ländern zum Teil auch unangemeldet beschäftigt und benötigen je nach Land nur eine Aufenthaltsgenehmigung (OECD 2015:122). Die Zahlen im Folgenden beziehen sich nur auf **offiziell beschäftigte mobile und häusliche Betreuung- und Pflegekräfte**.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Eine klare Unterscheidung zwischen professionellen mobilen Betreuungs- und Pflegekräften, die ihre Tätigkeiten im Privathaushalt erbringen und Betreuungs- und Pflegekräften, die direkt von einem Privathaushalt beschäftigt werden, ist leider nicht möglich.

### 1.1.1. Herkunftsländer

Während die offiziellen Einwanderungsstatistiken für die Messung der Zahlen wie viele der mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräfte im Ausland geboren sind eindeutig unzureichend sind, können Arbeitsmarkterhebungen zum Teil darüber Auskunft geben. Laut dem Migration Outlook der OECD (2015:123) waren 2012/13 in Europa mehr als 29% der **mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräften** (ISCO-08 5322)<sup>2</sup> im Ausland geboren und kamen (nur Europa betrachtend) vor allem aus **Rumänien**, der **Ukraine**, **Moldawien** und **Polen**. In Österreich und der Tschechischen Republik kommen sie auch aus der **Slowakei** (siehe dazu näher: Tabelle 1). In Südeuropa und Irland werden diese laut Migration Outlook der OECD (2015:122f) direkt von den Haushalten beschäftigt, in anderen europäischen Ländern sind sie häufig als Angestellte von (privaten) Dienstleistungsunternehmen tätig (siehe dazu etwa: Länderberichte Niederlande und Schweden). In der **Slowakei**, **Ungarn** und **Polen** arbeiten viele Betreuungs- und Pflegekräfte als GrenzgängerInnen in den Nachbarländern (OECD, Migration Outlook 2015:122).

---

<sup>2</sup> ISCO-08 5322: Haus- und FamilienpflegerInnen (*Home-based Personal Care Workers*) (z.B. HeimhelferIn) verrichten Routinetätigkeiten bei der persönlichen Betreuung und erbringen für Personen, die dies auf Grund ihres Alters, von Krankheit, Verletzungen oder sonstigen körperlichen oder geistigen Zuständen benötigen, Pflege und Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens in privaten Haushalten und sonstigen unabhängigen Wohnsituationen. ([http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb\\_VersionAuswahl.do](http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb_VersionAuswahl.do))

**Tabelle 1: Im Ausland geborene mobile Betreuungs- und Pflegepersonen 2012/13, Anzahl, Prozent und Hauptherkunftsländer (nur Europa)**

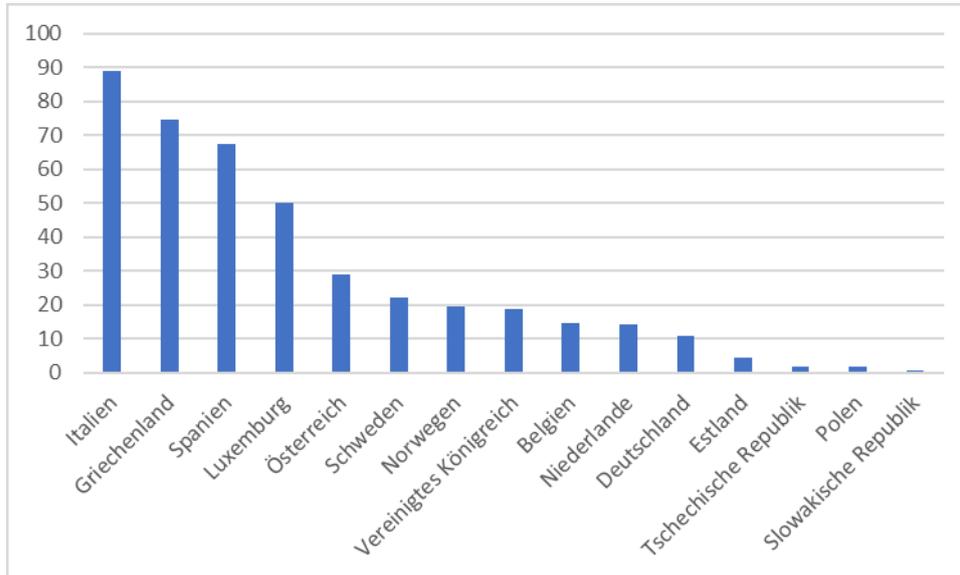
Wohnsitzland	Anzahl	%	Hauptherkunftsländer
Italien	200.060	89,0	Rumänien, Ukraine, Moldawien
Griechenland	2.390	74,5	Bulgarien
Spanien	50.350	67,4	Rumänien
Luxemburg	220	50,0	k.A.
Österreich	6.290	29,1	Rumänien, Slowakische Republik
Schweden	47.630	22,2	Finnland, Serbien
Vereinigtes Königreich	141.870	18,8	k.A.
Belgien	5.100	14,6	k.A.
Niederlande	15.820	14,3	Griechenland
Deutschland	3.360	10,8	k.A.
Estland	130	4,5	Russland
Tschechische Republik	570	1,7	Slowakische Republik
Polen	460	1,6	k.A.
Slowakische Republik	150	0,4	k.A.
Ungarn	k.A.	k. A.	Rumänien
<b>Gesamt</b>	<b>474.400</b>	<b>29,3</b>	<b>Rumänien, Ukraine, Moldawien, Polen</b>

Quelle: Migration Outlook, 2015:123 (Basis EU-LFS)

### 1.1.2. Zielländer

Besonders hoch war die Zahl der im Ausland geborenen mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräften in den südeuropäischen Ländern **Italien** (89%), **Griechenland** (74,5%) und **Spanien** (67,4%) aber auch in **Luxemburg** betrug der Anteil 50%. In **Österreich** waren es fast 30% und in Schweden, Norwegen und dem Vereinigten Königreich betrug ihr Anteil rund 20%, in Belgien und den Niederlanden knapp unter 15% und in Deutschland immerhin fast 11%. In den vom Migration Outlook berücksichtigten osteuropäischen Ländern lag der Anteil nur bei 4,5% (Estland) bzw. unter 2% (Tschechische Republik, Polen, Slowakei) (siehe dazu näher: Tabelle 1 und Grafik 1)

**Grafik 1: Anteil der im Ausland geborenen mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte, in Prozent**



Quelle: OECD, Migration Outlook, 2015:123

Die OECD verweist hier darauf, dass die Daten für Italien, Griechenland, Spanien, Irland, und Portugal unterschätzt sind, da sie nur die direkt von einem Haushalt beschäftigten Betreuungs- und Pflegekräfte erfassen und jene, die von privaten Dienstleistungsunternehmen eingestellt werden aber ausschließen (OECD 2015:123).

## 1.2. Betreuungshilfskräfte in Privathaushalten (*domestic care worker*)

Neben den mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräften werden in manchen EU-Ländern vor allem zur Betreuung (und manchmal auch Pflege) von alten oder hilfebedürftigen Menschen migrantische **Reinigungskräfte** oder migrantische **Hilfskräfte in Privathaushalten** (ISCO 08 9111)<sup>3</sup> bzw. **Hausangestellte** (*domestic worker*) eingesetzt.

Aussagen über die Anzahl von migrantischen Betreuungshilfskräften in Privathaushalten zu tätigen ist äußerst schwierig. Erstens gibt es in diesem Bereich besonders viele undokumentierte bzw. ohne Arbeitsvertrag tätige Personen. Zweitens ist eine Unterscheidung der Gruppe der Hilfskräfte in Privathaushalten nach Personen, die nur Haushaltstätigkeiten ausführen und Personen, die auch in der persönlichen Betreuung

<sup>3</sup> ISCO-08 9111: Reinigungspersonal und Hilfskräfte in Privathaushalten (*Domestic Cleaners and Helpers*) (z.B. Haushilfe) kehren, saugen mit Staubsaugern, waschen und polieren, pflegen die Haushaltswäsche, kaufen Haushaltsartikel, bereiten Speisen zu, servieren Mahlzeiten und verrichten verschiedene andere haushaltliche Pflichten ([http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb\\_VersionAuswahl.do](http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb_VersionAuswahl.do))

eingesetzt werden nicht möglich und drittens, ist die Zuordnung in den einzelnen EU-Ländern sehr unterschiedlich.

Auch der Europäische Gewerkschaftsbund weist darauf hin, dass es schwierig ist, verlässliche Daten über Hausangestellte in Europa zu erhalten, insbesondere aufgrund ihres oft „informellen“ Charakters. Schätzungen der Europäischen Kommission zufolge waren im Jahr 2012 in den EU-Mitgliedstaaten rund **2,6 Millionen Hausangestellte** (in Vollzeitäquivalenten) beschäftigt. Rund 2,3 Millionen davon waren Frauen (89%), die aufgrund bestimmter wirtschaftlicher und sozialer Entwicklungen, Arbeitskräftebedarf und Traditionen vor allem in Italien (27,5%), Spanien (25%), Frankreich (23%), Deutschland (8,5%) und Portugal (5,1%) beschäftigt waren (Kiss 2015:2f).

Bei diesen Hausangestellten handelt es sich um einheimische Personen, Personen eines anderen EU-Landes oder um Drittstaatsangehörige. Im Jahr 2014 waren beispielsweise in Italien nur 23% der Hausangestellten italienische Staatsangehörige, 46% andere EU-BürgerInnen und 31% Drittstaatsangehörige. Migrantische Hausangestellte werden von Vermittlungsagenturen durch formelle oder auch informelle Verfahren angeworben, wodurch sie sehr prekären Situationen ausgesetzt sind. In ganz Europa sind Au-pair-Programme eine weitere verbreitete Form der verdeckten Anwerbung von Hausangestellten (Kiss 2015:3).

Wo es offizielle Daten gibt, zeigen die Zahlen, dass der **Anteil der migrantischen Hausangestellten** in den letzten Jahrzehnten sehr stark zugenommen hat. So stieg ihr Anteil in Spanien zwischen 2000 und 2012 von nur 5% auf 60%. In Italien stieg ihr Anteil im gleichen Zeitraum von etwa 50% auf etwa 80%. In beiden Fällen ist die Veränderung der absoluten Zahl der Hausangestellten fast ausschließlich auf MigrantInnen zurückzuführen: Die Zahl der einheimischen Hausangestellten war in beiden Fällen seit dem Jahr 2000 relativ konstant geblieben (Gallotti/Mertens 2013:9).

Laut der ILO Studie *Decent work for migrant domestic workers* (2016) gab es **2,2 Millionen migrantische Hausangestellte** in Europa. In der Publikation wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Zahlen aufgrund des informellen Charakters des Sektors, der undokumentierten Migration und der unklaren Abgrenzung zwischen Haus- und Betreuungs- und Pflegearbeit deutlich unterschätzt werden. Haushaltserhebungen z.B. in **Deutschland** zeigen, dass es fast eine Million Hausangestellte gibt, obwohl 2009 nur 217.000 Hausangestellte formell beschäftigt waren und weit weniger, nämlich nur 36.056 ein Arbeitsverhältnis hatten, für das Sozialversicherungsbeiträge gezahlt wurden (Tayah 2016:37)(siehe dazu auch: Länderbericht Deutschland). Nach den jüngsten Daten des *Istituto Nazionale di Statistica – ISTAT* gab es in **Italien** im Jahr 2018 859.233 Hausangestellte (*lavoratori domestici*), die regelmäßig Sozialversicherungsbeiträge leisteten. Die Mehrheit davon waren Haushaltskräfte (*colf*) (53,2 %), während Betreuungs- und Pflegekräfte (*badanti*) die restlichen 46,8% bzw. 402.121 ausmachten (Fosti/Notarnicola 2019:47), von denen wiederum 99.190 italienische StaatsbürgerInnen waren. Damit waren rund  $\frac{3}{4}$  der angemeldeten Arbeitskräfte MigrantInnen (Pedersini 2020:6). Dabei stammte der größte Teil (über 70%) aus Osteuropa, gefolgt von Lateinamerika (8%) und Nordafrika (5%) (Pedersini 2020:6). Auf Basis dieser Daten und von aktualisierten Schätzungen (Pasquinelli/Rusmini 2013) kommen Fosti/Notarnicola

(2019:48) zum Ergebnis, dass es im Jahr 2018 zudem rund 603.000 unangemeldete Betreuungs- und Pflegekräfte bzw. damit insgesamt über eine Million Betreuungs- und Pflegekräfte in italienischen Privathaushalten gab (siehe dazu näher: Länderbericht Italien).

In **Frankreich** leisten rund 383.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte Unterstützung in Privathaushalten. Zusätzlich werden offiziell rund 165.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte direkte von privaten Haushalten beschäftigt (Turlan 2020:21). Viele davon dürften migrantische Arbeitskräfte sein (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:107). Neben EU-Ländern wie Portugal und Polen kommen die migrantischen Haushalts- sowie Betreuungs- und Pflegekräfte auch aus Drittstaaten bzw. ehemaligen französischen Kolonien (Cordon et al. 2013:8).

**Rumänien** ist eines der wichtigsten Herkunftsländer für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in der EU. Es gibt jedoch keine genauen Zahlen, da viele unangemeldete im EU-Ausland arbeiten bzw. als PendelmigrantInnen von den offiziellen Statistiken nicht immer erfasst werden (Ghiță/Boboc 2020:13). Es wird geschätzt, dass 2016 insgesamt fast drei Millionen RumänInnen in anderen europäischen Ländern lebten und arbeiteten, sehr viele davon in der Betreuung- und Pflege (Sekulová/Rogoz 2018:24). Die Zielländer für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte sind – aufgrund traditioneller Ruten und geographischen Bindungen – vor allem Italien, Spanien, Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich.

Studien in Belgien, Frankreich, Italien und Spanien zeigen, dass Hausangestellte mit Migrationshintergrund im Allgemeinen älter sind (40 und oft über 50). Sie verfügen über ein höheres Bildungsniveau als die in diesem Sektor beschäftigten Staatsangehörigen, aber die Nichtanerkennung von Qualifikationen und beruflichen Fertigkeiten sowie Sprachbarrieren sind die Haupthindernisse für eine adäquate Integration in den Arbeitsmarkt (Gallotti/Mertens, 2013).

Geografische und historische Beziehungen bestimmen die *Hauptmigrationskorridore* für Hausangestellte. Lateinamerikanische Frauen suchen Arbeit im spanischen und portugiesischen Hausarbeitssektor, während russische und baltische Frauen eher in Finnland Arbeit finden. Die Ost-West-Migration innerhalb der EU ist ein Hauptmerkmal dieses Sektors. Auch die Ukraine ist ein wichtiges Herkunftsland für Hausangestellte in Europa, vor allem für Italien (Tayah 2016:37) und Polen (Sowa-Kofta 2017:4). Laut Sowa-Kofta (2017:3) lässt sich die Zahl der *MigrantInnen aus den mittel- und osteuropäischen Ländern*, die in den Ländern Nord-, West- und Südeuropas in der Betreuung und Pflege in den Privathaushalten arbeiten, aufgrund der häufigen unangemeldeten, oft befristeten Beschäftigung (bzw. kürzer als der für die Registrierung erforderliche Zeitraum) nur schwer abschätzen. Die Beschäftigungen in diesem Bereich bleiben in den öffentlichen Statistiken sowohl in den Ziel- als auch in den Herkunftsländern untererfasst bzw. werden gar nicht erfasst. Daten von einzelnen Ländern deuten jedoch auf eine hohe Zahl von Beschäftigten im häuslichen Bereich hin. Ende des Jahres 2020 waren etwa in **Österreich** 60.123 aktive, selbständige PersonenbetreuerInnen gemeldet, die als 24-Stunden-BetreuerInnen arbeiten (WKO 2021:11). Dabei handelt es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen (Österle

2016: 252). Sie stammen vor allem aus Rumänien und der **Slowakei**, wobei es hier in den letzten Jahren zu Verschiebungen gekommen ist. Waren im Juli 2008 fast 80% aller bei der Wirtschaftskammer gemeldeten Betreuungskräfte aus der Slowakei und nur knapp 7% aus Rumänien so kommen mittlerweile (Ende 2017) 42,5% aus Rumänien und 39,3% aus der Slowakei (Leiblfinger/Prieler 2018:13; siehe dazu auch: Länderbericht Österreich). Slowakische Betreuungs- und Pflegekräfte sind auch in anderen deutschsprachigen Ländern (**Deutschland** und Schweiz) präsent, aber die räumliche Nähe und die Möglichkeit der Pendelmigration im zweiwöchentlichen Rhythmus machen Österreich zur bevorzugten Option (Sekulová/Rogoz 2018:20).

Seit der EU-Erweiterung 2004 hat die Zuwanderung von Arbeitskräften auch in **Schweden** zugenommen, wobei Polen und Rumänien Hauptherkunftsländer sind (King-Dejardin 2019:75). Die migrantischen Arbeitskräfte sind sowohl im öffentlichen sowie privaten Gesundheitsbereich, im Bereich der Betreuung und Pflege aber auch als angemeldete Haushaltskräfte beschäftigt (Celik 2020:18). Zudem wird geschätzt, dass in Schweden 50.000 bis 75.000 undokumentierte MigrantInnen leben, die zum Teil auch in Privathaushalten arbeiten (Hobson et al. 2015:13).

In den Haushalten der südeuropäischen Länder Italien und Spanien arbeiten ebenfalls sehr viele Betreuungskräfte aus **Rumänien**. Nach Angaben von ISTAT leben derzeit offiziell mehr als 650.000 Rumäninnen in **Italien**, von denen rund 80% als Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt sind. Inoffiziellen Schätzungen zufolge sollen es allerdings noch bedeutend mehr sein (Sekulová/Rogoz 2019:7). Laut einer rumänischen Statistik aus dem Jahr 2015 hatten 20,5% der 880.000 Menschen, die in Italien als private Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt sind, die rumänische Staatsbürgerschaft. Zahlen über das tatsächliche Ausmaß gibt es nicht, da viele BetreuerInnen ohne Vertrag arbeiten und nicht offiziell registriert sind (Ghiță/Boboc 2020:13) (siehe dazu auch: Länderbericht Rumänien). Auch in Deutschland ist migrantische private Betreuungsarbeit häufig nicht registriert und wird auf temporärer Basis bzw. als Pendelmigration erbracht. Die Hauptgruppe der migrantischen BetreuerInnen und PflegerInnen in Deutschland stammt aus **Polen**, gefolgt von ArbeitsmigrantInnen aus der **Tschechischen Republik**, der **Slowakei** und **Ungarn**. Zwar gibt es in Deutschland keine offiziellen Zahlen zu den 24-Stunden-Betreuungskräften, die in Privathaushalten beschäftigt sind. Aktuelle Schätzungen gehen jedoch von etwa 300.000 bis zu 600.000 migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften aus (Steiner et al. 2019: 4f; siehe dazu auch: Länderbericht Deutschland).

Die *mittel- und osteuropäischen Länder* sind überwiegend Herkunftsländer, aber einige von ihnen, die ein höheres Pro-Kopf-Einkommen und einen höheren Lebensstandard genießen (Polen, Tschechische Republik, Ungarn, Slowenien), werden *zunehmend auch zum Ziel für Betreuungskräfte* aus anderen, meist nicht zur EU gehörenden Ländern wie der Ukraine, Weißrussland oder anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion (Sowa-Kofta 2017:3). In Polen und der Tschechische Republik kommt es zu einer zunehmenden Migration von informelle Betreuungskräfte aus der **Ukraine** (insbesondere nach dem Krieg in der Ostukraine). Laut öffentlicher Statistiken arbeiteten in Polen 2014 knapp 13.000 MigrantInnen in der privaten Betreuung und rund 400 in institutionellen

Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Dennoch ist die überwältigende Mehrheit der MigrantInnen in der häuslichen Betreuung und Pflege nicht bei den Behörden registriert und arbeitet unangemeldet. Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich alleine über 100.000 ukrainische Betreuungs- und Pflegekräfte in polnischen Privathaushalten tätig sind (Matuszczyk 2020:56; siehe dazu auch: Länderbericht Polen).

Eine wachsende Zahl von Angehörigen der ungarischen Minderheiten in Ländern wie Rumänien, der Ukraine und dem ehemaligen Jugoslawien kommen für Betreuung und Pflege nach Ungarn. Zwischen 1991 und 2001 kamen 94.000 MigrantInnen von **Moldawien** nach Rumänien. Vielen davon stellen einen potentiellen Ersatz für die Abwanderung von rumänischen Frauen dar, die in Italien, Spanien und Großbritannien als Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt sind (Sowa-Kofta 2017:4).

## 2. ITALIEN

### 2.1. Organisation der Langzeitpflege in Italien

Im italienischen LTC-System kommt der Familie und damit hauptsächlich den Frauen die vorrangige Rolle bei der Betreuung und Pflege von Angehörigen zugeordnet. Der Staat spielt im Vergleich zur Familie nur eine untergeordnete Rolle. Im Laufe der Jahre wurde dieses Langzeitpflegesystem, das auch als „Frau in der Familie“ (*woman in the family*) beschrieben wird durch das Modell „Migrantin in der Familie“ (*migrant in the family*) ergänzt (King-Dejardin 2019:65). „Frauen ersetzen andere Frauen, aber die familiäre Betreuung und Pflege bleibt die Arbeit der Frauen“ (Salaris/Tedesco 2020:2; Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin).

Wie Castagnone et al. (2013: 7f. Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin) feststellen, sind private (*live-in*) Betreuungskräfte, die oft im Privathaushalt beschäftigt sind, in dem sie auch wohnen, „heute das Rückgrat des Altenpflegesystems in Italien, in einem Welfare-Mix, der die Hilfe von Angehörigen mit den wenigen Möglichkeiten verbindet, die von öffentlichen und privaten Betreuungs- und Pflegediensten auf lokaler Ebene angeboten werden“.

Die **formale Organisation der Langzeitpflege** beruht in Italien auf zwei institutionellen Pfeilern: die Betreuungsbeihilfe (*Indennità di Accompagnamento – IA*) und die stationären sowie mobilen Betreuungs- und Pflegedienste, die durch die Regionen (Krankenpflege) und Gemeinden (Haushaltshilfe, Betreuung) zur Verfügung gestellt werden.

2016 hatten ca. 13,5% der Menschen über 65 Jahre Anspruch auf Betreuungsbeihilfe, 2,2% waren in einer Pflegeeinrichtung und 5,8% erhielten mobile Hauskrankenpflege (IAD) und/oder 1,6% mobile Betreuung/Heimhilfe (SAD) (Barbabella et al. 2019:3).

Der wichtigste Pfeiler ist die **Betreuungsbeihilfe**, eine Geldleistung, die 1980 für jüngere Personen mit eingeschränkter ADL oder Mobilität eingeführt und 1988 auf über 65-Jährige ausgedehnt wurde (Di Rosa et al. 2018:144). Welche Bedeutung dieser Geldleistung zukommt, zeigt sich auch daran, dass 2016 die Ausgaben für die Betreuungsbeihilfe 55% der gesamten Ausgaben für Langzeitpflege in Italien ausmachten (Jessoula, et al. 2018:7).

Die Betreuungsbeihilfe ist steuerfinanziert und wird vom Nationalen Institut für Soziale Sicherheit (*Istituto Nazionale di Previdenza Social - INPS*) verwaltet. 2016 wurden für die Betreuungsbeihilfe rund 13,6 Milliarden Euro ausgegeben und an rund 1,83 Millionen

Personen ausbezahlt.<sup>4</sup> Von diesen waren die meisten (78%) 65 Jahre oder älter. Die Betreuungsbeihilfe ist eine Pauschalleistung und betrug 2018 ca. 516 EUR pro Monat, wobei es keine Differenzierung nach dem Grad der Behinderung/Invalidität oder Betreuungsbedarfs gibt (Barbabella et al. 2019).

Ähnlich wie in Österreich bestehen – außer dem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf – keine weiteren Auflagen (finanzielle Bedarfsprüfung) und auch keine Rechenschaftspflicht darüber, wie die Beihilfe verwendet wird. Dies führt – angesichts begrenzter Verfügbarkeit von stationären Angeboten und einem Mangel an leistbaren öffentlichen mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (siehe dazu näher: weiter unten) – häufig dazu, dass damit Betreuung und Pflege auf dem privaten und informellen Arbeitsmarkt zugekauft werden (Ranci/Pavolini 2013; Pavolini et al. 2016).

Zusätzlich bieten mittlerweile alle 20 italienischen Regionen eigene bedarfsgeprüfte (Einkommen und Vermögen) Geldleistungen oft in Form von **Betreuungsschecks oder Gutscheinen** an, wobei die Bestimmungen in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich sind (Guarna 2018:2). Dabei geht es u.a. darum, den privaten, informellen Betreuungsmarkt zu regulieren, indem die finanzielle Leistung an eine reguläre Beschäftigung der Betreuungskraft gebunden ist (Pasquinelli/Rusmini 2013: 100). In manchen Regionen geht es neben der Regulierung auch um die Qualifizierung. Hier wird die Geldleistung nur gewährt, wenn die privaten Betreuungskräfte im öffentlichen Register der familiären/privaten BetreuerInnen (*assistenti familiari*) eingetragen sind, oder von der Region angebotene Ausbildungsprogramme durchlaufen haben (Guarna 2018:2).

Die Beanspruchung derartiger regionaler Geldleistungen hält sich jedoch in Grenzen. Dies wird einerseits darauf zurückgeführt, dass die Einkommensgrenze sehr niedrig ist und die Geldleistung in den meisten Fällen nur die Sozialversicherungsbeiträge der privat angestellten Betreuungskraft abdeckt. Da mit einem regulären Arbeitsvertrag auch alle arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen (siehe dazu: weiter unten) eingehalten werden und die Familien die Rolle eines offiziellen Arbeitgebers übernehmen müssen, verzichten viele auf die Leistungen und bevorzugen eine unangemeldete Beschäftigung (Guarna 2018:2).

Die öffentlichen **mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen** umfassen die Unterstützung bei der täglichen Lebensführung (Kochen, Putzen usw.) und Pflegetätigkeiten. Die **stationäre Langzeitpflege** wird meist in Pflegeheimen erbracht. In den letzten Jahren kam es zu einer größeren Verbreitung von Tageszentren.

Die wichtigste öffentliche mobile Dienstleistung ist die **Integrierte Hauskrankenpflege** (*Assistenza Domicilare Integrative – ADI*), die von den lokalen/regionalen Gesundheitsbehörden erbracht wird. Der Versorgungsgrad für Personen über 65 Jahren beträgt 5,8%. Daneben gibt es noch die **Heimhilfe/Betreuung** (*Servizion Assistenza*

---

<sup>4</sup> Die öffentlichen Ausgaben für die stationäre und mobile Betreuung und Pflege älterer Menschen betragen im Vergleich 8,6 Milliarden Euro (Jessoula, et al. 2018:8).

*Domiciliare – SAD*), die von den Gemeinden erbracht wird. Hier beträgt der Versorgungsgrad für Personen über 65 Jahren 1,6% (Barbabella et al. 2019:3).

Der Versorgungsgrad mit mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen liegt im Vergleich mit Westeuropa im mittleren Bereich. Gleichzeitig beträgt die Zahl der Stunden, die pro Kopf und Jahr für die Hauskrankenpflege – die häufigste mobile Dienstleistung – aufgewendet werden nur 17 Stunden. Wird in die Analyse nicht nur der Versorgungsgrad, sondern auch die (stündliche) Intensität der öffentlichen mobilen Betreuung und Pflege einbezogen, so ist diese recht knapp und zeitlich begrenzt (Jessoula et al. 2018:10f.).

Die Verbreitung von Betten in *stationären Langzeitpflegeeinrichtungen* ist in Italien viel geringer als im westeuropäischen Schnitt. 2015 gab es in Italien weniger als zwei Betten pro 100 Personen im Alter von mindestens 65 Jahren, verglichen mit durchschnittlich 5 Betten in Westeuropa (Jessoula et al. 2018:10) (siehe dazu auch Tabelle 2).

**Tabelle 2: Betten in stationären LTC-Einrichtungen pro 1000 EinwohnerInnen über 65 Jahren**

	2005	2010	2018 <sup>1</sup>
Luxemburg	48,8	55,5	81,9
Niederlande	74,5	67,8	72,8
Schweden	88,4	78,8	70,3
Belgien	70,9	71,7	69
Finnland	51,6	64,1	56
Deutschland	49,3		54,41
Slowenien		57,2	53,1
Frankreich	47,3	54,4	49,9
Slowakische Republik	46,7	49	49,9
Irland	42,8	51,1	46,7
Österreich			46,4
Ungarn	48,1	49,6	45,3
Estland	30,1	36,4	45,1
Vereinigtes Königreich	56,4	51,6	43,8
Spanien	19,2	31,5	43,7
Dänemark	54,5	52,2	38,6
Litauen	34,7	34,2	37,7
Tschechische Republik	48	40,8	36
Italien	15	17,6	18,6
Lettland	14,2	16	13,3
Polen	17,7	12,4	11,6
Griechenland			1,8

<sup>1</sup>Daten für Deutschland aus dem Jahr 2017

Quelle: OECD, Long-Term Care Resources and Utilisation

([https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR#))

Zudem ist der Versorgungsgrad mit stationären sowie mobilen LTC-Dienstleistungen in Süditalien nur halb so hoch wie in Mittel- und Norditalien. So erreicht dieser in Mittel- und Norditalien ein Niveau, das dem Durchschnitt der westeuropäischen Länder ähnlicher ist, während die Versorgungsrate in Süditalien extrem niedrig ist (Jessoula, et al. 2018:11).

Die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung aber auch die Gewährung mobiler Betreuung und Pflege hängt vom Betreuungs- und Pflegebedarf sowie vom Einkommensniveau ab. Selbstbehalte können einen relevanten Teil ausmachen. Die Kriterien sowohl für den Zugang als auch die Selbstbehalte sind innerhalb Italiens, je nach Region und Wohnortgemeinde, recht unterschiedlich (Jessoula et al. 2018:8).

## **2.2. Migrantischen Arbeitskräfte in Privathaushalten**

Die Anzahl der Beschäftigten in Privathaushalten (*lavoratori domestici*), die ein breites Spektrum an personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen anbieten, hat sich in Italien alleine zwischen 1998 und 2008 verdreifacht. Mit diesem enormen Anstieg nahm auch die Anzahl der MigrantInnen – EU-BürgerInnen und Drittstaatenangehörige – in der häuslichen Betreuung- und Pflege älterer Menschen exponentiell zu (Castagnone et al. 2013:7).

Nach den jüngsten ISTAT-Daten gab es im Jahr 2018 in Italien 859.233 Hausangestellte (*lavoratori domestici*), die regelmäßig Sozialversicherungsbeiträge leisteten. Die Mehrheit davon waren Haushaltskräfte (*colf*) (53,2 %), während Betreuungs- und Pflegekräfte (*badanti*) die restlichen 46,8% bzw. 402.121 ausmachten (Fosti/Notarnicola 2019:47), von denen wiederum 99.190 italienische StaatsbürgerInnen waren. Damit waren rund  $\frac{3}{4}$  angemeldeten Arbeitskräfte MigrantInnen (Pedersini 2020:6). Dabei stammte der größte Teil (über 70%) aus Osteuropa, gefolgt von Lateinamerika (8%) und Nordafrika (5%) (Pedersini 2020:6).

Die Zusammensetzung der angemeldeten, migrantischen Arbeitskräfte hat sich seit 2012 erheblich verändert. Während der Gesamtzuwachs 10,3% betrug, ist die Zahl der osteuropäischen und lateinamerikanischen Arbeitskräfte leicht zurückgegangen (um 3,8% bzw. 1,7%), und der Anteil der italienischen Arbeitskräfte hat sich mehr als verdoppelt (+115,5%) (Pedersini 2020:7). Laut einer Studie von DOMINA (2017:7) waren mit 20,5% die meisten Haushaltsangestellten im Jahr 2016 RumänInnen, gefolgt von ItalienerInnen (17,1%) und UkrainerInnen (9,1%).

Auf Basis dieser Daten und von aktualisierten Schätzungen (Pasquinelli/Rusmini 2013) kommen Fosti/Notarnicola (2019:48) zum Ergebnis, dass es im Jahr 2018 zudem rund 603.000 unangemeldete Betreuungs- und Pflegekräfte bzw. damit insgesamt über eine Million Betreuungs- und Pflegekräfte in italienischen Privathaushalten gab. Über die Herkunft der unangemeldeten Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten gibt es keine offiziellen Angaben. Laut Pedersini (2020:7) kann davon ausgegangen werden, dass die Verteilung auf die Nationalitäten ähnlich ist wie die Zusammensetzung der gemeldeten Arbeitskräfte. Pasquinelli/Rusmini (2013) gingen in ihrer ersten Schätzung

für die Jahre 2011/2012 jedoch davon aus, dass der MigrantInnenanteil insgesamt (sprich der angemeldeten und unangemeldeten Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten) bei 90% liegt.

Nach Angaben von ISTAT leben offiziell mehr als 650.000 Rumäninnen in Italien, von denen rund 80% als Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt sind. Laut inoffiziell Schätzungen sollen es allerdings noch bedeutend mehr sein (Sekulová/Rogoz 2019:7).

Eine Million Betreuungs- und Pflegekräfte in privaten Haushalten bedeutet, dass in Italien durchschnittlich 14,5 private BetreuerInnen/PflegerInnen auf 100 Personen über 75 Jahre bzw. 43,3 BetreuerInnen/PflegerInnen auf 100 hilfebedürftige Personen über 75 Jahre kommen (Fosti/Notarnicola 2019:48).

Dass es sich hier um einen sehr großen Teil des Arbeitsmarktes handelt, zeigt auch der Vergleich. So waren 2018 im Nationale Gesundheitssystem (*Servizio Sanitario Nazionale* – *SSN*) insgesamt 605.192 MitarbeiterInnen beschäftigt (Fosti/Notarnicola 2019:48).

### **2.3. Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Nicht-EU-ArbeitnehmerInnen dürfen in Italien nur auf Antrag eines italienischen Staatsangehörigen einreisen und arbeiten. Die Einreise zu Beschäftigungszwecken unterliegt quantitativen Obergrenzen, die von der Regierung festgelegt werden, und es wird zwischen Quoten für saisonale und nicht saisonale Beschäftigung unterschieden. (King-Dejardin 2019:65).

Seit 1998 sind in Italien im Rahmen der Migrationspolitik spezielle Quoten für Beschäftigte in Privathaushalten reserviert, zu denen auch Haushaltskräfte (*collaboratrice familiar* oder kurz *colf*) und Babysitter sowie Betreuungskräfte für ältere und hilfebedürftige Menschen (*badanti*) gehören. Diese besondere Quote ist gestiegen: So waren 2003 rund 30% der nicht saisonalen Beschäftigung für Beschäftigte in Privathaushalten reserviert 2008 betrug sie 70%. Nach der EU-Erweiterung 2004 wurde der Zustrom von Beschäftigten in Privathaushalten ebenfalls durch Quoten für ArbeitnehmerInnen aus den neu aufgenommenen Ländern geregelt. Nichtsdestotrotz dominiert die undokumentierte Migration. Undokumentierte Einreise und überzogene Touristen- und Studentenvisa sind weiterhin der primäre Zugangsweg zum italienischen Arbeitsmarkt (King-Dejardin 2019:66).

In einer Befragung geben migrantische Betreuungskräfte als Hauptgrund für die Betreuungsarbeit im Privathaushalt an, dass die einzige oder einfachste Art war, in Italien einzureisen und zu arbeiten (King-Dejardin 2019:66).

Obwohl Italien seit 2008 einen restriktiveren Ansatz gegenüber undokumentierter Migration einnimmt, werden Beschäftigte in Privathaushalten weiterhin als Ausnahme behandelt (King-Dejardin 2019:66). Drei Erlässe (*condono*) kamen vor allem dieser Beschäftigungsgruppe zugute: Diese sogenannte "große Legalisierung" begann im Herbst

2002 und sollte vor allem migrantische ArbeitnehmerInnen betreffen, die in Privathaushalten beschäftigt sind. Etwa die Hälfte bzw. 330.000 der eingereichten Anträge betraf Beschäftigte in Privathaushalten, davon 140.000 private Betreuungskräfte., davon wiederum 90% Frauen (Castagnone et al. 2013:14).

Ein zweiter „Erlass“ erfolgte trotz Wirtschaftskrise 2009. Dieser Erlass zielte ausschließlich auf Beschäftigte im Privathaushalt ab. Der dritte Erlass aus dem Jahr 2012 stand allen migrantischen Arbeitskräften offen, betrifft de facto aber zu 86% Beschäftigte im Privathaushalt (Castagnone et al. 2013:15).

Die Einwanderungsströme nach Italien ab der Jahrtausendwende betrafen vor allem Menschen aus Europa, insbesondere aus Osteuropa. Dies spiegelt sich auch in der wachsenden Gruppe der Beschäftigten in Privathaushalten wider: Seit 2002 sind OsteuropäerInnen – sowohl EU- als auch Nicht-EU-BürgerInnen – unter den zugewanderten Beschäftigten im Privathaushalt am stärksten vertreten. Diese Untergruppe verzeichnete insbesondere im Jahr 2007 als Rumänien und Bulgarien der EU beitrug ein besonderes Wachstum. 2008 stammte mehr als die Hälfte der offiziell registrierten Beschäftigten in Privathaushalten aus vier osteuropäischen Ländern, nämlich Rumänien (26,3%), der Ukraine (16,1%) Moldawien (7,1%) und Polen (4,3%) (Castagnone et al. 2013:23).

Wie Castagnone et al. (2013:14) festhalten, wurde mit der „großen Legalisierung“ die private (informelle) Betreuung, die von den migrantischen Betreuungskräften erbracht wird, ein öffentlich anerkanntes Massenphänomen.

Eine Legalisierung von Beschäftigten hängt jedoch von der Bereitschaft der ArbeitgeberInnen ab, die Beschäftigten offiziell anzumelden. Dies zieht aber bedeutend höhere Arbeitskosten nach sich, da damit auch die Bezahlung von Sozialversicherungsbeiträgen und Mindestlöhnen sowie geregelte Arbeitsstunden und Urlaubsansprüche verbunden sind, die im nationalen Kollektivvertrag für Hausarbeit (*lavoro domestico*) festgelegt werden (siehe dazu: weiter unten). Nicht alle ArbeitgeberInnen sind bereit oder in der Lage, diese zusätzlichen Kosten zu tragen (Jessoula et al. 2018:11; King-Dejardin 2019:66).

In vielen Fällen erfolgt die Rekrutierung einer migrantischen Betreuungskraft durch eine direkte Anfrage einer bereits in Italien beschäftigte Person (familiäre/soziale Netzwerke im Herkunftsland), oft für eine befristete Vertretung, die dann in ein festes Arbeitsverhältnis übergehen kann oder schließlich den Weg zu einem anderen Arbeitsplatz eröffnet (Castagnone et al. 2013:39; Salaris/Tedesco 2020:15). So geben beispielweise 3/4 der (offiziellen) ukrainischen ArbeitnehmerInnen in Italien an, dass sie ihre Arbeit über Familie und Freunde gefunden haben, was die Bedeutung von Migrationsketten bestätigt (Salaris/Tedesco 2020:8f.).

Ein beträchtlicher Anteil der MigrantInnen kommt mit völlig unterschiedlichen Migrations- und Berufsprojekten nach Italien und landet dann im häuslichen Sektor, wo die Nachfrage nach ArbeitsmigrantInnen hoch ist und es einfacher und schneller ist, eine Arbeit zu finden (Castagnone et al. 2013:39).

In den meisten Fällen gehen die migrantischen BetreuerInnen in Italien ohne spezifische berufliche Kenntnisse oder Fähigkeiten in privaten Haushalte, insbesondere in der Betreuung von alten Menschen oder Personen mit bestimmten Krankheiten oder Behinderungen (z.B. Alzheimer oder Demenz) (Castagnone et al. 2013:39).

### **2.3.1. Register der Betreuungskräfte in Privathaushalten**

In den letzten zehn Jahren sind in vielen Regionen sogenannte Register für private Betreuungskräfte (*registri degli assistenti familiari*) entstanden. „Diese bieten im Gegensatz zur traditionelleren Mundpropaganda Haushalten einen bessern und transparenteren Zugang zu Informationen über private Betreuungskräfte“ (Guarna 2018:3; Übersetzung aus dem Italienischen durch die Autorin). Für die privaten Betreuungskräfte bedeutet die Aufnahme in ein Register die Anerkennung ihres beruflichen Status, von in Kursen erworbenen Kenntnissen und von am Arbeitsplatz erworbenen Fähigkeiten (Pasquinelli/Rusmini 2013:104).

Insgesamt gibt es derzeit in 12 von 20 italienischen Regionen regionale Register oder Listen für private Betreuungskräfte. Kriterien für die Aufnahme ins Register sind: Volljährigkeit, Unbescholtenheit, gültige Aufenthaltsgenehmigung, ausreichende Kenntnisse der italienischen Sprache, Wohnsitz in der Region, Mindestqualifikation bzw. -kompetenzen auf dem Gebiet der Betreuungsarbeit. Hinsichtlich des letzten Punktes gibt es Unterschiede zwischen den Regionen, diese beziehen sich auf: dokumentierte Ausbildung (etwa Mindeststundenanzahl), dokumentierte Arbeitstätigkeit (etwa Mindeststundenanzahl), Zertifikat und Bildungsabschluss. Nur im Aosta Tal ist die Teilnahme an einem von der Region selbst durchgeführten Schulungskurs notwendige Voraussetzung für die Aufnahme in die Liste der BetreuerInnen (Guarna 2018:3).

### **2.3.2. Vermittlungsschalter für Angebot und Nachfrage**

In der Hälfte der italienischen Regionen gibt es Schalter zur Vermittlung von Angebot und Nachfrage (*Sportelli per l'incontro domanda ed offerta*), tendenziell eher in Mittel- und Norditalien. Die meisten Schalter haben sich in den letzten Jahren von reinen Informationsschaltern zu „Matching-Schaltern“ entwickelt. Diese fördert die Abstimmung von privatem Arbeitsangebot und der Nachfrage nach Betreuung auf der Grundlage einer Analyse der Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen und den Kompetenzen der potentiellen Betreuungspersonen (Pasquinelli/Rusmini 2013:103).

Untersuchungen zeigen, dass vor allem der Informationsaustausch gut funktioniert, aber bereits ein Matching findet in viel geringerem Maße statt und der Abschluss von legalen Arbeitsverträgen ist selten. Die Bereitschaft einen Arbeitsvertrag abzuschließen ist auf beiden Seiten gering. Die privaten unangemeldeten BetreuerInnen verdienen netto mehr Geld und gleichzeitig ist eine informelle Beschäftigung für den privaten Haushalt billiger. Pasquinelli/Rusmini (2013:103) kommen daher zum Schluss, dass die reine Vermittlung von Arbeit, wenn sie nicht mit anderen Maßnahmen verbunden ist, – trotz eines

erheblichen Aufwandes – kaum dazu führt, dass die private Betreuungsarbeit legalisiert wird. Vor allem in Folge der Wirtschaftskrise 2008 hat die Nachfrage nach privaten (vor allem angemeldeten) Betreuungspersonen dramatisch nachgelassen (Pasquinelli/Rusmini 2013:96).

#### **2.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

1974 wurde der erste nationale Kollektivvertrag für Arbeiten im Privathaushalt (*Contratto collettivo nazionale di lavoro domestico*) abgeschlossen. Es wurden drei Berufsebenen eingeführt, die den beruflichen Fähigkeiten und spezifischen Aufgaben entsprechen, die von den Arbeitskräften ausgeführt werden. Die maximale Arbeitszeit betrug 11 Stunden pro Tag und 66 Stunden pro Woche und es wurden Mindestlöhne festgelegt.

Seitdem wurde der Kollektivvertrag vielfach erneuert, aber erst 2007 kam es zu wesentlichen Veränderungen. Die **wöchentliche Höchstarbeitszeit** beträgt seither 40 Stunden pro Woche für Arbeitskräfte, die nicht im gleichen Haushalt leben und 54 Stunden pro Woche für Arbeitskräfte, die im gleichen Haushalt leben. Zudem wurde eine neue Berufsklassifikation für ArbeitnehmerInnen im Privathaushalt festgelegt. Seither gibt es 8 Berufsgruppen, wobei zwischen Tätigkeiten im Haushalt und der Betreuung von Personen unterschieden wird. Zudem wurden Schutzmaßnahmen im Krankheitsfall (Erhalt des Arbeitsplatzes und Entgeltfortzahlung) eingeführt und Regeln für Einzahlung der Pensionsbeiträge festgelegt. Beschäftigte in Privathaushalten erhielten die gleichen Rechte und Garantien hinsichtlich des Mutterschutzes wie die Beschäftigten in anderen Sektoren.

2013 wurden neben Mindestlohnerhöhungen eine Reihe weiterer Leistungen eingeführt. Dazu gehören unter anderem die Regelung der Vergütung für Urlaub und Karenzzeiten/Arbeitsfreistellungen, die Ausweitung des Rechts auf bezahlte Arbeitsfreistellung zur Teilnahme an Schulungen sowie das Recht, das Haus während der obligatorischen täglichen zweistündigen Pause zu verlassen (MIGRANT 2015).

Laut geltendem Kollektivvertrag beträgt die **tägliche Höchstarbeitszeit** maximal 10 Stunden für Arbeitskräfte, die im gleichen Haushalt leben bzw. 8 Stunden für Arbeitskräfte, die nicht im gleichen Haushalt leben. Die wöchentliche Ruhezeit für Arbeitskräfte, die im gleichen Haushalt leben, beträgt 36 Stunden (= Sonntag plus 12 Stunden), die tägliche Nachruhezeit beträgt 11 Stunden, die tägliche Mittagspause 2 Stunden. Die wöchentliche Ruhezeit für Arbeitskräfte, die nicht im gleichen Haushalt leben beträgt 24 Stunden (=Sonntag). Für Überstunden muss ein Zuschlag zwischen 10% und 60% bezahlt werden, je nachdem wann diese anfallen (etwa während der Nacht 50% oder an den wöchentlichen Ruhetagen 60% etc.) (C.C.N.L. 2019: §§ 14 und 15)

Beschäftigte im Privathaushalt haben Anspruch auf 26 Urlaubstage pro Jahr. Migrantische ArbeitnehmerInnen können in Absprache mit den ArbeitgeberInnen den Urlaubsanspruch von 2 Jahren ansammeln, um so einen längeren Heimaturlaub antreten zu können (C.C.N.L. 2019: §18).

Betreuungspersonen, die im Haushalt leben, erhalten 2020 mindestens zwischen 752,48 Euro und 1.215 Euro monatlich, je nach Gesundheitszustand (=Grad der Eigenständigkeit) der zu betreuenden Person. Betreuungspersonen, die nicht im Haushalt leben, erhalten einen Stundenlohn zwischen 5,45 und 8,22 Euro. Für Nachtdienste beträgt das Mindestgehalt zwischen 998 Euro und 1.397 Euro. Diese Werte werden jährlich angepasst (C.C.N.L. 2019, §§ 33-37). Zusätzlich müssen Sozialversicherungsbeiträge geleistet werden. Die Höhe ist abhängig vom Stundenlohn und vom Stundenausmaß und beträgt pro Arbeitsstunden zwischen 1,12 Euro und 2,11 Euro, davon muss der größte Teil (ca.  $\frac{3}{4}$ ) von den ArbeitgeberInnen bezahlt werden (<https://www.assindatcolf.it/tabelle-contributive/>).

Der nationale Kollektivvertrag ist jedoch nicht universell anwendbar und nur für ArbeitgeberInnen, die Mitglieder in zwei Organisationen (DOMINA oder FIDALDO) sind, verpflichtend. Bringen Arbeitskräfte, die nicht unter diesen Kollektivvertrag falle ihre Anliegen vor Gericht, orientieren sich die RichterInnen in ihren Urteilen jedoch an dessen Bestimmungen (King-Dejardin 2019:66).

Gleichzeitig wird in Italien unangemeldete Arbeit, einschließlich der Arbeit von MigrantInnen im Allgemeinen toleriert (Castagnone et al. 2013:3; King-Dejardin 2019:66). Umfragedaten scheinen dies zu bestätigen und fügen einige Elemente hinzu, die sich auf Situationen beziehen, in denen die Beschäftigung teils regulär und teils informell ist, d.h. die Arbeitsverträge decken nur einen Teil der tatsächlichen Gesamtarbeitszeit ab, während der Rest „unter der Hand“ bezahlt wird. Nach einer Befragung aus dem Jahr 2009 arbeiteten durchschnittlich 40% der Beschäftigten im Privathaushalt ohne Arbeitsvertrag, bei 22% deckt der Arbeitsvertrag einen Teil ihrer Arbeitsstunden ab und 38% arbeiten gänzlich unangemeldet, wobei es ein starkes Nord-Süd-Gefälle gibt (Castagnone et al. 2013:31). Castagnone et al. (2013: 32) gehen davon aus, dass die Zahl der unangemeldeten in den letzten Jahren aufgrund der anhaltenden Wirtschaftskrise wieder gestiegen ist.

## **2.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Bei den migrantische Betreuungskräfte in italienischen Privathaushalten handelt(e) es sich vielfach auch um Frauen, die ihre Herkunftsländer für einen längeren Zeitraum verlassen. Sie leben durchgehend über mehrere Monate oder auch Jahre in Italien, um dann mit einem ausreichenden Verdienst in ihr Herkunftsland zurückzukehren, oder sie wollen grundsätzlich in Italien bleiben (eventuelle ihre Familien nachholen) und in eine andere Beschäftigung auch eine andere Branche wechseln.

Die Migration ukrainischer Arbeitskräfte in südeuropäische Länder – so Salaris/Tedesco (2020:6) – ist in der Regel längerfristig angelegt. Die durchschnittliche Dauer variiert zwischen 14,2 Monaten in Italien und 16,3 Monaten in Portugal. Italien ist das erste Ziel,

insbesondere für Migrantinnen, die vor allem im häuslichen Bereich und im privaten Betreuungsbereich eine Beschäftigung finden.

Salaris/Tedesco (2020:5) stellen fest, dass sich nach der Wirtschaftskrise 2008 die Migrationsstrategien von ukrainischen StaatsbürgerInnen aber änderten, weg von langen Aufenthalten hin zur Pendelmigration. Allerdings werden kurzfristige und penduläre Migration – ebenso wie undokumentierte Migration – durch offizielle Statistiken (etwa auch Eurostat) nicht erfassen, daher werden die Migrationsströme insgesamt häufig unterschätzt.

Paquinelli (2013) hält allgemein fest, dass angesichts der Tatsache, dass die Betreuungskräfte von Privathaushalten beschäftigt werden – in vielen Fällen ohne Arbeitsvertrag – die Arbeitsbedingungen (in Bezug auf die deklarierten Arbeitsstunden, die Arbeitszeiten usw.) oft nicht besonders gut sind.

Die durchschnittliche Arbeitszeit von Beschäftigten in Privathaushalten betrug – laut einer Befragung aus dem Jahr 2009 – etwa 33 Stunden pro Woche: 31,8% arbeiteten weniger als 25 Stunden, 21,6% zwischen 26 und 35 Stunden, 24,6% zwischen 36 und 40 Stunden, und 22% über 40 Stunden pro Woche (Castagnone et al. 2013:27). 55% der Beschäftigten in Privathaushalten waren in einem einzigen Haushalt beschäftigt, während die restlichen 45% für mehrere Haushalte tätig waren (Castagnone et al. 2013:28). 35,6% der migrantischen Beschäftigten in Privathaushalten lebten im gleichen Haushalt wie die „ArbeitgeberInnen“, dies trifft hingegen nur auf 3,6% der italienischen Beschäftigten in Privathaushalten zu. 63,2% der privaten, familiären Betreuungskräfte (*assistenti familiari*), die einen älteren Menschen betreuen und pflegen, lebten mit dieser Person in einem Haushalt (Castagnone et al. 2013:31).

*Live-in* Betreuung bedeutet oft lange Arbeitszeiten, regelmäßige Überstunden über die vertragliche Arbeitszeit hinaus, Nachtarbeit und fehlende wöchentliche Ruhezeiten (Castagnone et al. 2013:37). Laut einer Erhebung aus dem Jahre 2013 arbeiteten über die Hälfte der privaten Betreuungskräfte (54,8%) länger als 12 Stunden pro Tag. Die im nationalen Tarifvertrag festgelegten täglichen und wöchentlichen Ruhezeiten (zwei Stunden pro Tag bzw. 36 Stunden pro Woche) werden tatsächlich nur selten gewährt (Castagnone et al. 2013:38).

BetreuerInnen, die im gleichen Haushalt leben, sind zudem für eine Vielzahl von Tätigkeiten zuständig, die von Kochen und Putzen über Wäsche waschen und Einkaufen bis hin zur medizinischen Grundversorgung reicht. In einigen Fällen muss die Betreuungskraft mehrere Personen gleichzeitig innerhalb derselben Familie betreuen und Aufgaben erfüllen, die für andere Familienmitglieder vorgesehen sind (Bügeln, Kochen, Einkaufen usw.) oder über häuslichen Tätigkeiten hinausgehen (Castagnone et al. 2013:38).

Für Betreuungskräfte in Privathaushalten aus Nicht-EU-Ländern werden die Beschäftigungssituation und Arbeitsbedingungen durch ihren prekären Rechtsstatus zusätzlich erschwert. Eine Arbeitserlaubnis für nicht EU-MigrantInnen beginnt und endet mit dem Arbeitsvertrag und darf zwei Jahre nicht überschreiten; ein dauerhafter Aufenthalt wird erst nach fünf-jährigem regulären Aufenthalt gewährt. Die

Aufenthaltserlaubnis zur Beschäftigung kann nur dann verlängert werden, wenn die Person regelmäßig mindestens 20 Stunden pro Woche beschäftigt ist. Damit ist ihr Status sehr prekär. Dies macht es wahrscheinlicher, dass auch schlechte Arbeitsbedingungen akzeptiert werden, um den legalen Aufenthalt nicht zu verlieren (Castagnone et al. 2013:19).

Die 20-Stunden Anforderung erklärt weitgehend die hohe Zahl von Arbeitsverträgen mit 25 Stunden pro Woche im häuslichen Bereich. ArbeitgeberInnen erspart sich damit Geld für die Sozialversicherungsbeiträge und migrantische Beschäftigte im Privathaushalt können ihre Aufenthaltsgenehmigung verlängern und erhalten ein tatsächliches Gehalt, das über dem im Arbeitsvertrag festgelegten Gehalt liegt (Castagnone et al. 2013:20).

Die Aufenthalts- und Beschäftigungssituation führt vor allem am Beginn dazu, dass die Betreuungskraft im gleichen Haushalt lebt. Dies stellt allerdings das problematischste Segment dar und ist besonders anfällig für Ausbeutung und Isolation. So unterschieden sich die Löhne der migrantischen Betreuungskräfte je nachdem, ob sie mit der zu betreuenden Person zusammenwohnen und einen Vertrag haben oder nicht. Die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden ist in der Regel sehr hoch und geht in Richtung 24-Stunden-Betreuung. Die Arbeit gilt als sehr anspruchsvoll, da neben den emotionalen, psychischen und körperlichen Belastungen auch die Möglichkeit das Haus zu verlassen, sehr eingeschränkt ist (King-Dejardin 2019:67).

Schwache Verbindungen zu sozialen Netzwerken, begrenzte Berufserfahrung in der Branche und schlechte Sprachkenntnisse hindern migrantische Beschäftigte in Privathaushalten daran, angemessene Kenntnisse über Arbeitsnormen und über die mit dem Arbeitsplatz verbundenen sozialen und arbeitsrechtlichen Bestimmungen (z.B. Höchstarbeitszeit, tägliche oder wöchentliche Ruhezeiten, im nationalen Kollektivvertrag festgelegte Mindestlöhne, Recht auf Mutterschaftsurlaub usw.) zu erhalten (Castagnone et al. 2013:40).

## **2.6. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Derzeit definieren 16 von 20 italienischen Regionen Ausbildungsstandards für private Betreuungskräfte. Die Dauer der notwendigen und zum Teil auch von den Regionen selbst angebotenen Ausbildungen beträgt zwischen 100 Stunden (in den Marken) und 400 Stunden (in Apulien und den Abruzzen). Die Ausbildungen sehen neben einem theoretischen Unterricht auch einen praktischen Teil in Form von Praktika vor. Teilweise können bestehende Ausbildungen auf Basis einer Zertifizierung von Fertigkeiten anerkannt werden und verkürzen somit die Ausbildungsdauer (Guarna 2018:4)

Da die Teilnahme an Schulungen, vor allem wenn diese länger dauern, für (bereits beschäftigte) BetreuerInnen problematisch ist, wurden von manchen Regionen Tutoring-Programme bzw. Training-on-the-job-Programme eingeführt, d.h. die Ausbildung der

BetreuerInnen erfolgt zu Hause bei der zu betreuenden Person, durch Personen des kommunalen Hausbetreuungsdienstes (SAD) (Pasquinelli/Rusmini 2013:102).

Migrantische Beschäftigte in Privathaushalten, insbesondere BetreuerInnen, die im gleichen Haushalt leben, werden sehr selten (wenn überhaupt) von den Arbeitsaufsichtsbehörden kontrolliert, denn diese sind nicht befugt, Privatwohnungen ohne gerichtliche Anordnung zu betreten. Der prekäre Rechtsstatus von Hausangestellten macht sie jedoch besonders anfällig für missbräuchliche Praktiken, Nichtzahlung von Löhnen, Schuldknechtschaft, missbräuchliche Lebens- und Arbeitsbedingungen oder psychologischen Missbrauch (Castagnone et al. 2013:40).

### 3. ÖSTERREICH

#### 3.1. Organisation der Langzeitpflege

Die zentrale Leistung der Langzeitpflege stellt in Österreich das 1993 eingeführte, bundesweit einheitliche *Pflegegeld* dar. Das Pflegegeld hat die gesetzliche Aufgabe, „pflegebedingte Mehraufwendungen in pauschalierter Form teilweise abzugelten“ (Geppert 1993: 348). Es wird Personen gewährt, die dauerhaft aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung ein bestimmtes Mindestausmaß an Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen müssen. Die Höhe des Pflegegeldes hängt dabei vom festgestellten, monatlichen Pflegebedarf ab und unterteilt sich in sieben Stufen. Seit Jänner 2020 wird es jährlich valorisiert und beträgt 2021 zwischen 162,50 Euro (Stufe 1) und 1.745,10 Euro (Stufe 7). Der Pflegebedarf für die Stufe 1 beträgt mehr als 65 Stunden, ab Stufe 5 mehr als 180 Stunden im Monat wobei zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen sind (siehe dazu näher: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html>)

Bei der Einführung des Pflegegeldes stand die Wahlfreiheit der pflegebedürftigen Menschen im Vordergrund (Mairhuber 2000: 179ff.). Daher wird Pflegegeld an diese ohne weitere Auflagen und ohne Einkommens- oder Vermögensprüfung ausbezahlt. Damit zählt das österreichische Pflegegeld in Europa zu den Geldleistungen für Langzeitpflege mit dem geringsten Regulierungsgrad (Ungerson 2004). Obwohl es im internationalen Vergleich relativ generös ausfällt (Da Roit/Le Bihan/Österle 2016: 148f.), ist es dennoch zu gering, um eine umfassende professionelle Pflege zu finanzieren oder auch die familiäre Pflege entsprechend abzugelten (Mairhuber 2000: 179ff. Hammer/Österle 2003: 44ff.). Damit baut das Pflegegeld auf der Verfügbarkeit von (weiblichen) Angehörigen und der kostenlosen bzw. kostengünstigen Betreuung und Pflege im Rahmen familialer Beziehungen auf. Basierend auf dieser Situation hatte sich in Österreich seit Einführung des Pflegegeldes ein wachsender nicht regulierter, transnationaler Pflegemarkt entwickelt. **24-Stunden-BetreuerInnen** (*live-in-Modell*), vor allem Frauen aus den mittel- und osteuropäischen Nachbarländern, betreuen pflegebedürftige Menschen in ihrem häuslichen Umfeld. Erst 2007 wurde diese Betreuungsform legalisiert und wird seither auch finanziell gefördert (siehe dazu näher: weiter unten).

Zeitgleich mit der Einführung des Pflegegeldes wurde zwischen Bund und den zuständigen Ländern auch ein „flächendeckender Ausbau *sozialer Dienstleistungen*“ vereinbart (Geppert 1993: 350). Ein ausreichendes und leistbares Angebot an stationären, teilstationären und mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ist nicht nur im Hinblick auf die Wahlfreiheit der pflegebedürftigen Menschen, sondern auch für die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Angehörigenpflege zentral. Laut Rudda et al. (2008, 331) werden in Österreich aber nur 17,4% der PflegegeldbezieherInnen in stationären

Einrichtungen gepflegt, 25% nehmen – auch in Kombination mit Angehörigenpflege – mobile Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch, 52,5% werden ausschließlich von Angehörigen gepflegt und weitere 5% erhalten 24-Stunden-Betreuung. Der Anteil der 24-Stunden-Betreuung hat sich seither nicht wesentlich verändert. Darauf lassen zumindest die Zahlen zur Förderung der 24-Stunden-Betreuung schließen. Auf Basis des Pflegevorsorgeberichtes 2020 zeigt sich, dass im Jahr 2019 24.837 Personen bzw. 5,3% der PflegegeldbezieherInnen<sup>5</sup> eine Förderung für die Beschäftigung einer 24-Stunden-Betreuung (BMSGPK 2020b: 36).

Wie in vielen anderen EU-Ländern liegt auch in Österreich die Priorität auf der „Pflege daheim“ bzw. gilt der Grundsatz „mobil vor stationär“. Damit kam es im Bereich der mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in den letzten Jahren zu einem beträchtlichen Ausbau (Schneider et al. 2011). Dennoch gibt es nach wie vor große Versorgungslücke, vor allem im ländlichen Raum. Meier (2011: 78) weist u.a. darauf hin, dass „die Einsätze des professionellen mobilen Personals in der häuslichen Pflege und Betreuung aufgrund der Unterfinanzierung der Trägerorganisationen punktuell und unflexibel erfolgen“. Die Betreuungszeiten mobiler Dienste sind kurz bzw. ist die öffentlich subventionierte Inanspruchnahme mobiler Dienste häufig auf eine bestimmte Stundenanzahl beschränkt und orientieren sich an einer Mindestbetreuung bzw. der Abdeckung des körperlichen Betreuungs- und Pflegebedarfes. Betreuung und Pflege in der Nacht wird kaum angeboten (Leiblfinger/Prieler/2018:37). Darüber hinaus sind professionelle Dienstleistungen auch aufgrund der hohen finanziellen Eigenleistung unattraktiv bzw. nicht leistbar (Meier 2011: 79). Die Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten wie Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung bleibt neben der mangelnden Verfügbarkeit und Leistbarkeit durch bestehende Hemmschwellen stark eingeschränkt (Mairhuber/Sardadvar 2017a).

Laut Pflegedienstleistungsstatistik wurden im Jahr 2019 insgesamt 153.152 ältere Personen durch mobile Dienste zu Hause betreut, zusätzlich nahmen 1.933 Personen mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste in Anspruch. 96.458 Menschen waren in stationären Einrichtungen untergebracht, 9.040 erhielten eine stationäre Kurzzeitpflege, teilstationäre Tagesbetreuung (Tagestätten, Tageszentren) wurde von 8.883 Personen in Anspruch genommen, 3.465 lebten in alternativen Wohnformen (betreubares/betreutes Wohnen). Im Rahmen des Case- und Caremanagements wurden 109.189 Personen unterstützt (Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria, Zugriff 22.2.2021).

Mehr als zwei Drittel der betreuten bzw. gepflegten Personen waren Frauen. Nach Altersgruppen betrachtet, wurden die mobilen Dienste (inkl. Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste) zu 74% und (teil-)stationäre Angebote (inkl. alternative Wohnformen) zu 80% von 75-jährigen oder älteren Personen in Anspruch genommen. In stationären Einrichtungen zählte mehr als die Hälfte der BewohnerInnen zur Gruppe der Hochbetagten, sprich sie waren 85 Jahre oder älter. Aufgrund der höheren Pflegebedürftigkeit sind in den Heimen mit 73% auch die höheren Pflegegeldstufen

---

<sup>5</sup> Ende 2019 haben 467.752 Personen in Österreich ein Pflegegeld bezogen (BMSGPK 2020b: 123)

stärker vertreten, während von den zu Hause durch mobile Dienste betreuten Personen nur 32% ein Pflegegeld ab der Stufe 4 bezogen. (siehe dazu: (Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria, Zugriff 22.2.2021)

Die **Kosten** für stationäre Betreuung und Pflege müssen in Österreich grundsätzlich von den pflegebedürftigen Personen übernommen werden. Reicht das eigene Einkommen, (Pension und Pflegegeld) nicht, wird der Rest durch öffentliche Mittel (Sozialhilfe) abgedeckt. Ein Pflegeregress, also die Möglichkeit der Länder bei den stationären Pflegekosten, auf das Vermögen der gepflegten Personen bzw. deren Angehörigen zurückzugreifen wurde mit 1. Jänner 2018 bundesweit abgeschafft.

Die Kosten für mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen werden – wie bereits erwähnt – zum Teil durch die öffentlichen Hand finanziert, jedoch müssen pflegebedürftige Personen auch hier einen Kostenbeitrag leisten, der sich in der Regel nach Pflegegeld und Einkommenshöhe richtet und meist durch einen Minimal- sowie einen Maximalbetrag eingegrenzt ist. Die Kostenbeiträge sind länderspezifisch geregelt und fallen dementsprechend unterschiedlich aus. Im österreichweiten Durchschnitt beträgt der Kostenanteil rund 40% (Leiblfinger/Prieler 2018:36).

Trotz der maßgeblichen Bedeutung der **Angehörigenpflege** sind die Leistungen des österreichischen Langzeitpflegeregimes insgesamt stark auf die pflegebedürftigen Personen ausgerichtet. Maßnahmen, die sich direkt an die pflegenden Angehörigen richten, haben einerseits Informationscharakter und zielen andererseits auf die Ermöglichung von Erwerbsunterbrechungen bzw. die soziale Absicherung während dieser Unterbrechungen ab. Dazu zählen etwa die begünstigte bzw. seit 2009 kostenfreie Pensionsversicherung von pflegenden Angehörigen, die aus der Erwerbsarbeit aussteigen, die beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung der/des Pflegebedürftigen, aber auch die Familienhospizkarenz, die 2002 eingeführt wurde (siehe dazu näher: Mairhuber/Sardadvar 2017a; BMASK 2016: 9).

Seit 2014 können ArbeitnehmerInnen unter bestimmten Voraussetzungen (siehe dazu näher: BMSGPK 2020a) mit dem/der ArbeitgeberIn zur Betreuung oder Pflege von nahen Angehörigen eine **Pflegekarenz** bzw. eine Erwerbsunterbrechung (gegen Entfall der Bezüge) oder auch eine **Pflegeteilzeit** bzw. Reduzierung der Arbeitszeit (gegen Aliquotierung des Entgelts) vereinbaren. Personen, die eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung beziehen, können sich zum Zwecke der Pflegekarenz vom Bezug des Arbeitslosengeldes oder der Notstandhilfe abmelden. Bestand – im Unterschied zu anderen europäischen Ländern, wie Deutschland, Schweden oder auch den Niederlanden (Schmidt/Fuchs/Rodrigues 2016; Auth 2017: 183ff.) – zunächst kein Rechtsanspruch, gilt dieser seit Jänner 2020 für ArbeitnehmerInnen, die in Betrieben mit mehr als vier Beschäftigten arbeiten, maximal für vier Wochen. Laut zuständigem Sozialministerium dient die Pflegekarenz/-teilzeit „insbesondere als Überbrückungsmaßnahme zur Organisation der neuen Pflegesituation“ (BMASK 2015: 15).

Angehörige in Pflegekarenz oder -teilzeit haben einen Rechtsanspruch auf eine Geldleistung, das Pflegekarenzgeld – anders als etwa in Deutschland oder Großbritannien (Schmidt/Fuchs/Rodrigues 2016; Auth 2017: 183ff.). Gleichzeitig wurde diese Geldleistung auch auf Personen mit Anspruch auf Familienhospizkarenz/-teilzeit ausgedehnt. Die Höhe des Pflegekarenzgeldes orientiert sich am Arbeitslosengeld und beträgt 55% des vorangegangenen Nettoeinkommens (bei Teilzeit aliquot).

In der Praxis zeigt sich, dass Pflegekarenz und Pfl egeteilzeit entgegen der Intention des Gesetzgebers nicht zur Organisation der Betreuung und Pflege verwendet wird, sondern zur Übernahme von besonders intensiven Phasen der Pflege durch die Angehörigen selbst (siehe dazu näher: BMSGPK 2020b: 22). Dies vor allem deshalb, weil leistbare, qualitativ hochwertige mobile sowie teilstationäre Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebote nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind, um in der relativ kurzen Zeit die notwendige Betreuung und Pflege zufriedenstellend anders organisieren zu können (siehe dazu näher: Mairhuber/Sardadvar 2017b: 56f.)

### **3.2. Migrantische Arbeitskräfte in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Ende 2019 arbeiteten in Österreich 21.885 Personen in der mobilen Betreuung und Pflege (einschließlich Alltagsbegleitung und Entlastungsdienste). Aufgrund des hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigungen waren dies in Vollzeitäquivalenten allerdings nur 12.791. In stationären und teilstationären Einrichtungen (inklusive Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege und alternativer Wohnformen) arbeiteten 47.406 Personen, in Vollzeitäquivalenten waren dies immerhin 37.002 (Pfle gedienstleistungsstatistik, Statistik Austria, Zugriff 23.2.2021). Der Frauenanteil lag zwischen 92,2 % (mobile Betreuungs- und Pflegedienste) und 85,7% (stationäre Betreuungs- und Pflegedienste) (Pfle gedienstleistungsstatistik, Statistik Austria, Zugriff 22.2.2021).

Im Vergleich zu den insgesamt 49.793 Vollzeitäquivalenten in der mobilen, teilstationären und stationären Betreuung und Pflege waren Ende des Jahres 2020 in Österreich 60.123 aktive, selbständige PersonenbetreuerInnen gemeldet, die als 24-Stunden-BetreuerInnen in Privathaushalten arbeiten (WKO 2021: 11). Bei den selbständigen PersonenbetreuerInnen handelt es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen (Österle 2016: 252). Sie stammen vor allem aus Rumänien und der Slowakei, wobei es hier in den letzten Jahren zu Verschiebungen gekommen ist. Waren im Juli 2008 fast 80% aller bei der Wirtschaftskammer gemeldeten Betreuungskräfte aus der Slowakei und nur knapp 7% aus Rumänien so kommen mittlerweile (Ende 2017) 42,5% aus Rumänien und 39,3% aus der Slowakei, weitere Herkunftsländer sind u. a. Ungarn (5,8%), Kroatien (4,5%), Bulgarien (2,4%) und Polen (1,6%) (Leiblfinger/Prieler 2018: 13).

Trotz eines konstanten Anstiegs männlicher Personenbetreuer machen Frauen mit knapp 95% aller Betreuungskräfte den weitaus größten Teil der in der 24-Stunden-Betreuung Beschäftigten aus. Hinsichtlich ihrer Altersstruktur entfallen je rund ein Drittel der

BetreuerInnen auf die Gruppen der 41- bis 50-Jährigen (34,2%) sowie der 51- bis 60-Jährigen (33,7%), 17,6% sind zwischen 31 und 40 Jahre alt, der Anteil der bis 30-Jährigen sowie der über 60-Jährigen liegt bei jeweils rund 7% (Leiblfinger/Prieler 2020: 14).

### **3.3. Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Bei der Rekrutierung von selbständigen PersonenbetreuerInnen spielen vor allem seit der EU-Osterweiterung 2004 bzw. 2007 Vermittlungsagenturen eine zentrale Rolle (Steiner et al. 2019:2). Während der Gewerbeschein für Personenbetreuung ursprünglich auch die Vermittlung von Betreuungskräften erlaubte, unterliegen Vermittlungsagenturen seit 2016 durch die Einführung eines eigenständigen Gewerbes der Organisation von Personenbetreuung eindeutiger Ausübungs- und Standesregeln (BMSGPK 2020b: 38). Ende des Jahres 2021 verfügten österreichweit 888 Unternehmen über eine aktive Gewerbeberechtigung für die Vermittlung selbstständiger Betreuungskräfte (WKO 2021: 11). Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Vermittlungsagenturen. „Neben einer hohen Zahl von Ein-Personen- bzw. Kleinunternehmen sind auch transnationale Konzerne und Aktiengesellschaften sowie vereinzelt Vereine in der Vermittlung aktiv. Ebenso bieten einige Wohlfahrtsträger die Organisation von Betreuungsverhältnissen an. Auch die Dienstleistungsangebote variieren hinsichtlich Rekrutierungsländern, Preis, Angebotsradius und Leistungsumfang zum Teil enorm“ (Prieler 2020: 265).

Vermittlungsagenturen sind aber nicht nur für die Rekrutierung verantwortlich, sondern sie bestimmen auch die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses wesentlich mit. Diese legen – laut Steiner et al. (2019: 7) – de facto die Höhe des Betreuungsentgeltes und somit auch das Einkommen der PersonenbetreuerInnen fest. Sie heben zum Teil auch selbst das Betreuungsentgelt ein, um es anschließend – mitunter nach Abzug von Gebühren – den selbständigen PersonenbetreuerInnen auszuzahlen. Auch die Schichtdauer wird von den Agenturen vorgegeben, obwohl selbständige PersonenbetreuerInnen rechtlich gesehen, die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit individuell mit den pflegebedürftigen Personen oder deren Angehörigen vereinbaren können (müssen). In der Praxis ist dies – laut Österle/Bauer (2016: 208f) – kaum zu verwirklichen und die PersonenbetreuerInnen sind etwa durch Verbote, ein Betreuungsverhältnis ohne die vermittelnde Agentur fortzuführen, an diese gebunden. Weiters übernehmen Vermittlungsagenturen mitunter auch die Gewerbebeanmeldung der PersonenbetreuerInnen bzw. ihre Meldung bei der Sozialversicherung oder organisieren, häufig in Ko-operation mit Taxi- oder Busunternehmen aus den Herkunftsländern, Transportdienste für die Pendelmigration (Leiblfinger/Prieler 2018: 9).

Leiblfinger/Prieler (2018: 15) merken aber auch an, dass, obwohl die Anzahl der Vermittlungsagenturen seit der Anfangsphase der 24-Stunden-Betreuung stetig zugenommen hat, persönliche Kontakte bzw. Empfehlungen nach wie vor eine wichtige Rolle in der Vermittlung von Betreuungskräften spielen. Laut einer repräsentativen

Erhebung in der Slowakei aus dem Jahr 2016 fanden nur rund 57% der slowakischen Personenbetreuerinnen ihre Arbeit in Österreich über eine Vermittlungsagentur (Bahna 2020: 100).

Bei den 24-Stunden-Betreuungskräften bzw. selbständigen PersonenbetreuerInnen handelt es sich – wie bereits erwähnt – nahezu ausschließlich um weibliche Pendelmigrantinnen, die vor allem Frauen aus Mittel- und Osteuropa, meist in einem zwei- bis vierwöchigen Rhythmus zwischen Österreich und ihrem Herkunftsland hin und her pendeln. Der Lebensmittelpunkt wird im Herkunftsland gesehen, eine permanente Migration ist meist nicht geplant oder angestrebt (Österle 2016: 253f; Österle/Bauer 2016: 206). Für die Dauer der Betreuungs- und Pflegearbeit wohnen sie im Haushalt der betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen (*live-in-Modell*). Im Fall größerer geographischer Distanzen, etwa bei BetreuerInnen aus Rumänien oder Bulgarien bzw. bei Pflegebedürftigen in den westlichen Bundesländern, betragen die Schichtphasen zum Teil auch zwei bis drei Monate (Leiblfinger/Prieler 2018:8). „In über zwei Drittel aller Fälle wechseln sich zwei MigrantInnen in der Betreuung einer pflegebedürftigen Person (bzw. eines pflegebedürftigen Paares) ab, in knapp einem Drittel der Haushalte ist nur eine Betreuungskraft tätig“ (Leiblfinger/Prieler 2018:8).

„Der monatliche Preis einer 24-Stunden-Betreuung beträgt aktuell zwischen rund € 1.800 und € 3.300. Darin inkludiert sind neben den Tagsätzen der PersonenbetreuerInnen (inkl. Sozialversicherungsbeiträgen) deren Fahrtkosten sowie ein Servicebeitrag für die Agentur; hinzu kommt eine einmalige Vermittlungsgebühr von durchschnittlich € 480. Die drei Non-Profit-Organisationen Caritas, Hilfswerk und Volkshilfe verlangen im Vergleich dazu rund € 2.500 sowie einmalige Gebühren von rund € 600 bis € 850. Je nach Agentur und angebotenen Leistungsspektrum schwanken die Kosten allerdings beträchtlich“ (Leiblfinger/Prieler 2018:10).

### **3.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Wie bereits weiter oben erwähnt, trug die Einführung des Pflegegeldes 1993 über einen Zeitraum von 20 Jahren zur Entwicklung eines nicht regulierten, transnationalen Pflegemarktes bei (Bachinger 2016, Prieler 2020: 264). Aufgrund mangelnder bzw. unpassender Alternativen (fehlende mobile, teilstationäre und stationäre Angebote) etablierte sich das Modell der 24-Stunden-Betreuung. Im Sommer 2007 wurde nach heftigen Diskussionen über die nicht gesetzeskonformen Arbeitsverhältnisse die 24-Stunden-Betreuung in privaten Haushalten auf eine legale Basis gestellt. Demnach können betreuungs- und pflegebedürftiger Personen (oder ihre Angehörigen) entweder einen Vertrag mit einer unselbstständigen oder selbstständigen Personenbetreuungskraft abschließen. Daneben besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit der Anstellung einer unselbstständigen Betreuungskraft über einen gemeinnützigen Verein oder Wohlfahrtsträger. Dazu wurde im Frühjahr 2007 einerseits ein neues Hausbetreuungsgesetz (HBeG) verabschiedet und andererseits das Gewerbeordnungsgesetz novelliert. Für beide Betreuungsmodelle gibt es eine finanzielle Förderung. Diese beträgt seit November 2008 bei zwei unselbstständigen BetreuerInnen

bis zu Euro 1.110,- im Monat, bei zwei selbstständigen bis zu Euro 550,- im Monat. Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung sind die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung und der Bezug von zumindest Pflegegeldstufe 3. Zudem darf das monatliche Nettoeinkommen Euro 2.500,- nicht übersteigen. Nicht zum Einkommen zählen dabei u. a. Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfen. Diese Einkommensgrenze erhöht sich um Euro 400,- für jede/n unterhaltsberechtigte/n Angehörige/n bzw. um Euro 600,- für jede/n unterhaltsberechtigte/n Angehörige/n mit Behinderung (BMSGPK 2020a:18).

Seit der Legalisierung bzw. Förderung der 24-Stunden-Betreuung im Jahr 2007 kam es zu erheblichen Steigerungen der Inanspruchnahme. So stieg die Zahl der BezieherInnen einer Förderung zwischen 2008 und 2019 kontinuierlich von 3.200 auf 24.837 an (BMASK 2014: 26; BMSGPK 2020b: 36).

Für unselbstständige BetreuerInnen gibt es einen auf Bundesländerebene geregelten Mindestlohn, und die Arbeitszeiten unterliegen – sehr großzügigen – gesetzlichen Bestimmungen (siehe dazu näher: BMSGPK 2020a:14). Für selbstständige BetreuerInnen gibt es keine gesetzlichen Vorschriften betreffend Entlohnung und Arbeitszeiten. Es besteht weder Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall noch auf bezahlten Urlaub. Im Krankheitsfall besteht Anspruch auf Sachleistungen, wobei ein 20% Selbstbehalt zu bezahlen ist. Die Pflichtversicherungsbeiträge für die Pensions-, Unfalls- und Krankenversicherung müssen von den PersonenbetreuerInnen selbst entrichtet werden bzw. werden diese von der Vermittlungsagentur einbehalten und abgeführt. Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht nur im Falle einer freiwilligen Selbstversicherung (Haidinger 2016: 103). Darüber hinaus kommt es laut Prieler (2020: 264) bei der transnationalen Inanspruchnahme von österreichischen Sozialleistungen in der Praxis zu Schwierigkeiten.

Aufgrund der hohen Flexibilität und der geringeren Kosten ist es nicht verwunderlich, dass sich die Mehrheit der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen für das Selbstständigen-Modell in Form des freien Gewerbes der Personenbetreuung entscheidet. So beträgt der Anteil der selbstständigen BetreuerInnen in Haushalten, die eine staatliche Förderung für die 24-Stunden-Betreuung beziehen über 99% (Leiblfinger/Prieler 2018:13). Die Anzahl der unselbstständigen Betreuungskräfte in Haushalten, die eine staatliche Förderung zur 24-Stunden-Betreuung bezogen, betrug zwischen Jänner und August 2018 insgesamt 34 (BMSGPK, Anfragebeantwortung zitiert in: Leiblfinger/Prieler 2018:13).

Dennoch ist hier anzumerken, dass eine 24-Stunden-Betreuung nur von Personen (oder Familien) mit entsprechendem Einkommen bzw. Vermögen in Anspruch genommen werden kann, da die Förderung bei weitem nicht kostendeckend ist und zudem eine räumliche Unterbringung der BetreuerInnen, die bestimmten Auflagen unterliegt, gewährleistet sein muss.

### **3.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der 24-Stunden-Betreuungskräfte sind wesentlich durch ihren Status als selbständige PersonenbetreuerInnen, die *live-in* Arrangements sowie die Pendeltätigkeit geprägt. So legitimiert – laut Österle/Bauer (2016: 208) – die Selbstständigkeit der PersonenbetreuerInnen sowohl die 24-Stunden-Verfügbarkeit als auch die individuelle Aushandlung von Arbeitszeiten, Ruhepausen, Entlohnung etc. Gleichzeitig werden – wie bereits erwähnt – der Umfang der Arbeitszeit, Freizeit, die Dauer der Schichten und die Entlohnung im Falle der Vermittlung über eine Agentur von dieser wesentlich bestimmt. Abgesehen von organisatorischen oder bürokratischen Anforderungen, die auch von Vermittlungsagenturen gelöst werden, bleibt die Bewältigung der oft sehr anspruchsvollen Situationen im individuellen Arbeitsumfeld den PersonenbetreuerInnen überlassen (Österle/Bauer 2016: 209). Die Arbeitsbedingungen sind jener Bereich, der von der Legalisierung weitgehend unberührt blieb. Daher führte die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung 2007 zu keiner systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen der 24-Stunden-BetreuerInnen, vielmehr wurde damit der Selbständigen-Status bestätigt bzw. etabliert. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von selbständigen PersonenbetreuerInnen wurden nicht ergriffen, sondern vielmehr der bestehende Zustand legalisiert (Österle/Bauer 2016: 208).

Obwohl das Hausbetreuungsgesetz (HBeG) ein Recht auf drei Stunden Freizeit pro Tag vorsieht und die Vermittlungsagenturen die KlientInnen darüber informieren, gaben in einer kleinen qualitativen Befragung drei von vier 24-Stunden-Betreuerinnen an, dass sie diese freie Zeit in der Regel nicht in Anspruch nehmen können, weil niemand sonst ihre Aufgaben übernimmt (Leichsenring et al. 2015: 64)

Laut Österle/Bauer (2016: 202) kann eine selbständige PersonenbetreuerInnen bzw. 24-Stunden-Betreuungskraft bei einem zweiwöchigen Aufenthalt pro Monat in Österreich mit einem Monatseinkommen zwischen 600 und 1000 Euro rechnen, abhängig von den Bedürfnissen der KlientInnen und den zu erledigenden Aufgaben. Darüber hinaus werden Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt, während für die Reisekosten unterschiedliche Regelungen getroffen werden. Auf Basis einer repräsentativen Erhebung unter slowakischen 24-Stunden-Betreuerinnen, verdienten dies 2016 in Österreich im Durchschnitt 62,9 Euro pro Arbeitstag und damit rund 880 pro Monat (Bahna 2020: 100).

Im Vergleich dazu verdienen HeimhelferInnen in Österreich bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38 Stunden auf Basis des derzeit gültigen Kollektivvertrages für die Österreichische Sozialwirtschaft monatlich 2.076 Euro/brutto und PflegehelferInnen 2.286,40 Euro/brutto.

Für migrantische Betreuungskräfte mit Kindern sind Ansprüche auf Familienbeihilfe und Kinderabsetzbetrag Leistungen, die wesentlich zum Einkommen der in Österreich tätigen 24-Stunden-Betreuungskräfte beitragen (Österle/Bauer 2016: 205). Mit Jänner 2019 wurde die Höhe der Familienbeihilfe und des Kinderabsetzbetrages an die Lebenshaltungskosten des jeweiligen Wohnsitzlandes des Kindes angepasst. Diese

Indexierung bedeutet für 24-Stunden-Betreuungskräfte eine starke Reduzierung der Ansprüche. Auf Basis des Grundbetrages der Familienbeihilfe von derzeit 114 Euro beträgt im Falle der Slowakei die Kürzung rund 33 Euro und im Falle von Rumänien rund 88 Euro pro Monat.<sup>6</sup>

*Live-in* Arrangements bringen für die PersonenbetreuerInnen ebenfalls große Herausforderungen mit sich. In qualitativen Interviews mit slowakischen und bulgarischen PersonenbetreuerInnen verweisen diese auf die enormen Belastungen und den Druck, der damit verbunden ist (Österle/Bauer (2016: 203). Das intime *live-in* Arrangement über einen längeren Zeitraum, in Kombination mit den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen und den Erwartungen der KlientInnen sowie ihrer Angehörigen, können zu extrem anspruchsvollen und anstrengenden Situationen führen (Österle/Bauer 2016: 203). Dies kann auch Kommunikationsprobleme mit der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen, einen Mangel an freier Zeit und privatem Raum, das Gefühle der Erschöpfung und Ausbeutung oder Gefühle der Überforderung durch die Arbeitssituation beinhalten (Österle/Bauer 2016: 208; Leichsenring 2015: 69).

Weiters ergeben sich spezifische Belastungen aus dem regelmäßigen Pendeln zwischen Österreich und den Herkunftsländern sowie der Notwendigkeit die Versorgung der Kinder und anderer Angehöriger im Herkunftsland immer wieder neu organisieren zu müssen (Österle/Bauer 2016: 203). Gleichzeitig wird die Pendelmigration von den interviewten slowakischen und bulgarischen PersonenbetreuerInnen aber auch als Möglichkeit gesehen, die arbeitsbedingten Belastungen überhaupt bewältigen zu können. So stellen die Phasen in den Herkunftsländern auch die Möglichkeit dar, sich für einen längeren Zeitraum von der sehr herausfordernden Betreuungs- und Pflegearbeit zurückzuziehen bzw. zu erholen (Österle/Bauer 2016: 202f).

Die Arbeitsbedingungen der Personenbetreuungskräfte bzw. der 24-Stunden-BetreuerInnen sind aber auch durch die gesetzlich definierten Tätigkeitsbereiche bzw. Kompetenzen geprägt. Ging es ursprünglich nur um haushaltsnahe Tätigkeiten, wurde der Kompetenzbereich der Betreuungskräfte durch die 2008 geschaffene Möglichkeit der Übertragung von pflegerischen und (einfachen) ärztlichen Tätigkeiten wesentlich erweitert (Steiner et al. 2019:6). Laut Gewerbeordnung 1994 dürfen selbständige Personenbetreuungskräfte folgende Tätigkeiten durchführen: Haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Zubereitung von Mahlzeiten, Hausarbeit), Unterstützung bei der Lebensführung (Hilfestellung bei täglichen Verrichtungen) sowie Gesellschaft leisten (BMSGPK 2020a: 9ff.). Seit April 2008 können aber auch pflegerische Tätigkeiten, wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder Arzneimittelaufnahmen und (einfache)

<sup>6</sup> Nach Ansicht der Europäischen Kommission und einiger Mitgliedstaaten sowie namhafter EuroparechtsexpertInnen verstößt diese Gesetzesänderung jedoch in mehrfacher Hinsicht gegen bestehende europäischen Verträge und Gesetze. Die Europäischen Kommission hat deswegen am 24.1.2019 ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet ([https://wien.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/beihilfenundfoerderung/Indexierung\\_der\\_Familienbeihilfe.html](https://wien.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/beihilfenundfoerderung/Indexierung_der_Familienbeihilfe.html))

ärztliche Tätigkeiten (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007) vorgenommen werden, sofern diese schriftlich angeordnet werden. Ärztliche Tätigkeiten beziehen sich u.a. auf die Verabreichung von Arzneimitteln, die Anlage von Verbänden und Bandagen sowie die Verabreichung von subkutanen Insulinspritzen. Die Tätigkeiten unterliegen der Dokumentations- und Informationspflicht (BMSGPK 2020a: 11). Obwohl die Übertragung von pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten, laut der Information des zuständigen Bundesministeriums zur 24-Stunden-Betreuung „nur für den Einzelfall geschaffen“ (BMSGPK 2020a: 11) wurde, kommt diese Delegationsmöglichkeit in der Praxis – laut Leiblfinger/Prieler 2018: 58 – sehr häufig zur Anwendung. „So führten in knapp 90% aller Haushalte, in denen zur Kontrolle der sachgemäßen Betreuungserfahrung von PersonenbetreuerInnen ein verpflichtender Hausbesuch durchgeführt wurde, PersonenbetreuerInnen medizinisch-pflegerische Tätigkeiten durch. Meist handelte sich dabei um Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, weitere übertragene Aufgaben waren beispielsweise Dekubitusprophylaxe, Versorgung von Hautdefekten oder Injektionen. In rund 10% der überprüften Betreuungsfälle fehlte allerdings die für die entsprechenden Tätigkeiten notwendige Übertragung.“ (Leiblfinger/Prieler 2018: 58f.). Diese Übertragungen bedeuten für die PersonenbetreuerInnen auch eine große Verantwortung, die aber keine Entsprechung in der Entlohnung findet (Leichsenring et al. 2015: 69).

Trotz der schwierigen und prekären Arbeitsbedingungen ist die Arbeitszufriedenheit der Pendelmigrantinnen in der 24-Stunden-Betreuung in Österreich hoch (Bahna 2016: 212f. Österle/Bauer 2016: 201ff.). Besonders zufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind vor allem PersonenbetreuerInnen mit relativ hohem Einkommen einerseits und gesünderen KlientInnen andererseits (Bahna 2015: 462). Eine Erklärung für die hohe Arbeitszufriedenheit liegt u.a. auch in der intrinsischen Motivation, die in den Interviews mit den slowakischen und bulgarischen PersonenbetreuerInnen zum Ausdruck kam (Österle/Bauer 2016: 203).

Laut Österle/Bauer 2016: 209) machen drei Faktoren 24-Stunden-Betreuungskräfte in Privathaushalten besonders verletzlich: die Intimität des Privathaushalts als Ort der bezahlten Arbeit, der fehlende Austausch mit anderen Betreuungskräften oder Vorgesetzten und das Fehlen von Qualifikationsanforderungen (Österle/Bauer 2016: 209).

### **3.6. *Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten***

Das Hausbetreuungsgesetz und die Gewerbeordnung enthalten grundsätzlich keine Bestimmungen zur Qualifikation der Personenbetreuungskräfte. Nur sofern die betreute Person eine finanzielle Förderung bezieht bzw. im Rahmen des Qualitätzertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung (ÖQZ-24), müssen die Betreuungskräfte entweder eine heimhilfeähnliche Ausbildung von 200 Stunden, eine delegierte Befugnis zu ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeiten oder mindestens sechs Monate Erfahrung in der Personenbetreuung besitzen (BMSGPK

2020a:19). 2015 verfügten österreichweit rund die Hälfte aller PersonenbetreuerInnen über eine theoretische Ausbildung bzw. eine Delegation, die Qualifikation der anderen Hälfte beschränkte sich auf die Minimalanforderung einer 6-monatigen Betreuungserfahrung (Leiblfinger/Prieler 2018:39).

Leiblfinger/Prieler (2018:14) stellen basierend auf Daten der WKO, der SVA sowie von empirischen Untersuchungen fest, dass die 24-Stunden-BetreuerInnen häufig über ein hohes Bildungsniveau verfügen. Viele haben Matura oder einen Hochschulabschluss, rund ein Viertel hat eine gehobene pflegerische bzw. medizinische Ausbildung absolviert. Aufgrund einer repräsentativen Erhebung aus dem Jahre 2016 zeigt sich, dass 75,6% der slowakischen PersonenbetreuerInnen, die in Österreich arbeiten über eine Matura oder eine darüber hinausgehende Ausbildung verfügen, bei fast 18% handelt es sich um qualifizierte Krankenpflegekräfte mit beruflicher Erfahrung (Bahna 2020:100).

Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die von Österreich gesetzt werden, beziehen sich vor allem auf das korrekte Verhalten der PersonenbetreuerInnen und auch der Vermittlungsagenturen gegenüber den pflegbedürftigen Personen und ihren Angehörigen. Der Situation bzw. den Arbeitsbedingungen der PersonenbetreuerInnen kommt hingegen wenig Bedeutung zu.

Zudem haben Arbeitsinspektorate in Österreich ein Mandat für den Hausangestelltensektor nur, wenn Hausangestellte von Agenturen oder Institutionen beschäftigt werden, jedoch nicht, wenn diese bei einem Privathaushalt direkt beschäftigt sind (Basten 2015:20).

„Um die Qualität der Betreuung durch selbständig Erwerbstätige sicher zu stellen“ ist – laut zuständigem Bundesministerium – u.a. Folgendes vorsehen: ausreichende und regelmäßige Dokumentation der erbrachten Dienstleistungen; schriftliche Anordnung pflegerischer bzw. ärztlicher Tätigkeiten die auch widerrufen werden kann; verpflichtender, kostenloser Hausbesuch bei FörderwerberInnen einer 24-Stunden-Betreuung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Diese Hausbesuche werden vom „Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ unabhängig von der Qualifikationsart der Betreuungskraft flächendeckend in ganz Österreich durchgeführt (BMSGPK 2020a: 27).

Eine regelmäßig durchgeführte Überprüfung der Qualität der 24-Stunden-Betreuung gab es bis 2018 nur zur Überprüfung der Berufserfahrung von PersonenbetreuerInnen ohne Ausbildung im Zuge der Gewährung einer finanziellen Förderung. Nach vielfacher Kritik u.a. durch den Rechnungshof erfolgen die Hausbesuche der Qualitätssicherung seit Oktober 2018 bei allen Förderfällen einer 24-Stunden-Betreuung. Insgesamt wurden im Jahr 2019 10.062 Hausbesuche durchgeführt, wobei ein Großteil bzw. ca. 85% der besuchten Haushalte Pflegegeld der Stufen 3 bis 5 bezog. ca. 15 % bezogen Pflegegeld der Stufen 6 und 7 (BMSGPK 2020b:46).

Eine weitere Maßnahme der Qualitätssicherung stellt die Einführung eines Qualitätszertifikats für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung (ÖQZ-24) dar. Dies wurde laut zuständigem Bundesministerium vor allem entwickelt um

„insbesondere die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Familien zu stärken“ (BMSGPK 2020b:25). Das Qualitätszertifikat basiert allerdings auf Freiwilligkeit und ist für Vermittlungsagenturen gedacht, die über die gesetzlich vorgesehenen Verpflichtungen hinaus höhere Qualitätsstandards erfüllen. Mit dem ÖQZ-24 verpflichtet sich die Vermittlungsagentur im Sinne der Qualitätssicherung u.a. mindestens einmal pro Quartal einen Hausbesuchen durch diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen durchführen zulassen (BMSGPK 2020b:25).

Vermittlungsagenturen, die auch die Abwicklung der Abrechnung der PersonenbetreuerInnen durchführen, müssen sämtliche Verrechnungsvorgänge transparent dokumentieren und sowohl den KlientInnen als auch den PersonenbetreuerInnen umfassende Einsichtsmöglichkeiten gewähren. Den KlientInnen ist eine übersichtlich und verständlich gestaltete Aufschlüsselung der einzelnen Rechnungsposten zur Verfügung zu stellen, aus welcher jedenfalls das den PersonenbetreuerInnen zustehende Entgelt, die zu leistenden gesetzlichen Abgaben und die sonstigen Kosten und Gebühren hervorgehen müssen (BMSGPK 2020b:25).

Darüber hinaus enthält das Qualitätszertifikat auch einzelne Bestimmungen zum Schutz der PersonenbetreuerInnen, wie z. B. die Regelung, dass die Vermittlungsagentur PersonenbetreuerInnen nachweislich vor Vertragsabschluss über die gesetzlichen Rechte und Pflichten einer PersonenbetreuerIn aufklärt und das Informationen bei Bedarf in der Muttersprache zur Verfügung gestellt werden müssen (BMASK 2019: 5f.).

In einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2015 wurde u.a. festgestellt, dass Personenbetreuerinnen nicht genügend Information über ihre Rechte in Österreich erhalten. So sind Information etwa über Pensionsansprüche nicht ausreichend, dies auch aufgrund von Sprachbarrieren (Leichsenring 2015: 69).

Das Recht zur Führung des Zertifikates wird für den Zeitraum von drei Jahren erteilt. Danach ist eine Rezertifizierung möglich. Zusätzlich erfolgt nach eineinhalb Jahren eine Zwischenprüfung. Bei Verstößen kann das Zertifikat auch entzogen werden (BMSGPK 2020b: 26). Die Zertifizierungen werden seit Mai 2019 durchgeführt. Anfang 2021 waren 34 von 888 Vermittlungsagenturen erfolgreich zertifizierten (<https://oeqz.at/zertifizierte-vermittlungsenturen/>).

### **3.7. Auswirkung der Migration auf Betreuung und Pflege in den Herkunftsländern**

Trotz der weiter oben beschrieben schwierigen und prekären Arbeitsbedingungen werden Pendelmigration und *live-in* Arrangements von migrantische PersonenbetreuerInnen aus zwei Gründe akzeptiert: Einerseits weil sie damit ein westeuropäisches Einkommens mit relativ moderaten Lebenshaltungskosten im Herkunftsland kombinieren können. Andererseits bietet die Pendelmigration zumindest phasenweise die Möglichkeit Erwerbstätigkeit und Versorgungsarbeit im Herkunftsland zu verbinden (Österle/Bauer 2016: 202).

In den von Österle/Bauer (2016:200) durchgeführte Interviews mit PersonenbetreuerInnen aus der Slowakei und Bulgarien werden niedrige Einkommen und Arbeitslosigkeit im Herkunftsland bzw. höhere Einkommen und Beschäftigungschancen im Zielland als Hauptgründe für die Migration nach Österreich genannt (siehe dazu auch: Bahna 2020). Darüber hinaus ist die geografische Nähe für die Befragten eine wesentliche Grundbedingung, die eine Pendelmigration zwischen Herkunfts- und Zielland ermöglicht, wobei slowakische 24-Stunden-BetreuerInnen die vielfach aus der Mittel- und Ostslowakei stammen von einer Reisezeit von etwa sieben bis acht Stunden (einfache Strecke) berichteten (Österle/Bauer 2016:200f).

Parallel zu ihrer Tätigkeit in Österreich haben 24-Stunden-BetreuerInnen häufig auch in ihrem Herkunftsland Betreuungsverantwortung für Kinder, Enkelkinder oder ältere pflegebedürftige Angehörige (Leiblfinger/Prieler 2018:14). Eine repräsentative Umfrage unter slowakischen BetreuerInnen aus dem Jahr 2016 zeigt, dass sehr viele von ihnen Kinder haben, allerdings sind nur in etwas über 15% die Kinder unter 15 Jahre alt, 5,5% geben an für ältere pflegebedürftige Familienangehörige zu sorgen (Bahna 2020: 100). Bahna (2020: 99) schließt – im Unterschied zu anderen Studien<sup>7</sup> – daraus, dass die Auswirkungen der Pendelmigration von slowakischen PersonenbetreuerInnen wenig Auswirkungen auf die private Betreuungs- und Pflegesituation in der Slowakei hat bzw. nicht von einem „*care drain*“ gesprochen werden kann (siehe dazu auch: Bahna 2015).

„Wie intensiv die Belastung durch Betreuungspflichten im Herkunftsland ist, hängt maßgeblich von Umverteilungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Herkunftsfamilie sowie informeller Netzwerke, aber auch von Faktoren, wie beispielsweise der Turnusdauer oder der öffentlichen Betreuungsinfrastruktur im Herkunftsland, ab. Dementsprechend zeigen Studien für BetreuerInnen aus Rumänien,<sup>8</sup> wo vergleichsweise lange Turnusse üblich sind und gleichzeitig Sorgebedarfe aufgrund rudimentärer wohlfahrtsstaatlicher Angebote teilweise nicht gedeckt werden können, eine besonders hohe Belastung, verglichen beispielsweise mit BetreuerInnen aus der Slowakei“ (Leiblfinger/Prieler 2018:14f.).

Die (Pendel-) Migration sowie die belastenden und prekären Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wirken sich aber auch auf den Gesundheitszustand der migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräfte aus. In der einschlägigen Literatur werden die negativen gesundheitlichen Auswirkungen hervorgehoben. In der Slowakei, so Bahna/Sekulová (2019), ist der schlechtere Gesundheitszustand der 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in Österreich tätig waren, auf die hohen Arbeitsanforderungen, die langfristige zirkuläre Migration bzw. Reisen zwischen den beiden Ländern und psychologische Probleme, die mit ihren prekären Arbeitsbedingungen zusammenhängen, zurückzuführen (Sekulová/Rogoz 2019:36).

<sup>7</sup> Siehe dazu näher: Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in der Slowakei in diesem Bericht.

<sup>8</sup> Siehe dazu näher: Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in Rumänien in diesem Bericht.

## 4. DEUTSCHLAND

### 4.1. Organisation der Langzeitpflege

In Deutschland wurde nach langjähriger Diskussion 1995/96 die Pflegeversicherung auf Basis des Grundsatzes „mobil vor stationär“ eingeführt. Die Pflegeversicherung sollte nicht nur eine finanzielle Basis für eine universelle Absicherung des Risikos Langzeitpflege schaffen, „sondern zielte explizit darauf, die häusliche Pflege im Rahmen der Familie zu fördern und damit gleichzeitig die kostenintensive und gesellschaftlich wenig akzeptierte stationäre Versorgung zu vermeiden“ (Theobald 2016:144). Ähnlich wie in Österreich mit der Einführung des Pflegegeldes 1993 (siehe dazu näher: Länderbericht Österreich), handelte es sich dabei um eine finanzielle Teilabsicherung der tatsächlich entstehenden Kosten im Falle von Langzeitpflege (Deutscher Bundestag 2016: 5). Diese Teilabsicherung beruht im Wesentlichen auf pauschalierten Geld- bzw. Sachleistungen der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI) und wird durch einkommensgeprüfte Sozialhilfeleistungen (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – SGB XII, insbesondere „Hilfe zur Pflege“) ergänzt (Theobald 2016:144).

Im Rahmen der Pflegeversicherung können pflegebedürftige Menschen in Deutschland zwischen Geld- und Sachleistungen also zwischen Pflegegeld und mobilen, teilstationären sowie stationären Dienstleistungen frei wählen. Eine Kombination verschiedener Leistungen ist ebenfalls möglich. Mobile, teilstationäre und stationäre Dienstleistungen werden nur finanziert, wenn sie durch anerkannte bzw. professionelle qualitätsgeprüfte Anbieter erbracht werden. **Pflegegeld** wird hingegen „unkontrolliert“ vergeben und soll „zur Stärkung der Pflege im Rahmen der Familie oder in sozialen Netzwerken beitragen“ (Theobald 2016:145). Mit dem Pflegegeld können daher auch private Dienstleistungen bzw. Unterstützung im häuslichen Umfeld außerhalb der anerkannten Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebote finanziert werden (Theobald 2016:145).

Seit 2015 gibt es fünf Pflegegrade, ab Pflegegrad 2 besteht Anspruch auf Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung. Die monatliche Geldleistung (= Pflegegeld für selbst beschaffene Pflegeleistungen nach § 37 SGB XI) beträgt derzeit zwischen 316 Euro (Pflegegrad 2) bis 901 Euro (Pflegegrad 5) (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Pflegebedürftige Menschen, die **mobile Pflegedienstleistungen** von anerkannten Anbietern in Anspruch nehmen wollten (= Pflegeleistung nach § 36 SGB XI) haben Anspruch auf eine monatliche Finanzierung im Ausmaß von 689 Euro (Pflegegrad 2) bis 1.995 Euro (Pflegegrad 5). Pflegesachleistungen umfassen in diesem Falle Maßnahmen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der Betreuung im häuslichen Umfeld. Die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege, wie z.B. Insulininjektion oder das Anlegen von Verbänden, fällt hier nicht hinein. Diese wird nach

vorheriger ärztlicher Verordnung z.B. durch einen mobilen Pflegedienst durchgeführt. Dieser rechnet die erbrachten Leistungen direkt mit der Krankenkasse ab (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Beansprucht eine pflegebedürftige Person die ihr zustehende Sachleistung nicht vollständig, wird zusätzlich anteilig Pflegegeld (nach § 38 SGB XI) ausbezahlt. Werden z.B. nur 50% der Sachleistungszuschüsse genutzt, gelangen zusätzlich noch 50% des Pflegegeldes zur Auszahlung (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Kann die mobile Betreuung und Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden, haben pflegebedürftige Menschen Anspruch auf **teilstationäre Leistungen**. Bei Gewährung von teilstationären Leistungen werden Kosten der pflegerischen und betreuenden Maßnahmen sowie die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege übernommen. Bei einem Pflegegrad zwischen 2 und 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege sogar zusätzlich zu mobilen Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Im Falle der Aufnahme in eine **stationäre Einrichtung** beträgt die Übernahme der anteiligen Kosten für die pflegerischen und betreuenden Maßnahmen sowie für die Behandlungspflege zwischen 770 Euro (Pflegegrad 2) und 2.005 Euro (Pflegegrad 5) im Monat. Das Entgelt für die Unterkunft und Verpflegung müssen die pflegebedürftigen Menschen bzw. ihre Angehörigen selbst tragen (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (hierzu zählen psychisch kranke, behinderte oder an Demenz erkrankte Menschen) können über die Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Je nach Betreuungsbedarf erhalten diese einen Grundbetrag bzw. einen erhöhten Betrag. (Pflegegeld, Sachleistungen & Co. – die Leistungen der Pflegekassen; <https://www.24h-pflege-check.de/ratgeber/pflegegeld-und-sachleistungen/>).

Auch in Deutschland wird die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen zu Hause durch **Angehörigen** versorgt (Theobald 2016:146; Steiner et al. 2019: 4). 2017 wurden 51,7% der pflegebedürftigen Menschen zu Hause nur von ihren Angehörigen betreut, weitere 24,3% der Angehörigen taten dies gemeinsam mit professionellen mobilen Diensten und 24% der pflegebedürftigen Menschen waren in stationären Einrichtungen untergebracht (Thüsing 2019: 1).

Die Einführung der Pflegeversicherung führte zwar zu einer Expansion von professionellen mobilen Dienstleistungsanbietern, entsprechend der Zielsetzung der

Pflegeversicherung sollen diese die familiäre Betreuung und Pflege ergänzen und nicht ersetzen (Theobald 2016: 146). Zu den professionellen mobilen Diensten kommen noch verschiedene private Dienstleistungsangebote – meist im Bereich der Körperpflege oder hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – hinzu (Theobald 2016: 147). Laut einer repräsentativen Befragung nützten 2010 rund 29% der pflegebedürftigen Menschen, die eine Kombination aus Geldleistung und professionelle mobile Dienste sowie 20% derjenigen, die nur Dienstleistungen in Anspruch nahmen, zusätzlich bezahlte, private Dienste. BezieherInnen, die ausschließlich eine Geldleistung bezogen, nahmen nur zu 14% private, bezahlte Unterstützung in Anspruch (Theobald 2016: 147).

Einen wichtigen Beitrag zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die eine zeitlich sehr umfassende Betreuung und Pflege benötigen, leisten auch in Deutschland **24-Stunden-Betreuungskräfte**, wobei es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen aus Osteuropa handelt (Theobald 2016: 148). Laut einer Erhebung aus dem Jahr 2009 versorgen Migrantinnen meist ältere (88% sind älter als 80 Jahre), weibliche (74%) und alleinlebende pflegebedürftige Menschen, die aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen insbesondere dementielle Erkrankungen einen hohen Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung, Betreuung und Pflege haben (Theobald 2016: 148).

„Professionelle Pflegedienste können die gewünschte emotional und sozial unterstützende, zeitlich intensive Betreuung aufgrund ihrer Angebotsstruktur mit zeitlich begrenzten Pflegepaketen nicht leisten bzw. wäre dies mit hohen privaten Kosten verbunden“ (Theobald 2016: 150). Vor allem auch die nicht vorhandene nächtliche Betreuung durch mobile Dienstleistungsanbieter stellt hier ein großes Problem dar (Theobald 2016: 150).

„Ausdrücklich sind im deutschen Staatshaushalt keine Ausgaben für eine häusliche 24-Stunde-Pflege durch mittel- und osteuropäische Pflegekräfte vorgesehen. Im Bundeshaushalt 2016 sind allerdings für Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung 49.305.000 Euro bereitgestellt worden und 3.900.000 Euro für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden zudem allgemein die Leistungen für die häusliche Pflege um insgesamt 1,4 Milliarden Euro erhöht“ (Deutscher Bundestag 2016: 6).

#### **4.2. Migrantische Arbeitskräfte in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Da es in Deutschland keine offiziellen Zahlen zu den 24-Stunden-Betreuungskräften gibt und – laut Steiner et al. (2019:5) – zudem ein Teil der durch MigrantInnen geleisteten 24-Stunden-Betreuung unangemeldet erfolgt, ist eine quantitative Bestimmung der migrantischen Arbeitskräfte in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten sehr schwierig.

Berechnungen aus dem Jahr 2009 gingen davon aus, dass zwischen 100.000 und 145.000 Migrantinnen als 24-Stunden-Betreuungskräfte in Deutschland tätig waren. Dies entspricht einem Anteil von 6-8% der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen

(Theobald 2016: 154). Aktuellere Schätzungen gehen jedoch von etwa 300.000 bis zu 600.000 migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften in Deutschland aus (Steiner et al. 2019: 4f.).

Im Vergleich dazu waren 2019 insgesamt fast 800.000 Personen in Pflegeheimen (davon etwas über 230.000 in Vollzeit) und etwas über 420.000 Personen in mobilen Betreuungs- und Pflegediensten (davon rund 117.000 in Vollzeit) beschäftigt (Statistisches Bundesamt – Personal in Pflegeheimen und mobilen Diensten, <https://www.destatis.de/> Zugriff: 3.3.2021).

Die überwiegende Mehrheit der migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräfte kommt aus osteuropäischen EU-Ländern wie Polen, Tschechien, der Slowakei, Ungarn, Bulgarien und Rumänien (Theobald 2016: 153). Alleine 50% der migrantischen BetreuerInnen stammen aus Polen (Steiner et al. 2019: 5).

Theobald (2016: 153) führt die Beschäftigung von migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften in Deutschland nicht nur auf die unzureichende Langzeitpflegepolitik in Deutschland zurück, sondern sieht darin „auch einen Ausdruck neuartiger Migrationsbewegungen, wie sie durch die Transformationsprozesse in Osteuropa und die Öffnung der Grenzen entstanden sind. (...) Das 24-Stunden-Betreuungsarrangement hat sich in Deutschland erst nach 2000 etabliert, wobei insbesondere seit der EU-Erweiterung im Jahr 2004 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist“ (Theobald 2016: 153). So wurden auch die deutschen Vermittlungsagenturen meist nach der EU-Erweiterung zwischen 2004-2006 gegründet, „wobei sie die schon bestehenden informellen Netzwerke der Migrantinnen selbst ergänzt haben“ (Theobald 2016: 154).

Die stark wachsende Zahl von Vermittlungsagenturen belegt ebenfalls die zunehmende Bedeutung migrantischer 24-Stunden-Betreuung. Waren es laut Stiftung Warentest im Jahr 2009 ungefähr 60 Agenturen, betrug die Zahl 2017 bereits 266 (Steiner et al. 2019: 5). Ende 2017 recherchierten Steiner et al. (2019:5) 337 in Deutschland ansässige Agenturen, die im Internet eine 24-Stunden-Betreuung nach Frankfurt und darüber hinaus bewarben.

#### **4.3. Rekrutierung und Organisation der transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Ähnlich wie in Österreich, ist es auch in Deutschland nach Anzeigen wegen unangemeldeten osteuropäischen 24-Stunden-Betreuungskräften zur Jahrtausendwende zu ersten Regulierungsschritten gekommen (Theobald 2016: 155). Seit 2002 konnten Haushaltshilfen in Haushalten pflegebedürftiger Menschen aus verschiedenen osteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten (Polen, Ungarn, Tschechien, der Slowakei, Slowenien, Rumänien und Bulgarien) legal eingestellt werden. Die Regelung gestattete die Anstellung von MigrantInnen aus den genannten Ländern als unselbständig Beschäftigte, wobei die pflegebedürftigen Menschen oder deren Angehörigen ArbeitgeberInnen der Betreuungskräfte sind. Bei dieser Direktanstellung müssen die in

Deutschland gültigen arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen eingehalten werden (siehe dazu näher: weiter unten). Seit 2009 dürfen diese Haushaltskräfte auch „alltagspraktische Pflegehilfeleistungen“ übernehmen (Theobald 2016: 156). Mit der Öffnung des Arbeitsmarktes 2011 und 2014 wurde die unselbständige Beschäftigung von MigrantInnen aus diesen osteuropäischen Ländern zudem uneingeschränkt möglich. „Zur Förderung und Vereinfachung von Direkteinstellungen im Haushalt wurde die Beratung und Vermittlung durch den *Personalservice der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit* als gebührenfreie Dienstleistung eingeführt“ (Deutscher Bundestag 2016: 5).

Aufgrund der hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen einerseits und dem geringeren Nettoeinkommen für die migrantischen Betreuungskräfte andererseits wurden zwischen 2002 und 2010 insgesamt nur 12.000 Vermittlungen von unselbständigen Beschäftigungen vorgenommen. Im Vergleich dazu waren 2009 schätzungsweise bis zu 145.000 MigrantInnen in Privathaushalten tätig (Theobald 2016: 156).

*Vermittlungsagenturen*, die vor allem ab der EU-Erweiterung 2004 gegründet wurden, vermitteln auf Basis der EU-Entsenderichtlinie sogenannte „entsendete“ 24-Stunden-Betreuungskräfte von Dienstleistungsanbietern im EU-Ausland oder sie vermitteln selbständige 24-Stunden-BetreuerInnen aus dem EU-Ausland. „Die Entsenderichtlinie gestattet es Unternehmen, die im eigenen Land einen Dienstleistung ausführen zeitliche befristet Beschäftigte in andere EU-Mitgliedsländer zu schicken“ (Theobald 2016: 157). Dabei müssen die sozialrechtlichen Standards des Herkunftslandes eingehalten werden, betreffend Arbeitsrecht, Arbeitszeit und Mindestlohn gelten die deutschen Bestimmungen. Im Falle von selbständigen 24-Stunden-BetreuerInnen gelten diese nicht (siehe dazu näher: weiter unten).

Die Vermittlungsagenturen in Deutschland arbeiten dabei mit den Anbietern bzw. Agenturen in den osteuropäischen Herkunftsländern zusammen (Leiber et al. 2019: 384ff). So sind etwa „die polnischen und deutschen Agenturen zwar meist rechtlich voneinander unabhängig, aber mehr oder weniger stark auf Zusammenarbeit angewiesen. In der Regel arbeiten zwei Unternehmen arbeitsteilig zusammen – in Polen zur Rekrutierung der Arbeitskräfte, in Deutschland zur Akquise der KundInnen“ (Palenga-Möllenbeck 2021:111).

Laut Steiner et al. (2019: 5) arbeiten 70% der Vermittlungsagenturen mit dem Modell der Entsendung, aber auch die Vermittlung von selbständigen 24-Stunden-BetreuerInnen stellt eine gängige Variante dar (siehe dazu auch: Pflegekräfte aus Osteuropa für 24h-Betreuung; <https://www.24h-pflege-check.de/24h-betreuung/pflegekraefte-aus-osteuropa/>).

Wie die Literatur zeigt (Steiner et al. 2019:5; Theobald 2016: 157ff; Thüsing 2019), handeln Vermittlungsagenturen dabei in einem gesetzlichen „Graubereich“, vor allem aufgrund mangelnder Regulierung aber auch weil die Beschäftigungs- und Arbeitsrealitäten der migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräfte nicht mit den geltenden gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmen (siehe dazu näher: weiter unten).

#### 4.4. **Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Es gibt, wie bereits erwähnt, drei mögliche Beschäftigungsformen für migrantische 24-Stunden-Betreuungskräfte in Deutschland: die Direktanstellung von unselbständigen Betreuungskräften, die Beschäftigung einer in ihrem Herkunftsland bei einem Dienstleistungsunternehmen angestellten und nach Deutschland entsendeten Betreuungskraft oder ein Dienstleistungsvertrag mit einer selbständigen Betreuungskraft, die in ihrem Herkunftsland eine Gewerbe angemeldet hat (Thüsing 2019: 5).

Bei einer **Direktanstellung einer unselbständigen Betreuungskraft** im Privathaushalt muss ein Arbeitsvertrag zwischen dem pflegebedürftigen Menschen oder deren Angehörigen und der migrantischen Betreuungskraft abgeschlossen werden. Da der Arbeitsvertrag in Deutschland geschlossen wird, sind die in Deutschland geltenden Regelungen und Gesetze einzuhalten. Es müssen sowohl Sozialversicherungsbeiträge als auch die Lohnsteuer in Deutschland entrichtet werden. Weiteres bestehen Anspruch auf Urlaub sowie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, ebenso gelten das Arbeitszeitgesetz (maximal 8 bzw. 10 Stundentag/zwei BetreuerInnen wechseln sich ab, Ruhepausen, mindestens elf Stunden tägliche Ruhezeit, Einhaltung der Sonn- und Feiertagsruhe) und der Mindestlohn (Thüsing 2019: 59f.). Die Bestimmungen über Höchstarbeitszeiten gelten – laut dem Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages (2016: 7) – nicht für Betreuungs- und Pflegekräfte, „die mit den ihnen anvertrauten Personen in häuslicher Gemeinschaft leben. In diesen Fällen gibt es keine arbeitszeitlichen Einschränkungen“. Laut Thüsing (2019: 42) wird die Frage, ob auch Pflegekräfte in der 24-Stunden-Betreuung unter diese Ausnahme fallen, wie etwa SOS-Kinderdorf-MitarbeiterInnen, überwiegend verneint. Eine höchstrichterliche Klärung dieser Frage liegt allerdings bislang nicht vor. Damit würde das Arbeitszeitrecht auch auf im Haushalt beschäftigten 24-Stunden-Betreuungskräfte gelten (Thüsing 2019: 43). Thüsing (2019: 48) führt auch aus, dass eine enge Auslegung des Arbeitszeitgesetzes nicht mit dem ILO-Übereinkommen Nr. 189 – Übereinkommen über Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte – vereinbar ist, welches Deutschland am 20.0.2013 ratifiziert hat.

Mit 1. Januar 2015 wurde in Deutschland ein gesetzlicher Mindestlohn von 8,50 Euro eingeführt, seit Jänner 2021 beträgt dieser 9,50 Euro. Eine angestellte Pflege- und Betreuungskraft hat damit Anspruch auf Zahlung eines Arbeitsentgelts in Höhe von mindestens 9,50 Euro pro Stunde (Stand: 1.1.2021). „Eine Differenzierung nach der Intensität der Arbeitsleistung findet nicht statt. Zeiten der Arbeitsbereitschaft sowie des Bereitschaftsdienst sind arbeitszeitrechtlich als Arbeitszeit zu werten und dementsprechend auch mit dem Mindestlohn zu vergüten“ (Thüsing 2019:63). Thüsing (2019: 18) geht in seiner Berechnung von einem acht Stundentag und 27 Arbeitstage die Woche (6-Tage-Woche in Deutschland) aus. Somit würde der Mindestlohn einer für 40-Wochenstunden beschäftigten Pflege- und Betreuungskraft 2021 im Monat 2.052 Euro betragen. Wird von eine Arbeitszeit von 10-Stunden pro Tag ausgegangen, betragen die Kosten 2.565 pro Monat. Hiervon dürfen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung nicht abgezogen werden.

Diese arbeitsrechtlichen Regelungen sowie die Bestimmungen betreffend Mindestlöhnen gelten auch für angesellte Betreuung- und Pflegekräfte im sogenannte Entsendemodell (Thüsing 2019: 66).

Im Falle einer Entsendung besteht ein *Arbeitsverhältnis zwischen dem entsendenden Dienstleistungsanbieter im EU-Ausland und der entsendeten 24-Stunden-Betreuungskraft*. Das bedeutet, dass die Betreuungskraft beim ausländischen Anbieter angestellt und im deutschen Privathaushalt eingesetzten Betreuungskräfte ausschließlich dem Weisungsrecht des Arbeitgebers im Herkunftsland unterliegt. Der ausländische Anbieter und nicht die pflegebedürftigen Menschen bestimmen – zumindest theoretisch – Arbeitszeiten, Urlaub und die Ausführung der Tätigkeiten. Die Betreuungskraft muss in im Herkunftsland sozialversichert sein und dies in Deutschland vorweisen können. Obwohl das Arbeitsverhältnis im EU-Ausland besteht, gelten – wie bereits erwähnt – deutsche arbeitsrechtliche Regelung und Mindestlohnbestimmungen.

Ist der Tatbestand einer „zeitlich befristeten Tätigkeit im EU-Ausland“, wie es die Entsenderichtlinie vorsieht, nicht gegeben, gelten auch für diese Beschäftigungsverhältnisse die arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen vergleichbarer deutscher Dienstleistungsanbieter. Ob eine einfache zeitliche Rotation im Rahmen der Pendelmigration dem Kriterium der „zeitlichen Befristung“ entspricht ist – laut Theobald 2019: 157) – rechtliche umstritten (siehe dazu auch: Thüsing 2019: 69f.f.).

Laut dem Info- und Vermittlungsportal „24h-pflege-check.de“ spielt das Entsendemodell eine große Rolle und ist weit verbreitet, weil der private Haushalt bei entsandtem Betreuungspersonal nicht die Aufgaben und Pflichten eines Arbeitgebers übernehmen muss (Entsendung 24h-Betreuungskraft durch ausländisches Unternehmen, <https://www.24h-pflege-check.de/rechtsgrundlagen/beschaefigungsformen/entsendung/>).

*Selbstständige migrantische Betreuungskräfte* müssen ein Gewerbe im Herkunftsland anmelden, ihre Dienstleistung auf eigene Rechnung anbieten und im Herkunftsland sozialversichert sein. Zudem müssen sie sich in Deutschland beim zuständigen Einwohnermeldeamt registrieren und beim Gewerbeamt anmelden. Im Vorfeld des Dienstleistungsverhältnisses muss die selbstständige Betreuungskraft dem Betreuungsbedürftigen ein Angebot inklusive Zeitaufwand und Kosten unterbreiten. Der gegebenenfalls daraus resultierende Vertrag muss zweisprachig vorliegen (24h-Betreuung durch selbstständiges Personal aus dem Ausland; <https://www.24h-pflege-check.de/rechtsgrundlagen/beschaefigungsformen/selbststaendig/>).

„Die Kosten einer selbständigen 24-Stunden-Betreuungskraft sind generell frei verhandelbar, für eine legale und qualifizierte Betreuungskraft sollten erfahrungsgemäß mindestens 1.700 Euro einplanen werden“ (24h-Betreuung durch selbstständiges Personal aus dem Ausland; <https://www.24h-pflege-check.de/rechtsgrundlagen/beschaefigungsformen/selbststaendig/>).

Im Falle von selbständigen migrantischen Betreuungskräften besteht jedoch die Gefahr der Scheinselbstständigkeit (Thüsing 2019:7). Gefahr insofern – so Steiner et al. (2019:5), – „als dies stark von der jeweiligen Rechtsauslegung abhängt und je nach Interessenlage

diesbezüglich unterschiedliche juristische Interpretationen existieren“. In verschiedenen deutschen Gerichtsurteilen wurde die selbständige 24-Stunden-Betreuung als Scheinselbständigkeit bewertet, da wesentliche Kriterien der Selbständigkeit nicht gegeben sind, wie z.B. Tätigkeit für mehrere AuftraggeberInnen oder die Weisungsungebundenheit (Theobald 2016: 157). „Die Pflegekräfte wohnen in der Regel 24 Stunden bei dem Pflegebedürftigen im Haus, sind daher nur für einen Arbeitgeber tätig und erhalten zudem von diesen auch Weisungen bezüglich ihrer Arbeit. Es handelt sich daher fast immer um eine Scheinselbstständigkeit“ (Deutscher Bundestag 2016: 7).

„Bei einer genaueren Betrachtung der mit den EU-Richtlinien oder der nationalen Gesetzgebung verbundenen Bedingungen wird deutlich, dass diese in der Regel nicht mit einer 24-Stunden-Betreuung konform sind“ (Theobald 2016: 159).

Auch der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages (2016: 7) hält fest: „Es gibt nach wie vor keine klaren rechtlichen Regelungen zum Einsatz mittel- und osteuropäischer Pflegekräfte mit Ausnahme der allgemeinen arbeitsrechtlichen Vorschriften. In der Praxis arbeiten daher viele dieser Pflegekräfte ohne Rechtsgrundlage und somit ohne Arbeitsschutz, Kranken- oder Sozialversicherung“.

„Der Einsatz osteuropäischer Pflegekräfte in deutschen Haushalten wird dabei zuweilen als „grauer Markt“ bezeichnet: Die Betreuungskraft erbringt eine ihrem Wesen nach legale Dienstleistung, deren konkrete Ausgestaltung jedoch oftmals nicht mit geltenden Rechtsvorschriften vereinbar ist“ (Thüsing 2019: 12).

Dennoch heißt es z.B. auf dem Info- und Vergleichsportal „24-pflege-check.de“ „Der Einsatz [von osteuropäischen Pflegekräften] war eine Zeit lang eine rechtliche Grauzone, doch wer gewisse Voraussetzungen beachtet, kann heutzutage ohne Probleme osteuropäisches Pflegepersonal einsetzen“ (Pflegekräfte aus Osteuropa für 24h-Betreuung; <https://www.24h-pflege-check.de/24h-betreuung/pflegekraefte-aus-osteuropa/>)

#### **4.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

„Abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit umfassen die Aufgaben einer 24-Stunden-Pflegekraft nahezu alle Bereiche des täglichen Lebens. Dazu gehören Tätigkeiten der Grundpflege (Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Lagerung), Arbeiten im Haushalt (Unterstützung beim Kochen, Einkaufen etc.), Hilfestellung bei der Mobilisierung (Aufstehen, Gehen, Stehen etc.)“ (Pflegekräfte aus Osteuropa für 24h-Betreuung; <https://www.24h-pflege-check.de/24h-betreuung/pflegekraefte-aus-osteuropa/>). Das Info- und Vermittlungsportal „24h-pflege-check.de“ weist darauf hin, dass eine 24-Stunden-Pflege genau genommen „nur“ eine Betreuung ist, da gewisse Tätigkeiten ausschließlich von ÄrztInnen oder einem professionellen mobilen Pflegedienst durchgeführt werden dürfen, wie etwa die Gabe von Medikamenten, Verbandswechsel und Verabreichung von Injektionen (Aufgaben 24h-Pflege;

<https://www.24h-pflege-check.de/24h-betreuung/aufgaben-24h-pflege/>). Wie damit im Alltag tatsächlich umgegangen wird, bleibt allerdings offen bzw. gibt es vereinzelt Hinweise, dass auch diese Tätigkeiten von 24-Stunden-Betreuungskräften ausgeführt werden (müssen) (Schilgen et al. 2019: 4).

Wie bereits weiter oben ausgeführt, gelten im Falle einer Direktanstellung aber auch beim Entsendemodell grundsätzlich die Regelungen des deutschen Arbeitszeitgesetzes und die Mindestlohnbestimmungen. Hier dürfte es jedoch im Alltag zu nicht gesetzeskonformen Praktiken kommen. So wird z.B. das Info- und Vermittlungsportal „24h-pflege-check.de“ mit diesem Slogan geworben, um gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass eine tatsächliche Anstellung von 24 Stunden pro Tag nicht erlaubt ist. Da der Betreuungsbedarf in der Realität aber eher einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung entspricht, führt das Portal weiter aus, dass „aber unter Einhaltung bestimmter Kriterien eine Rufbereitschaft vereinbart werden kann“ (Entsendung 24h-Betreuungskraft durch ausländisches Unternehmen, <https://www.24h-pflege-check.de/rechtsgrundlagen/beschaefigungsformen/entsendung/>). Dieser Hinweis lässt die Arbeitszeitrealität erahnen, da die Rufbereitschaft nicht als Arbeitszeit gilt, sehr wohl aber Arbeitsbereitschaft bzw. Bereitschaftszeiten (Thüsing 2019: 53ff.). Laut Thüsing (2019: 49) sind Zeiten, die die Pflege- und Betreuungskraft in der Wohnung des pflegebedürftigen Menschen verbringen, „um im Bedarfsfall eine Pflegeleistung zu erbringen“, sehr wohl Bereitschaftszeit und sind somit auch als Arbeitszeit zu qualifizieren (Thüsing 2019:49). Laut einem Urteil des Arbeitsgerichtes Berlin aus dem Jahr 2019 müssen Vermittlungsagenturen bzw. Unternehmen, die von den Beschäftigten „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ verlangen, diese auch tatsächlich bezahlen, „denn auch Bereitschaftsdienst, so betont die Richterin, müsse grundsätzlich vergütet werden“ (DGB 2019).

Zeiten, die Pflege- und Betreuungskräfte während der Nachtruhe in der häuslichen Gemeinschaft verbringen, können – laut Thüsing (2019: 57) – „arbeitszeitrechtlich nur als Bereitschaftsdienst und damit als Arbeitszeit qualifiziert werden“. „Eine so verstandene 24-Stunden-Betreuung, also eine Betreuung „rund um die Uhr“ setzt damit eine Arbeitsbereitschaft auch während der nächtlichen Ruhezeit voraus. Dass ein solches Verständnis der 24-Stunden-Betreuung oftmals zugrunde liegt, zeigen die Angebote auf dem Markt angebotenen Modelle, die teilweise explizit einen Einsatz pro Nacht im Angebot aufführen“ (Thüsing 2019: 58).

Weiteres heißt es auf der Homepage des Info- und Vermittlungsportals „24h-pflege-check.de“, dass die Erholungszeiten und Freizeitgestaltung individuell abgesprochen werden können. Dies geschieht in Abhängigkeit vom Tagesrhythmus der pflegebedürftigen Person und den Betreuungsaufgaben. Ein Tag pro Woche oder zumindest zwei halbe Tage sollten im Optimalfall zur freien Verfügung stehen“ (Aufgaben 24h-Pflege; <https://www.24h-pflege-check.de/24h-betreuung/aufgaben-24h-pflege/>). Auch dies lässt Rückschlüsse auf die tatsächliche Gestaltung der Arbeitszeit zu.

„Kein bezahlter Urlaub, völlig entgrenzte Arbeitszeiten, keine selbstbestimmte Freizeit, kein Feierabend und kein Wochenende – so sieht der Alltag hunderttausender meist osteuropäischer Pflegekräfte aus, die von scheinbar seriösen Vermittlungsagenturen in

deutsche Seniorenhaushalte vermittelt werden“, so fasst der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB 2019) die Arbeitsrealität der 24-Stunden-Betreuungskräfte zusammen.

Steiner et al. (2019:5) weisen im Hinblick auf polnische 24-Stunden-Betreuungskräfte darauf hin, dass diese meist nicht auf Grundlage eines Arbeitsvertrages sondern eines zivilrechtlichen Vertrages (Dienst- und Werkvertrag) beschäftigt sind. Diese werden wie im Länderbericht Polen bereits ausgeführt, wegen ihres geringen arbeits- und sozialrechtlichen Schutzes auch als „Müllverträge“ bezeichnet.

Wie weiter oben beschrieben, beträgt der Monatslohn einer Betreuungskraft, die für 40 Wochenstunden, sechs Tage die Woche beschäftigt ist, auf Basis des Mindestlohens 2021 2.052 Euro, bei einer 48-Stundenwochen (im Falle, das sich zwei BetreuerInnen abwechseln und jeweils 10 Stunden pro Tag arbeiten) betragen die Kosten sogar 2.565. Auf dem Info- und Pflegeportal „24h-pflege-check.de“ wird aktuell davon ausgegangen, dass die monatlichen Kosten für eine entsendete Betreuungskraft in Abhängigkeit von den Deutschkenntnissen und den „tatsächlichen Pflege bzw. Betreuungsaufwand“ auf ca. 1.700 bis 2.600 Euro ausmachen (Entsendung 24h-Betreuungskraft durch ausländisches Unternehmen, <https://www.24h-pflege-check.de/rechtsgrundlagen/beschaeftigungsformen/entsendung/> Zugriff 15.3.2021).

Als Gründe für die Migration aus den osteuropäischen EU-Staaten werden in der Literatur wirtschaftliche Probleme, Arbeitsmarktschwierigkeiten, niedrige Sozialleistung (z.B. auch Pensionsleistungen) und eine allgemeine Perspektivenlosigkeit angeführt (Theobald 2016: 154). Befragte Migrantinnen selbst begründen die Pendelmigration u.a. damit, dass sie den Lebensunterhalt für ihre Familie im Herkunftsland bestreiten müssen oder ihren Kindern eine gute Ausbildung ermöglichen wollen. „Viele Migrantinnen betrachten diese Tätigkeit als vorübergehend und verbinden dies mit der Hoffnung, im Zuge der verbesserten Arbeitsmarktlage wieder eine adäquate Erwerbsmöglichkeit in den eigenen Herkunftsländern zu finden. Dies führt dazu, dass sie Arbeitsbedingungen akzeptieren, dies selbst unter den Standards in ihren Herkunftsländern liegen“ (Theobald 2016: 155).

Eine aktuelle qualitative Studie identifiziert arbeitsplatzbezogene Belastungen von migrantischen 24-Stunden-Betreuerinnen in deutschen Privathaushalten und stellt fest, dass ständige Verfügbarkeit, Schlaflosigkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte Teil der alltäglichen Belastungen sind (Schilgen et al. 2019: 5). Die interviewten 24-Stunden-Betreuungskräfte geben an, dass sie physisch und psychisch erschöpft und erhöht reizbar sind. Die körperlich anstrengende Arbeit und der täglich intensive Umgang mit teilweise schwer psychisch erkrankten Menschen führt zu starken Rückenbeschwerden und Depressionen (Schilgen et al. 2019: 4ff.). Unklare Rahmenbedingungen erschweren die Arbeitsbedingungen zusätzlich. Manche 24-Stunden-Betreuerinnen berichten, kein eigenes Zimmer zu haben und sich so in ihrer Privatsphäre eingeschränkt zu fühlen. Eine interviewte Betreuungskraft führt an, dass ihre täglich vorgesehenen Pausen bei der Tagesplanung nicht berücksichtigt wurden und so habe sie wochenlang ohne Pause gearbeitet. Mehrfach geäußert wird, dass sie Aufgaben

übernehmen müssen, die vertraglich nicht vereinbart wurden. Dazu gehören die Betreuung weiterer Familienmitglieder, pflegerische Tätigkeiten wie Medikamentengabe, Kochen für ein Familienfest, die psychosoziale Begleitung der Angehörigen oder der Fahrdienst für Familienmitglieder (Schilgen et al. 2019: 4).

Gleichzeitig berichten die interviewten 24-Stunden-Betreuungskräfte über positive Aspekte der Tätigkeit bzw. Ressourcen. Zu diesen zählen u.a.: das Erlernen von berufsspezifischen Kompetenzen, die Möglichkeit sich räumliche und emotionale distanzieren zu können, ein gutes Arbeitsklima (Dankbarkeit und Wertschätzung durch pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige, Unterstützung durch Pflegedienste), ihrer Motivation (finanzielle Unterstützung ihrer eigenen Familie im Herkunftsland, finanzielle Absicherung der eigene Person, Menschen helfen zu können) (Schilgen et al. 2019: 4).

Matuszczyk (2020: 56) stellt in einer aktuellen Publikation fest: „Ungeachtet der Verbesserung der finanziellen Situation polnischer Frauen, die in deutschen Haushalten arbeiten, wird dem Problem der Ausbeutung dieser Frauen durch deutsche Familien und Vermittler immer mehr Aufmerksamkeit in den Medien geschenkt, insbesondere im Hinblick auf 24-Stunden-Betreuung und Praktiken, die als ‚moderne Sklaverei‘ bezeichnet werden“ (Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin).

#### **4.6. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Thüsing (2019: 20) merkt an, dass es sich bei den in Deutschland im Bereich der häuslichen Pflege eingesetzt Pflege- und Betreuungskräfte nicht nur ausgebildete Fachkräfte arbeiten. „Vielmehr bezeichnet der Begriff „Pflegekraft“ verallgemeinernd alle Berufe und Beschäftigungen im Bereich der Pflege und Betreuung. Da „Pflegekraft“ nach deutschem Recht keine geschützte Berufsbezeichnung ist, lässt diese Bezeichnung keine Rückschlüsse auf die Qualifikation zu. Je nach Pflegebedarf werden von den Agenturen und Pflegedienstleistern Pflegekräfte mit unterschiedlichem Qualifikationsniveaus angeboten. Die Kosten hängen wiederum maßgeblich vom Qualifikationsniveau der eingesetzten Kraft ab“ (Thüsing 2019:20). Dieses Nebeneinander von ausgebildeten Pflegekräften und Betreuungskräften, die keinen pflegerischen Beruf erlernt haben, spiegelt auch eine Erhebung des Statistischen Bundesamts wider: So wurden in der mobilen Pflege im Jahr 2017 ungefähr 250.000 Pflegestellen (gemessen als Vollzeitäquivalent) von Personen besetzt, die zumindest eine medizinisch-pflegerische Ausbildung im weiteren Sinne erfolgreich durchlaufen haben. Dem standen ca. 140.000 Stellen (ebenfalls gemessen als Vollzeitäquivalent) gegenüber, die von Personen besetzt wurden, die entweder (noch) keinen Berufsabschluss (ca. 40.000) oder einen nicht-medizinisch-pflegerischen Berufsabschluss aufweisen (ca. 100.000) (Thüsing 2019: 20).

„Besondere Qualitätssicherungssysteme zum Schutz der Pflegebedürftigen bei einer 24-Stunden-Pflege gibt es in Deutschland nicht. Findet allerdings eine Vermittlung über die

Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit statt, erfolgt die Bewerbergewinnung durch langjährige Kooperationen mit europäischen Arbeitsverwaltungen, so dass eine gewisse Qualifizierung und Geeignetheit vor der Vermittlung geprüft wird“ (Deutscher Bundestag 2016: 6).

„Spezielle Kontrollmöglichkeiten der 24-Stunden-Beschäftigungsverhältnisse gibt es in Deutschland nicht. Es besteht aber, außer in den Fällen der Selbstständigkeit, eine arbeitsrechtliche Absicherung“ (Deutscher Bundestag 2016: 6).

„Staatliche Kontrollen zur Einhaltung der Beschäftigtenrechte gibt es nicht, denn im Grund ist das Modell politisch gewollt“, schreibt der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB 2019). Lutz/Amelina (2019: 117) sprechen von einer „komplizenhaften Mitwisserschaft“, denn offiziell bekämpft der deutsche Staat die undokumentierte Migration oder auch nicht rechtskonforme Beschäftigung von MigrantInnen, „im Falle der Altenpflegerinnen im Privathaushalt wird jedoch eher geschwiegen“ (siehe dazu auch: Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010: 425f.)



## 5. NIEDERLANDE

### 5.1. Organisation der Langzeitpflege in den Niederlanden

In den Niederlanden bestand bereits seit 1968 eine Pflichtversicherung für Langzeitpflege („Gesetz über außerordentliche Gesundheitsausgaben“, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*). Das AWBZ finanzierte qualitativ hochwertige – zunächst vor allem stationäre später dann auch mobile – Dienstleistungen und gehörte zu den großzügigsten, integrativsten und teuersten der Welt (Da Roit/van Bochove 2017:80). Ein individuelles Recht auf professionelle Pflege und zunehmend standardisierte Beurteilungs- und Zuteilungsverfahren führten bis in die erste Hälfte der 2000er Jahre zu einer starken Ausweitung der Deckung und der Ausgaben für die Langzeitpflege. Die Bereitstellung von Dienstleistungen wurde von einem großen gemeinnützigen Sektor unter staatlicher Finanzierung und Regulierung dominiert, während ein Marktsektor kaum existierte (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019:602). Das niederländische LTC-System integrierte Gesundheits-, Sozial- und Heimhilfetätigkeiten, Pflegekräfte übernahmen häufig verschiedenste Arten von Aufgaben, die von der Pflege über die Betreuung bis hin zur Unterstützung reichten (Da Roit 2018:62).

2014 betragen die Ausgaben für LTC-Leistungen mit 27,8 Mrd. Euro mehr als zwei Drittel der Ausgaben für das Gesundheitswesen (40,1 Mrd. Euro). (Van Ginneken/Korneman 2015:47). Das System finanzierte sich zum größten Teil über die AWBZ-Pflichtversicherungsbeiträge (12,7% des Einkommens bis zu einem Maximum von 4.220 Euro/Jahr) (Van Ginneken/Korneman 2015:47).

Bereits ab den 1990er Jahren wurden mehrere Reformen durchgeführt, mit dem Ziel die Kosten für Langzeitpflege einzudämmen und die Betreuung und Pflege älterer Menschen von den stationären Einrichtungen in die Haushalte zu verlagern und familiäre bzw. informelle Betreuung und Pflege zu fördern (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019: 603).

Mit der Einführung des *Sozialunterstützungsgesetzes* (*Wet maatschappelijke ondersteuning – Wmo*) im Jahr 2007 wurde zudem ein Teil der zuvor im Rahmen der nationalen Versicherung für Langzeitpflege gewährleisteten Leistungen – **Heimhilfe und Betreuung** – in den Verantwortungsbereich der Kommunen überführt (Da Roit/Le Bihan 2019:530). Hilfe bei der Führung des Haushaltes und Betreuung fielen damit nicht mehr unter die nationale AWBZ-Pflichtversicherung. Dies markiert – laut La Bihan (2018:62) – den Beginn der vertikalen und horizontalen Dezentralisierung des niederländischen LTC-Systems. Haushaltsarbeiten bzw. Heimhilfen wurden damit aus dem niederländischen LTC-System herausgelöst und zählt seither eher zur Reinigungsbranche (Da Roit 2018:69).

2015 kam es zu einer weiteren tiefgreifenden Reform der niederländischen Langzeitpflege. Kosteneinsparungen, die Eigenständigkeit der Menschen so lang als möglich zu erhalten und eine Verbesserung der Betreuungs- und Pflegequalität wurden

von der Regierung als zentrale Reformgründe angeführt (Van Ginneken/Korneman 2015:47). Laut Da Roit/Moreno-Fuentes (2019:603) soll mit der neuen LTC-Politik durch eine Beschränkung des Zugangs zur stationären Pflege bzw. einer Reduzierung formeller Unterstützungen erreicht werden, dass Familien und informelle Netzwerke stärker die Betreuung und Pflege übernehmen. Nur Leistungen für Menschen mit schwerwiegenden Einschränkungen und einem 24-Stunden Pflegebedarf oder für Menschen, die ständige Aufsicht brauchen, werden weiterhin durch ein nationales, aber stark eingeschränktes **Langzeitpflegegesetz** (*Wet langdurige zorg – Wlz*) abgedeckt. Diese Personen haben weiterhin Anspruch auf die Aufnahme in eine **stationäre Einrichtung** (oder unter bestimmten Umständen auf professionelle Pflege zu Hause).

Das Langzeitpflegegesetz (*Wlz*) stellt den neuen Hauptpfeiler des niederländischen Langzeitpflegesystems dar, allerdings mit einer wesentlich geringeren finanziellen Ausstattung als das alte *AWBZ* (2015: 9,65% Pflichtbeitragssatz bis maximal 3.241 Euro/Jahr). Für *Wlz*-Leistungen wurden im Jahr 2016 17,7 Mrd. Euro ausgegeben und etwas mehr als 270.000 Menschen erhielten *Wlz*-Leistungen (Kelders/De Vaan 2018:6).

Menschen mit geringerem Betreuungs- und Pflegebedarf fallen seither unter zwei andere Gesetze bzw. Systeme: **Häusliche Krankenpflege und Körperpflege** fallen nun in den Verantwortungsbereich der verpflichtenden aber privaten **Krankenversicherungen**. **Heimhilfe und andere Formen der häuslichen Unterstützung** sind im **Sozialunterstützungsgesetz** (*Wmo*) geregelt und fall in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen (Da Roit/Le Bihan 2019:530). Damit wurde der Prozess, der bereits 2007 begonnen hatte, abgeschlossen und ein wichtiger Teil der Langzeitpflege dem Regelungs- und Verantwortungsbereich der Kommunen übertragen. „Nach Ansicht der Regierung sind Kommunen besser in der Lage, maßgeschneiderte Lösungen anzubieten und die informelle Pflege zu fördern als dies durch das bisherige auf nationaler Ebene organisierte System möglich war“ (Van Ginneken/Korneman 2015:47, Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin). Kommunen untersuchen nun zunächst inwieweit der/die betreuungs- und pflegebedürftigen Personen selbst oder mit Hilfe familiärer Unterstützung, Unterstützung durch soziale Netzwerke oder auch Freiwilligenarbeit versorgt werden kann. Ist das nicht der Fall, oder nur in einem geringen Ausmaß möglich, dann besteht ein Anspruch auf *Wmo*-Leistungen (Ginneken/Korneman 2015:48).

Gleichzeitig sahen sich die Kommunen im Jahr 2015 mit einer 40-% Budgetkürzung seitens der Zentralregierung für die Bereitstellung mobiler Dienstleistungen konfrontiert. Diese versuchen, diese Kürzungen aufzufangen, indem sie die Zahl der Stunden, auf die die Klienten Anspruch haben, verringerten und Änderungen in der Organisation und im Angebot der häuslichen Dienstleistungen vornahmen. Kommunen fordern ihre Klientinnen auch auf, sich für diese Art der Unterstützung stärker auf ihre sozialen Netzwerke zu verlassen (Kelders/De Vaan 2018:9).

Die Gesamtkosten für *Wmo*-Betreuungs- und Unterstützungsleistungen beliefen sich im Jahr 2016 auf 4,8 Mrd. Euro; rund 2,1 Millionen Menschen nahmen sie in Anspruch (Kelders/De Vaan 2018:5).

Da die langfristigen Reformen stark durch budgetpolitische Erwägungen motiviert waren, sahen sich AnbieterInnen von sozialen Dienstleistungen einem verstärkten Druck ausgesetzt, die Preise so niedrig wie möglich zu halten, um kommunale Betreuungsverträge zu sichern. Um diesen Wettlauf nach unten zu verhindern (was auch negative Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und Unterstützung hatte), führte die Regierung 2017 eine Verordnung ein (*Algemene Maatregel van Bestuur, AMvB*), in der jene Faktoren festgelegt werden, die Kommunen bei der Festlegung eines "realistischen" Preises für *Wmo*-Dienstleistungen berücksichtigen müssen (Kelders/De Vaan 2018:10).

Das „**Persönliche Budget**“ (*persoonsgebonden budget – Pgb*), das bereits 1994/95 versuchsweise und dann ab 2000 auf nationaler Ebene eingeführt wurde, stellt eine Alternative zu Sachleistungen dar. Betreuungs- und pflegebedürftige Menschen, können unter bestimmten Umständen zwischen der Inanspruchnahme einer stationären Einrichtung, einer mobilen Dienstleistung oder einer Geldleistung wählen. Die Höhe „Persönliche Budget“ kann sehr unterschiedlich ausfallen und hängt vom Gesetz (*Wlz-Leistung* oder *Wmo-Leistung*) bzw. der Zuständigkeit (nationale Pflegeämter oder Kommunen), von der Pflegebedürftigkeit und einem einkommensabhängigen oder bedarfsabhängigen Selbstbehalt ab (Grootegoed/Knijj/Da Roit, 2010:470; <https://www.pgb.nl/>).

Das „Persönliche Budget“ dient entweder dazu informelle Betreuungs- und Pflegekräfte (einschließlich Angehörige) auf der Grundlage eines vereinfachten Arbeitsvertrags zu entschädigen oder Betreuung und Pflege von traditionellen gemeinnützigen oder marktwirtschaftlichen AnbieterInnen als „Kundinnen“ zu erwerben (Da Roit/Le Bihan 2019:525). 2008 bezahlten 43% Prozent der BudgetinhaberInnen eine Kombination, ein Drittel (36%) kaufte ausschließlich professionelle Pflege, und ein Fünftel (21%) beschäftigte ausschließlich informelle Pflegekräfte, einschließlich Angehörige. Pflegenden Angehörige wurden im niederländischen LTC-System damit zu bezahlten Care-ArbeiterInnen mit einem Arbeitsvertrag und müssen auch Steuern zahlen (Grootegoed/Knijj/Da Roit, 2010:469f.)

Mit der Einführung eines „Persönlichen Budgets“ sollte sowohl den Bedürfnissen der KlientInnen nach Wahlfreiheit und Selbstbestimmung als auch der Kosteneindämmung entsprochen werden (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019:602). Laut Da Roit/Moreno-Fuentes (2019:602) öffnete das *Pgb* den Betreuungs- und Pflegesektor für private UnternehmerInnen, neue Selbständige, neue Beziehungen in und die De-Professionalisierung der Pflegearbeit.

Trotz einer wachsenden Zahl von BudgetinhaberInnen blieben bis Mitte der 2000er jedoch die Sachleistungen das Rückgrat des niederländischen LTC-Systems (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019:602f.). 2010 wählten rund 20% der Anspruchsberechtigten eine Geldleistung (Van Ginneken/Korneman 2015:47). Steigende Kosten und die zunehmenden Sorgen um einen nicht sachgemäßen Gebrauch führten ab 2012 zu einer Neuregelung, die das *Pgb* auf Menschen mit sehr flexiblen Pflegebedürfnissen oder auf Menschen mit stabilem Betreuungsbedarf ausrichtete. Betreuungs- und pflegebedürftige Personen haben seither nur mehr denn Anspruch auf eine Geldleistung, wenn es keine Alternative dazu gibt bzw. Sachleistungen nicht ausreichen. Bei Verwendung eines

persönlichen Budgets sind ein Vertrag, in dem die zu erbringende Betreuung und Pflege beschrieben ist, und ein Budgetplan vorzulegen. Dieser Vertrag wird der „Sozialversicherungsbank“ (*Sociale Verzekerings Bank – SVB*) zur Verfügung gestellt, die die persönlichen Budgets seit 2012 verwaltet und die BetreuerInnen/PflegerInnen bezahlt (Ginneken/Korneman 2015:48).

Im Jahr 2017 nutzten rund 95.000 Personen ein persönliches Budget (<https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-persoonsgebonden-budget>). 2014, also vor der Dezentralisierung des LTC-Systems machten noch rund 120.000 Menschen von der persönlichen Budgetregelung Gebrauch. Laut Kelders/De Vaan (2018:6) haben sowohl die Kommunen als auch die regionalen Pflegeämter, die für die Implementierung des Langzeitpflegegesetzes verantwortlich sind, gewisse Vorbehalte gegenüber dem persönlichen Budgetsystem, weil es anfällig für unsachgemäßen Gebrauch ist und die Qualität der Versorgung schwieriger zu kontrollieren ist. Sie wenden daher immer strengere Regeln auf das Budget an. Dies hat dazu geführt, dass weniger KlientInnen Anspruch darauf haben.

## **5.2. (Migrantischen) Beschäftigten im mobilen LTC-Bereich und Privathaushalten**

2008 waren rund 163.000 Personen im mobilen Betreuungs- und Pflegesektor in den Niederlanden beschäftigt. Mit 90.000 waren die Haushaltshilfen (so genannte "Alfa-Hilfen") am zahlreichsten. Die Zahl der mobilen, persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte (Heimhilfen und PflegeassistentInnen) wurde auf 61.000 geschätzt. 13.600 waren HauskrankenpflegerInnen. Ein sehr großer Anteil dieser mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte arbeitet Teilzeit und ist weiblich. Eine große Mehrheit (89 % im Jahr 2005) wird vor einer Organisation beschäftigt und bezahlt (Genet/Boerma 2013: 202).

Die Debatte über die grundlegende LTC-Reform im Jahre 2015 befasste sich mit den Folgen für pflegebedürftige Menschen und ihre Familien, berührte aber kaum die Konsequenzen für die Betreuungs- und Pflegearbeitskräfte. Der mögliche Verlust von Arbeitsplätzen und deren abnehmende Qualität wurden als „unvermeidliches Übel“ bezeichnet (Da Roit 2018:66f.).

Die Kürzungen und Umstrukturierungen wirkten sich jedoch auf die Quantität und Qualität der Arbeitsplätze im Langzeitpflegebereich aus. So schrumpfte die Zahl der Beschäftigten in diesem Bereich zwischen 2012 und 2016 um 10% bzw. von 426.500 auf 393.700 Beschäftigte (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019:603). Außerdem gibt es mehr selbständige Betreuungs- und Pflegekräfte sowie Anzeichen für zunehmende Arbeitsplatzinstabilität, Segmentierung des Betreuungs- und Pflegearbeitsmarktes zwischen mehr und weniger professionalisierten und geschützten Teilssektoren (Da Roit, 2018:67). Im Bereich der Langzeitpflege von älteren Menschen waren selbständige Betreuungs- und Pflegekräfte sehr selten. Zwischen 2009 und 2013 verdoppelten sie sich jedoch und machten bereits 11.000 Beschäftigte aus (Da Roit 2018:67).

Selbständige Erwerbstätigkeit betrifft bis dahin vor allem Arbeitskräfte die reine Hausarbeit („Alfa“-Hilfen) leisten und direkt von den KundInnen beschäftigt werden. Dieser Arbeitsmarktbereich ist in den Niederlanden wenig reguliert und beschäftigt auch viele (undokumentierten) MigrantInnen (Da Roit 2018:70)

Obwohl – laut Da Roit/van Bochove (2017:77) – die Forschung gezeigt hat, dass viele (undokumentierte) MigrantInnen auf dem kommerziellen und weitgehend unangemeldeten Markt der Haushaltsdienstleistungen beschäftigt sind, sind MigrantInnen in der Betreuungs- und Pflegearbeit unterrepräsentiert, sowohl in formalen Betreuungs- und Pflegeorganisationen als auch in einzelnen Haushalten. Da pflegebedürftige Menschen in den Niederlanden Anspruch auf öffentlich finanzierte Dienstleistungen haben, sind sie weniger stark auf privat eingekaufte Betreuung und Pflege, einschließlich privater Betreuungs- und Pflegearbeit von MigrantInnen, angewiesen.

Laut *ActiZ* (eine der großen Interessensvertretungen der ArbeitgeberInnen im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege) ist in den Niederlanden nur ein sehr geringer Zustrom von migrantischen LTC-Pflegekräften zu verzeichnen. Es erweist sich als sehr schwierig diese in das niederländische Gesundheitssystem zu integrieren. Migrantische Pflegekräfte erfüllen häufig nicht die Qualifikationsanforderungen oder bestimmte Standards, um in diesem Sektor beschäftigt zu werden (Van der Graaf/Maas 2020:5).

Laut Da Roit/van Bochove (2017:82) beträgt die Gesamtzahl der privaten, migrantischen PersonenbetreuerInnen, die in niederländischen Privathaushalten leben und dort Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringen, nur einige Hundert. Es handelt sich daher (noch) um ein Randphänomen, das jedoch im Steigen begriffen ist.

Die migrantische Betreuungs- und Pflegekraft, die im gemeinsamen Haushalt lebt, ist in den Niederlanden ein Ersatz für zu teure mobile Betreuung und Pflege und weniger ein Ersatz für familiäre bzw. eine Ergänzung zur familiären Pflege, wie etwa in Italien und Österreich (Da Roit/van Bochove (2017:84). So fällt die Entstehung eines migrantischen Betreuungs- und Pflegemarktes in den Niederlanden genau mit den LTC-Reformen ab Mitte der 2000er Jahre zusammen, die dazu geführt haben, dass immer mehr ältere Menschen mit schwerem Pflegebedarf, die vorher in Heimen untergebracht worden wären, nun länger zu Hause bleiben (siehe dazu auch die Entwicklung in Schweden). Da Roit/van Bochove (2017:87) führen auch an, dass die (wahrgenommene) sich verschlechternde Qualität der stationären Pflegedienste und der politische Diskurs über „Empowerment“ und „Wahlfreiheit“ sowie der Betonung des Konzeptes „zu Hause alt werden“ auch dazu führen, dass nicht nur weniger stationäre Pflegeplätze zur Verfügung stehen, sondern eine Unterbringung in einem Heim – im Gegensatz zu früher – auch immer weniger wünschenswert scheint.

Ein migrantischer, privater Betreuungs- und Pflegemarkt hat sich in den Niederlanden, trotz strenger Migrations- und Beschäftigungsregulierung und klarer Regeln betreffend die Ausgaben des *Pgb* entwickelt, weil die zur Verfügung stehenden Alternativen zu teuer sind. In den Niederlanden gibt es zwar Organisationen, die (private) häusliche Pflegedienste rund um die Uhr anbieten. Dabei wohnen die Pflegekräfte nicht im Haushalt

mit den KundInnen, sondern die Organisationen koordinieren die Arbeit von zwei bis drei Fachleuten in Schichten. Bei den Pflegekräften handelt es sich oft um freiberuflich oder selbständig tätigen, niederländischen oder anderen ortsansässigen Fachkräfte. Die Kosten für eine derartige 24-Stunden-Betreuung/Pflege belaufen sich allerdings auf bis zu 12.000 Euro/Monat, wenn die Arbeit von offiziellen mobilen Betreuungs- und Pflegediensten organisiert wird (Da Roit/van Bochove 2017:88).

### **5.3. Rekrutierung und Organisation der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Die niederländischen Agenturen, die von Da Roit/van Bochove (2017:82) untersucht wurden, rekrutieren alle Betreuungs- und Pflegekräfte nur aus EU-Mitgliedsländern, vor allem aus Mittel- und Osteuropa. Seit Mitte der 2000er Jahre aus der Slowakei, Ungarn und Polen, als diese Länder der EU beigetreten sind, und nach der EU-Erweiterung auch aus Rumänien. In den letzten Jahren kommen diese zunehmend auch aus Griechenland und Portugal (Van der Graaf/Maas 2020:6).

Einige BetreuerInnen pendeln zwischen den Niederlanden und dem Herkunftsland, andere bleiben für einen längeren ununterbrochenen Zeitraum in den Niederlanden. Die meisten Frauen sehen ihren Aufenthalt in den Niederlanden als eine finanzielle Investition für eine Zukunft im Herkunftsland; einige wenige möchten sich dauerhaft in den Niederlanden niederlassen (Van der Graaf/Maas 2020:7).

Die meisten Betreuungs- und Pflegekräfte sind Frauen, und obwohl ihr Alter zwischen 20 und 60+ schwankt, ist die Mehrheit, laut Aussage der Agentur-ManagerInnen, in den Vierzigern. Sehr viel sind als KrankenpflegerInnen oder Pflegehelferinnen ausgebildet. Einige der Frauen arbeiteten zuvor bereits als PersonenbetreuerInnen in Privathaushalten in anderen Ländern. Die meisten Betreuungs- und Pflegekräfte kehren regelmäßig nach Hause zurück, die Pendelmigration scheint die Norm (Da Roit/van Bochove 2017:83)

Während Agentur-ManagerInnen berichten, dass Mundpropaganda immer wichtiger wird, erfuhren die meisten ihrer derzeitigen KundInnen durch Anzeigen in Zeitungen und über die Websites der Organisationen von den Dienstleistungen der Agenturen (Da Roit/van Bochove 2017:83).

Migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in niederländischen Privathaushalten werden hauptsächlich von Agenturen rekrutiert und vermittelt. Diese verwalten dabei nicht nur das Beschäftigungsverhältnis zwischen den KlientInnen und den Betreuungs- und Pflegekräften, sondern bieten zudem eine gewisse Ausbildung und Betreuung der Beschäftigten an. Beschäftigungen außerhalb der Agenturen scheint nur äußerst selten vorzukommen (Da Roit/van Bochove 2017:83).

Die meisten niederländischen Agenturen für migrantische Betreuungs- und Pflegearbeit arbeiten mit lokalen Organisationen in den Herkunftsländern zusammen, die die Betreuungs- und Pflegekräfte rekrutieren und auswählen. Es gibt verschiedene Vertragsmodelle. In einem Modell werden die Gehälter der BetreuerInnen von der Organisation in den Herkunftsländern (z.B. Slowakei) gezahlt. KundInnen zahlen ihre

Gebühren entweder direkt an diese ausländischen Agenturen, die dann die niederländischen Organisationen und damit die Betreuungs- und Pflegekräfte bezahlen, oder die KundInnen zahlen an die niederländische Organisation, die dann einen Teil des Geldes an die ausländische Agentur überweist. In diesem Modell handelt es sich bei den Betreuungs- und Pflegekräften um so genannte "entsandte ArbeitnehmerInnen", die in einem EU-Mitgliedstaat beschäftigt sind, aber von ihren ArbeitgeberInnen vorübergehend zur Ausführung von Arbeiten in einen anderen Mitgliedstaat entsandt werden. Bei einem anderen Modell werden die Betreuungs- und Pflegekräfte direkt von den niederländischen Agenturen beschäftigt und bezahlt (Da Roit/van Bochove 2017:84f.).

#### **5.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Das niederländische „Persönliche Budget“ sieht als Alternative zu Dienstleistungen recht großzügige Geldleistungen vor. Allerdings müssen die Begünstigten ihre Ausgaben rechtfertigen. Infolgedessen wird der Rückgriff auf schlecht bezahlte, informelle Arbeitskräfte stark erschwert. Da Roit/van Bochove (2017:81) gehen auch davon aus, dass recht gut regulierte Migrationsströme und Beschäftigungsformen sowie hohe soziale Erwartungen an die Qualität und Professionalisierung der Versorgung der Entwicklung der migrantischen 24-Stunden-Betreuung entgegenwirken.

Mit dem „Persönliche Budget“ (*Pgb*) können betreuungs- und pflegedürftige Personen eine mobile Betreuung und Pflege zu Hause finanzieren. Je nachdem wer diese Dienstleistungen erbringt, sind die betreuungs- und pflegedürftige Personen ArbeitgeberInnen der mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte oder KundInnen von privaten Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen oder selbständigen/freischaffenden DienstleisterInnen.

Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Modellverträgen, die von der „Sozialversicherungsbank“ zur Verfügung gestellt werden. Arbeitsverträge mit mobilen, privaten Betreuungs- und Pflegekräften oder auch Angehörigen und Vereinbarungen mit professionellen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen oder auch selbständigen/freischaffenden DienstleisterInnen. Je nachdem, ob es sich um *Pgb* auf Basis von nationalen *Wlz*-Leistungsansprüchen oder kommunalen *Wmo*-Leistungsansprüchen handelt, unterscheiden sich die Modellverträge zudem (<https://www.svb.nl/nl/pgb>).

Mobile, private Betreuungs- und Pflegekräfte mit einem Arbeitsvertrag für weniger als vier Tage pro Woche haben nur teilweise Rechte, wie Urlaub, Krankengeld und Mindestlohn. Vollständig ins Arbeits- und Sozialrecht einbezogen sind nur bezahlte BetreuerInnen, die mehr als drei Tage pro Woche arbeiten, unter der Bedingung, dass die Steuerbehörde den „formalen“ Charakter des Arbeitsverhältnisses anerkennt. Da dies nur selten der Fall ist, werden die meisten vertraglichen Beziehungen von den niederländischen Sozialversicherungs- und Steuersystemen nicht als vollwertige Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen anerkannt. Infolgedessen bauen etwa die

meisten pflegenden Angehörigen, die im Rahmen des *Pgb* unter Vertrag stehen, keinen Pensionsanspruch auf und kommen nicht in den Genuss anderer arbeitsbezogener Sozialversicherungsrechte (Grootegoed/Knijjn/Da Roit, 2010:470).

Ein Arbeitsvertrag bzw. eine Betreuungsvereinbarung enthält: die Art der Betreuung und Pflege, die erbracht wird, die Arbeitszeiten, den Stundensatz, die Kosten (im Falle von Betreuungsvereinbarung) oder den Arbeitslohn (im Falle von Arbeitsvertrag). Er kann auch Vereinbarungen z.B. über Urlaubsgeld und Feiertage, Reisekosten, Probezeit und Kündigungsfrist enthalten.

Private Betreuungs- und Pflegekräfte, die mit einem Arbeitsvertrag beschäftigt sind, haben Anspruch auf den Mindestlohn und 8% Urlaubsgeld. Dies gilt nicht, wenn eine Betreuungsvereinbarung mit einer Einrichtung oder einer freischaffenden oder selbständigen Pflegekraft besteht. In diesem Fall gibt es keine Mindestlohnregelung.

Wie hoch der Mindestlohn ist, hängt vom Alter der Betreuungs- und Pflegekraft ab. Das Urlaubsgeld wird direkt mit dem Stunden- oder Monatslohn gezahlt. Es wird daher mit jeder Zahlung bezahlt und nicht für eine spätere Zahlung zurückgestellt.

Derzeit beträgt der Mindeststundenlohn (bei einer 36 Stundenwoche) für Personen über 21 Jahre 10,60 Euro, inklusive Urlaubsgeld 11,45 Euro, der Mindestmonatslohn beträgt 1.653,60 Euro, inklusive Urlaubsgeld 1.785,85 Euro (<https://www.svb.nl/nl/pgb/een-zorgovereenkomst-afsluiten/bedragen-minimumlonen-vanaf-1-januari-2020>).

Neben dem Mindestlohn werden auch Höchstsätze festgelegt. Im Rahmen der *Wlz*-Verordnung beträgt der Höchstsatz für professionelle Betreuungs- und Pflegedienstleister (im BIG-Register angeführt), der aus dem *Pgb* bezahlt werden kann, 63 Euro/Stunde. Informelle oder private Betreuungs- und Pflegekräfte erhalten maximal 20 Euro/Stunde.

Die Kommunen legt Höchstsätze für die *Wmo*-Betreuung und Pflege fest, die aus dem *Pgb* bezahlt werden können. Diese Sätze sind je nach Kommunen unterschiedlich (<https://www.pgb.nl/>)

Laut *Wlz*-Verordnung darf eine Betreuungs- und Pflegekraft (auf Basis einer Betreuungs-/Pflegevereinbarung) nur maximal 40 Stunden pro Woche arbeiten, da die Qualität der Versorgung gewährleistet sein muss (<https://www.pgb.nl/>)

Auf Basis eines Arbeitsvertrages dürfen die Arbeitsstunden nicht mehr als 12 Stunden pro Tag und nicht mehr als 48 Stunden pro Woche betragen (<https://www.svb.nl/nl/pgb>).

### **5.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Im Bereich der Haushaltshilfen nehmen flexible Verträge auf Kosten der unbefristeten Verträge zu. Im Gegensatz dazu sind im Bereich der mobilen, persönlichen Betreuung und Pflege unbefristete Arbeitsverträge üblich. Arbeitsbedingungen und Bezahlung für Betreuungs- und Pflegekräfte werden auf nationaler Ebene in Kollektivverträgen festgelegt. Die Gehälter von mobilen HauskrankenpflegerInnen liegen um den

Medianlohn, während die Gehälter von mobilen, persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften darunter liegen (Genet/Boerma 2013: 202).

Der tatsächliche Stundenlohn, der den mobilen, privaten BetreuerInnen und PflegerInnen gezahlt wird, variiert erheblich und wird zwischen den BudgethalterInnen und den BetreuerInnen/PflegerInnen ausgehandelt. Darüber legen die BudgethalterInnen die Arbeitstage und -stunden sowie die spezifischen Aufgaben fest (Grootegoed/Knijf/Da Roit, 2010:470).

Die meisten migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten in den Niederlanden scheinen nach einem Zeitplan zu arbeiten, der die maximale Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden begrenzt. Sie arbeiten entweder an fünf Tagen in der Woche etwa sechs oder sieben Stunden pro Tag, oder an sieben Tagen, aber mit weniger Stunden pro Tag. Wenn Personen eine 24-Stunden-Betreuung benötigen, teilen sich oft zwei BetreuerInnen die Arbeit: Die eine arbeitet z.B. bis 3 Uhr morgens, dann übernimmt die andere (Da Roit/van Bochove 2017:85).

Die privaten, migrantischen BetreuerInnen und PflegerInnen, die im Haushalt leben, helfen häufig bei der persönlichen Pflege und der Hausarbeit. Laur Van der Graaf/Maas (2020:6) leistet sie zwischen dreißig und vierzig Stunden pro Woche.

Agenturen berechnen ihren KundInnen in der Regel rund 2.500 Euro pro Monat. Dies ist eine Folge der Anwendung des Mindestlohngesetzes, der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge und vor allem der Agenturkosten. Die meisten Manager – auch diejenigen, die die Gehälter nicht selbst zahlen – geben an, dass die migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte den niederländischen Mindestlohn oder höher erhalten (der derzeitige Mindestlohn für Arbeitgeber ab 23 Jahren liegt knapp unter 1.500 € brutto pro Monat) (Da Roit/van Bochove 2017:85). Allerdings besteht die Möglichkeit, dass MigrantInnen angesichts der viel niedrigeren Löhne in ihren Herkunftsländern auch eine Bezahlung unter dem Mindestlohn akzeptieren (King-Dejardin 2019:101).

Ein Problem ist, dass KundInnen und ihre Angehörigen sich oft mehr erwarten als die migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte – laut Vertrag – leisten müssen. Da Roit/Van Bochove (2017:86) berichten, dass sich manche Angehörige einerseits über die freie Zeit am Wochenende oder Urlaubstage beschweren und erwarten, dass sie auch an diesen Tagen Unterstützung erhalten. Andererseits wird erwartet, dass die migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte alle Bedarfe der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen abdecken. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Bereitstellung medizinischer Behandlung. Gemäß dem Gesetz über die einzelnen Gesundheitsberufe (*Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg – BIG*), dürfen nur KrankenpflegerInnen mit einer BIG-Registrierung medizinische Leistungen erbringen. Die meisten migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte sind nicht im BIG-Register eingetragen und gelten daher als Pflegehilfskräfte. Es scheint jedoch, dass es in der Verantwortung der KundInnen (und ihrer Angehörigen) liegt, in Absprache mit den Betreuungs- und Pflegekräften zu entscheiden, welche Leistungen erbracht werden können und welche nicht. Dies wird dann z.B. von den Agenturen im Vertrag mit den KundInnen festgehalten (Da Roit/van Bochove 2017:86f.).

Für die Migranten sind diese Arbeitsplätze akzeptabel, weil sie besser bezahlt werden als Arbeitsplätze, die in ihrem Herkunftsland verfügbar sind (Da Roit/van Bochove 2017:78).

### **5.6. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Ähnlich wie informelle BetreuerInnen, NachbarInnen, Studentinnen, die bereit sind, im Rahmen spezifischer Arbeitsvereinbarungen Betreuungs- und Pflegeaufgaben zu übernehmen, müssen auch migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte, die über ein *Pgb* eingestellt werden, kein spezifisches Ausbildungsprofil oder andere formale Anforderungen erfüllen. Die Ausgaben des *Pgb* müssen nur gerechtfertigt werden (Da Roit/van Bochove 2017:88).

In den letzten Jahren hat das *Inspektorat für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung* dieser Form der Betreuung im Rahmen des Programms „Bekämpfung von Scheinkonstruktionen und Einhaltung von Tarifverträgen“ besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Inspektorat betrachtet die 24-Stunden-Betreuung als einen risikoreichen Sektor, da sich die Betreuungskräfte in einer abhängigen und isolierten Position befinden und möglicherweise nicht frei über ihre eigene Zeit verfügen können (Van der Graaf/Maas 2020:7)

## 6. SCHWEDEN

### 6.1. Organisation der Langzeitpflege

Schweden verfügt über ein umfassendes öffentliches LTC-System für ältere Menschen. Das Leitprinzip der schwedischen LTC-Politik ist die **Bereitstellung öffentlich finanzierter, allgemein verfügbarer Dienstleistungen**, die von allen hilfebedürftigen Personen unabhängig von finanziellen und familiären Ressourcen genutzt werden können (Schön/Heap 2018:5). Dieser universelle Zugang ist auf nationaler Ebene durch die Gesetzgebung festgelegt (Szebehely/Meagher 2018:297). Die Bereitstellung von LTC-Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erfolgt jedoch dezentral. Kommunen sind sowohl für die stationäre als auch mobile Betreuung und Pflege (Schön/Heap 2018:4), Provinzen bzw. Regionen für Gesundheit und medizinische Versorgung zuständig (Schön/Heap 2018:5).

Alle hilfebedürftigen Personen haben Anspruch auf Gesundheits- sowie Betreuungs- und Pflegeleistungen. Der Zugang basiert auf einer Bedarfsanalyse und nicht auf einer Bedürftigkeitsprüfung. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jedoch nicht auf nationaler Ebene geregelt. Kriterien für den Anspruch, das Leistungsniveau und das Spektrum der angebotenen Dienstleistungen (sowohl für die mobile als auch für stationäre Betreuung und Pflege) werden auf Ebene der Gemeinden festgelegt (Schön/Heap 2018:5). Aufgrund starker Unterschiede in den lokalen sozio-politischen Traditionen, wirtschaftlichen und politischen Kontexten der Kommunen, gibt es große Unterschiede bei den Pro-Kopf-Ausgaben für die Betreuung und Pflege älterer Menschen und entsprechend große Unterschiede bei der Bereitstellung von Dienstleistungen (King-Dejardin 2019:74).

Sowohl Gesundheits- als auch Betreuungs- und Pflegedienstleistungen werden vor allem durch Steuermittel finanziert (Schön/Heap 2018:5). Dennoch gibt es auch Selbstbehalte, die in Schweden sehr niedrig sind und in etwa 5% der Gesamtkosten betragen. Der Selbstbehalte ist gedeckelt und einkommensabhängig (Szebehely/Meagher 2018:298).

Im Jahr 1992 übertrug die sogenannte Ädel-Reform die Hauptverantwortung für die Betreuung und Pflege älterer Menschen auf die Kommunen und bot finanzielle Anreize, um die Zahl der Krankenhausaufenthalte älterer Menschen zu verringern (King-Dejardin 2019:74). Diese Reform führte über mehrere Jahrzehnte u.a. zu einer bedeutenden **Reduzierung von stationären Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen** (Schön/Heap 2018:5). Dabei hat sich die nationale Gesetzgebung, die das Recht auf Betreuung und Pflege gewährt, nicht geändert, aber die Kriterien für die Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegediensten für ältere Menschen wurden auf lokaler Ebene verändert und verschärft. Laut Szebehely/Meagher (2018:297) ist dies als Reaktion auf den tatsächlichen oder zu erwartenden finanziellen Druck, der durch

Finanzkrisen, die Alterung der Bevölkerung und den Ressourcenwettbewerb mit Programmen für soziale Gruppen mit stärkerem Rechtsschutz wie jüngere Behinderte zu sehen.

So wurden seit Anfang der 2000er Jahre rund 30% der Betten für pflegebedürftige ältere Menschen in, stationären Einrichtungen abgebaut. Dieser Abbau führte in der Praxis dazu, dass nur mehr die am stärksten hilfebedürftigen älteren Menschen Zugang zu stationären Einrichtungen haben (Schön/Heap 2018:4).

Die Reduktion stationärer Angebote wird von ExpertInnen als Teil eines Trends zur De-Institutionalisierung im schwedischen LTC-System beschrieben (Schön/Heap 2018:7; Szebehely/Meagher 2018; Anttonen/Karsio 2017). Die Reduzierung führte u.a. dazu, dass nun mehr hilfebedürftige, ältere Menschen auf mobile Betreuung und Pflege angewiesen sind (Celik 2020:5; 23f.). Lebten Mitte der 90er Jahre noch fast 24% der über 80-Jährigen in stationären Einrichtungen (23% erhielten mobile Betreuung und Pflege) reduzierte sich ihr Anteil bis 2017 auf 12,2%. Nachdem der Anteil der mobilen Betreuung und Pflege bis Anfang 2000 ebenfalls sank (auf rund 18%), stieg er bis 2017 – entsprechend der politischen Zielsetzung „Pflege daheim“ – wieder auf 22% an (Schön/Heap 2018:7).

Eine 2014 durchgeführte Umfrage, zeigte, dass eine Mehrheit der SchwedInnen dennoch eine stationäre Betreuung und Pflege eine mobile Dienstleistung vorziehen würde, wenn sie mehr als zweimal täglich Hilfe benötigen (Szebehely/Meagher 2018:300).

Laut einer Studie der Gewerkschaft der Kommunalbediensteten (Kommunal) sind acht von zehn Personen, die in der Betreuung und Pflege alter Menschen arbeiten der Meinung, dass älteren Menschen zu spät eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung gewährt wird. Ältere Menschen, die in eine stationäre Einrichtung umziehen, sind somit älter und kränker. Dies stellt das Personal vor besondere Anforderungen (Celik 2020:5).

Darüber hinaus kam es auch zu einer **Verschiebung bei der Zuweisung mobiler Betreuungs- und Pflegedienstleistungen**: Menschen mit höherem Bedarf erhalten umfassendere Dienstleistungen, während die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit weniger Bedarf mobile Betreuung und Pflege erhalten, geringer geworden ist (Schön/Heap 2018:6). Sowie auch in anderen nordischen Ländern wurde die mobile Betreuung und Pflege unter der Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen stärker auf diejenigen mit dem größten Bedarf bzw. auf persönliche Pflege statt auf häusliche Dienstleistungen ausgerichtet (Szebehely/Meagher 2018:300).

Neben der De-Institutionalisierung zeichnet sich das schwedische LTC-System in den letzten Jahren durch eine stark **Vermarktlichung bzw. Privatisierung** (d. h. private Bereitstellung von öffentlich finanzierter Betreuung und Pflege) aus (siehe dazu näher: Anttonen/Karsio 2017). Diese Entwicklung erfolgt unter dem Motto eines verstärkten Wettbewerbs, einer erhöhten Wahlfreiheit und stärkeren Vielfalt im Leistungsangebot und wurde durch mehrere gesetzlichen Änderungen ermöglicht (Szebehely/Meagher 2018:301f.). 2007 wurden mit der Reform des Gesetzes zur öffentlichen Beschaffung marktfreundliche Regelungen eingeführt (Anttonen/Karsio 2017:226). 2009 wurde das Gesetz über die Wahlfreiheit im öffentlichen Sektor beschlossen. Dieses Gesetz markierte

eine sehr deutliche Verschiebung vom Outsourcing-Modell hin zu einem KundInnen-Wahlmodell (Anttonen/Karsio 2017:226). Demnach sind seit 2010 alle Provinzen bzw. Regionen verpflichtet, Wahlfreiheit für die PatientInnen einzuführen, Einrichtung von Primärversorgungskliniken durch zugelassene private Anbieter zuzulassen und deren Dienstleistungen aus Steuereinnahmen zu finanzieren. Dies hat zu einem dramatischen Anstieg an gewinnorientierten Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen sowie mobilen Dienstleistungen geführt. Diese Reform ermöglicht es Regionen und Kommunen Dienstleistungen an private Anbieter auszulagern. Heute ist der LTC-Sektor stark dereguliert, wird aber weiterhin öffentlich finanziert (Schön/Heap 2018:6; Szebehely/Meagher 2018:301).

In Schweden lag der Anteil der privater bzw. marktorientierten Betreuungs- und Pflegedienstleistungen für ältere Menschen, gemessen am Anteil der Beschäftigten im privaten Sektor, Anfang der 1990er Jahre bei 3%. Nach über 20 Jahren lagen die entsprechenden Zahlen bei 24% in der mobilen Betreuung und Pflege (gemessen in Stunden) und etwa 20% in der stationären Betreuung und Pflege (gemessen in Betten). Dabei ist der Präsenz privater, gewinnorientierter Unternehmen im schwedischen Betreuungs- und Pflegedienstleistungssektor für ältere Menschen von fast null auf ein Fünftel aller Dienstleistungen angestiegen (Anttonen/Karsio 2017:228).

Darüber erlaubt die „Wahlfreiheit“ privaten (aber nicht öffentlichen) Dienstleistern **Zusatzdienste** anzubieten, die ältere Menschen zusätzlich zu ihren bedarfsorientierten, öffentlich subventionierten Dienstleistungen **privat kaufen** können. Der Kauf dieser Zusatzdienste zieht einen Steuernachlass nach sich – laut Szebehely/Meagher (2018:302) – ein weiteres politisches Instrument zur Förderung der privaten Versorgung. Der sogenannte RUT-Steuernachlass für „Hausarbeit“ wurde bereits 2007 eingeführt. Mögliche Dienstleistungen sind u.a. Reinigung, Wäschewaschen, Kochen und grundlegende persönliche Betreuungs- und Pflegedienste (King-Dejardin 2019:75). Der Steuernachlass führt dazu, dass sich die Kosten für private Dienstleistungen, die im Haushalt der SteuerzahlerInnen oder in der Wohnung der Eltern erbracht und von einem registrierten Unternehmen oder einem Selbständigen gekauft werden bis zu einer Obergrenze von 5.700 Euro pro Person und Jahr (sprich 11.400 für Paarhaushalte) um die Hälfte reduzieren (Szebehely/Meagher 2018:302).

Im Jahr 2010 hatten nach Angaben der schwedischen Steuerbehörde 13.516 inländische Unternehmen Dienstleistungen für etwa 326.000 KundInnen erbracht. Die größten Verbrauchergruppen für häusliche Dienstleistungen sind neben Familien mit Kindern ältere Menschen (Galans 2013:56). Untersuchungen aus dem Jahr 2015 haben gezeigt, dass der RUT-Steuernachlass vor allem von älteren Menschen (mit hohem Einkommen) genutzt wird. 35% der Käufer waren über 65 Jahre alt, und die Gruppe der über 85-Jährigen nutze ihn am Häufigsten (Hobson et al. 2015:10).

Darüber hinaus wird dieser Teil des privaten Dienstleistungssektors von (kleinen) Unternehmen dominiert, die ArbeitnehmerInnen beschäftigen um Dienstleistungen für Haushalte zu erbringen; direkt von den Haushalten beschäftigte ArbeitnehmerInnen

stellen eine Minderheit dar (King-Dejardin 2019:75). In einer qualitativen Studie zu migrantischen Hausangestellten in Stockholm waren von den 30 interviewten Personen dennoch 9 direkt von Privathaushalten beschäftigt (Hobson et al. 2015:28f.). Auch wenn es sich um eine qualitative Studie handelte, war versucht worden, ein möglichst repräsentatives Sample zu erhalten (Hobson et al. 2018:393).

Diese privat eingekauften (und steuerlich subventionierten) Dienstleistungen werden sowohl anstelle von bedarfsorientierten, mobilen Betreuungs- und Pflegediensten als auch zur Aufstockung von öffentlich subventionierten Dienstleistungen verwendet, die ausschließlich von privaten Unternehmen erbracht werden (Szebehely/Meagher 2018:302). Die Kombination aus einkommensabhängigen Selbsthalten für mobile Betreuungs- und Pflegedienste und Steuererleichterung für privat zugekaufte Leistungen dienen in Schweden für wohlhabende ältere Menschen mit geringerem Betreuungs- und Pflegebedarf als Anreiz, ganz auf die Inanspruchnahme formaler mobiler Betreuungs- und Pflegedienste zu verzichten und stattdessen private Hilfe zu kaufen (Szebehely/Meagher 2018:302).

Schweden hat einen der größten privaten Märkte für Haushalts-, Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, unter den nordischen Ländern. Rund 7% der schwedischen Bevölkerung kaufen offiziell derartige Dienstleistungen (Hobson et al. 2018:388). Wie bereits erwähnt, handelt es sich meist um private Dienste, die über Unternehmen zugekauft werden und weniger um direkt von Haushalten beschäftigte Haushalts-, Betreuungs- und Pflegekräfte. Schweden repräsentiert hier – etwa im Gegensatz zum haushaltsbasierten Modell in Italien – laut Hobson et al. (2018:389) einen unternehmensbasierten Idealtyp, indem privaten, direkte Angestellte und VermittlerInnen, wie gemeinnützige Organisationen und Agenturen, keine große Rolle spielen.

Die Kürzungen im stationären Bereich, die nicht durch eine entsprechende Erhöhung der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste kompensiert wurden und die geänderte Zuweisung von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten (die sich auf die Personen mit dem größten Betreuungs- und Pflegebedarf konzentrieren) haben zu einer Zunahme der informellen Betreuung und Pflege bzw. **Re-Familialisierung** geführt (Szebehely/Meagher 2018:302f.). Der Anteil älterer Menschen, die zur Bewältigung ihrer Alltagsaktivitäten sowohl von mobilen Dienstleistungen als auch von Familienangehörigen abhängig ist, hat laut Ulmanen/Szebehely (2015:84ff.) seit Anfang der 2000er Jahre erheblich zugenommen. Darüber hinaus hat auch die Zahl der Stunden zugenommen, die Angehörige für die Betreuung und Pflege aufwenden (Schön/Heap 2018:6).

Aber erst 2014 wurde die Frage der Work-Life-Balance im politischen Diskurs anerkannt, als die Regierung darauf hinwies, dass mehr als 140.000 Personen ihren Arbeitsplatz aufgegeben oder ihre Arbeitszeit reduziert haben, um sich um ihre betagten Eltern zu kümmern (Schön/Johansson 2016)

Die Ausgaben für die Betreuung und Pflege älterer Menschen sank in Schweden zwischen 1997 und 2013 von 2,9% des auf 2,3% des BIP (Szebehely/Meagher 2018:298).

Schweden gehört damit im EU-Vergleich jedoch noch immer zu den Ländern mit den höchsten BIP-Anteilen. Nicht zuletzt aufgrund der oben beschriebenen Entwicklungen, wie De-Institutionalisierung, Privatisierung/Vermarktlichung und Informalisierung/Re-Familialisierung gibt es auch hier zunehmende Herausforderungen (Schön/Heap 2018:10).

Eine LTC-Politik der „Pflege daheim“ ist sicherlich nicht nur in Schweden zu beobachten, aber der Rückgang der stationären Einrichtungen ist dramatischer als anderswo, und obwohl die Abdeckung sowohl der mobilen als auch der stationären Betreuung und Pflege immer noch vergleichsweise hoch ist, gehört Schweden – laut Stranz/Szebehely (2018:47) – nicht mehr zu den führenden Ländern in Europa.

Eine wichtige Rolle im schwedischen Betreuungsbereich spielen zudem *persönliche AssistentInnen*. Im Jahr 2017 arbeiteten mehr als 93.300 Personen als persönliche AssistentInnen, vor allem für behinderte Menschen. 71% der AssistentInnen sind Frauen. 20% haben eine enge Verwandtschaft zum hilfebedürftigen Menschen (Celik 2020:13). Viele arbeiten Teilzeit, vor allem jene, die nicht mit der hilfebedürftigen Person verwandt sind, und haben oft mehr als zwei Arbeitsplätze oder werden von zwei verschiedenen Personen beschäftigt (Celik 2020:6f.). Die meisten von ihnen arbeiten im Durchschnitt weniger als 20 Stunden pro Woche und sind in der Regel unter 30 Jahre alt (Celik 2020:14)

Laut einer aktuellen Studie kommt es im Bereich der persönlichen Assistenz auch zu Betrugsfällen. Das Betrugsrisiko scheint dabei in Fällen, in denen Familienangehörige die BetreuerInnen sind, größer. Zudem gehen etwa 7% der jährlichen Unterstützung für persönliche Assistenz an unseriöse Unternehmen. So erhalten diese z. B. von der schwedischen Sozialversicherungsbehörde eine Unterstützungsleistung obwohl keiner der gemeldeten AssistentInnen tatsächlich gearbeitet hatte. Viele der AssistentInnen kamen als MigrantInnen nach Schweden, und obwohl sie von dem Unternehmen nicht bezahlt worden waren, konnten sie dank der Bescheinigungen ihres Arbeitgebers dennoch eine schwedische Aufenthaltsgenehmigung erhalten (Celik 2020:10).

In Schweden gibt es zwei Arten von *kommunalen Geldleistungen für pflegende Angehörige*. Diese werden jedoch nicht überall angeboten; jede Kommune kann entscheiden, ob sie diese anbieten oder nicht und wie die Anspruchsvoraussetzungen, die Höhe der Zahlung usw. aussehen. Eine Geldleistung ist die Pflegebeihilfe, die an Pflegebedürftige ausbezahlt wird, um die Betreuung und Pflege durch Familienangehörige abzugelten. Die maximale Höhe der Pflegebeihilfe beträgt rund 4.000 SEK (rund 386 Euro) pro Monat. Die andere Geldleistung ist das Betreuungsgeld. Sie ermöglicht es Kommunen Familienmitglied zu beschäftigen, um Angehörige zu pflegen. Einkommen und sozialrechtlicher Schutz durch das Betreuungsgeld entsprechen in etwa jenem des mobilen kommunalen Betreuungspersonals (Schön Heap 2018:5)

Da Daten über kommunale Geldleistungen seit 2006 nicht mehr Teil der offiziellen Statistik in Schweden sind, stammen die neuesten Zahlen aus diesem Jahr. Aus den Zahlen geht hervor, dass 5.300 Personen eine Pflegebeihilfe und fast 1.900 Personen ein

Betreuungsgeld erhielten. Es wird angenommen, dass die Zahl der Personen seitdem zurückgegangen ist. Es muss betont werden, dass Geldleistungen im schwedischen System der Langzeitpflege nur eine sehr geringe Rolle spielen, da Sachleistungen Vorrang vor Geldleistungen haben (Schön/Heap 2018:5).

## **6.2. Migrantischen Arbeitskräfte im LTC-Sektor**

Bis zur Einführung des neuen Einwanderungsgesetzes von 2008 gab es kaum Arbeitsmigration nach Schweden; die meisten Genehmigungen wurden Asylsuchenden und zur Familienzusammenführung erteilt. Migration aus wirtschaftlichen Gründen wurde nur in Ausnahmefällen genehmigt, der schwedische Arbeitsmarkt für nicht-nordische Arbeitsmigranten war mehr oder weniger geschlossen (King-Dejardin 2019:75). Seit der Erweiterung der Europäischen Union im Jahr 2004 hat die Zuwanderung von Arbeitskräften allerdings zugenommen, wobei Polen eines der Hauptherkunftsländer ist (King-Dejardin 2019:75). Im Bereich der Krankenpflege- und Geburtshilfsfachkräfte waren 2015/16 etwas über 13% im Ausland geboren (OECD, Migration Outlook 2015). Bei den persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften (*personal care workers*) lag der Anteil der migrierten Arbeitskräfte bei 8% (Fries-Tersch et al. 2018:221f.). Im Bereich der persönlichen Dienstleistungen im Haushalt (*domestic care worker*) kommen die migrantischen Arbeitskräfte neben Polen vor allem auch noch aus Rumänien und Eritrea (Hobson et al. 2015:23) (siehe dazu näher: Kapitel Migrationsströme).

Im Jahr 2008 wurde Migration durch ein neues Einwanderungsgesetz liberalisiert und es wurde sowohl für niedrig- als auch für hochqualifizierte Arbeitskräfte einfacher, eine Arbeitserlaubnis in Schweden zu erhalten, als auch für StudentInnen und Asylsuchende, im Land zu bleiben. Die Migration wurde stärker arbeitgeberorientiert gestaltet. Gleichzeitig werden gegen undokumentierte Einwanderung und unangemeldete Beschäftigung werden schwere Sanktionen verhängt, sodass MigrantInnen in eine sehr schwierige Situation und vor allem prekäre Arbeitsverhältnisse gedrängt werden (King-Dejardin 2019:75; Hobson et al. 2015:12ff.)

Nach Ansicht der Gewerkschaften hat das neue Einwanderungsgesetz zu einem wachsenden Reservoir an niedrig bezahlten MigrantInnen in Schweden und zu einem dramatischen Anstieg des „Handels“ mit Arbeitserlaubnissen als „Einreisefenster“ nach Schweden geführt, wenn der Asyl weg nicht anwendbar ist (Hobson et al. 2015:12).

Es gibt nur wenige Daten über **undokumentierte MigrantInnen in Schweden**, aber verfügbare Berichte deuten darauf hin, dass sie zunehmend in Niedriglohn- und informellen Segmenten, darunter auch in Haushalten des schwedischen Arbeitsmarktes präsent sind. Einem Regierungsbericht zufolge lebten 2011 schätzungsweise nicht mehr als 35.000 undokumentierte MigrantInnen in Schweden. Das Gewerkschaftszentrum für undokumentierte MigrantInnen in Stockholm schätzt hingegen, dass in Schweden 50.000 bis 75.000 undokumentierte MigrantInnen leben und arbeiten (Hobson et al. 2015:13).

Frauen bilden auch in Schweden immer noch die Mehrheit der Beschäftigten in der Betreuung- und Pflege älterer Menschen (90%), wobei der Anteil an MigrantInnen zunimmt. Einer von drei männlichen und einer von fünf weiblichen Betreuungs- und Pflegekräften ist außerhalb der nordischen Länder geboren, die Mehrheit in Ländern außerhalb Europas (Stranz/Szebehely 2018:47).

Im Jahr 2017 arbeiteten ca. 150.000 Betreuungs- und Pflegekräfte in Einrichtungen für hilfebedürftige, ältere Menschen (Pflegeheime, betreutes Wohnen, Gruppenunterkünfte und Wohnheime). Von diesen Arbeitskräften waren 28%, in Stockholm sogar 55% im Ausland geboren (Celik 2020:18).

Die schwedische Regierung, die lokalen Behörden und die Sozialpartner des Sektors bezeichnen den Zustrom von MigrantInnen als den Schlüssel zur Lösung des Personal Mangels in diesem Sektor. Bereits derzeit sind vier von fünf StudentInnen in den kommunalen berufsbildenden Erwachsenenbildungseinrichtungen für Hilfspflegekräfte im Ausland geboren (Celik 2020:28).

In Schweden sind **PersonenbetreuerInnen, die im Privathaushalt** leben (bisher) nicht üblich (Hobson et al. 2018:390; Celik 2020:29). Jedoch gehen gewerkschaftliche AkteurInnen in einer Studie davon aus, dass es diese sehr wohl gibt und wahrscheinlich im Zunehmen sind. Der Bereich ist aber weitgehend unbekannt und es wird angenommen, dass es sich vor allem um unangemeldete migrantische Beschäftigte handelt (Hobson et al. 2015: 34).

Mehrere schwedische Studien haben jedoch gezeigt, dass – als Folge der Reduzierung öffentlich finanzierten Betreuungs- und Pflegedienstleistungen – neben der Angehörigenhilfe auch die privat bezahlten Dienstleistungen zugenommen haben. Privat bezahlte Dienstleistungen werden in Schweden vor allem von finanzstärkeren Personen in Anspruch genommen (Szebehely/Meagher 2018:303). Schwedische Statistiken über die Nutzung des RUT-Steuer nachlasses für private häusliche Dienstleistungen sowie Betreuung und Pflege bestätigen dieses Bild: Ältere Menschen mit höherem Einkommen nutzen die Vergünstigung zu einem viel höheren Satz als Menschen mit niedrigerem Einkommen (Szebehely/Meagher 2018:303).

Eine der Hauptmotivationen für den großzügigen RUT-Steuer nachlass, war die Annahme, dass dieser zu einer Reduzierung der Schattenwirtschaft im Haushaltssektor führen und arbeits- und sozialrechtliche Ansprüche der Beschäftigten sicherstellen würde (Hobson et al. 2018:391). Jedenfalls führte der RUT-Steuer nachlass zwischen 2005 und 2015, zu einem dramatischen Anstieg der Anzahl von einschlägigen privaten Unternehmen von weniger als 5.000 auf 85.000. 85% dieser Unternehmen haben weniger als fünf Beschäftigte (Hobson et al. 2018:391f.) Vor der RUT-Reform waren fast alle Beschäftigungen in Privathaushalten unangemeldet. Eine Studie schätzt, dass vor der Reform 20% der schwedischen Haushalte unangemeldete Hausangestellte beschäftigten, dieser Prozentsatz soll sich laut offizieller Angaben nach der Reform auf 10% reduziert haben (Hobson et al. 2018:392).

Dennoch geben migrantische Haushalts- und Betreuungskräfte in einer Studie 2014 an, dass Unternehmen den RUT-Steuererlass in Anspruch nehmen können, während sie ArbeitnehmerInnen informell über subcontracting beschäftigen und die Zahlung von Sozialbeiträgen vermeiden, was von schwedischen GewerkschafterInnen und InteressensvertreterInnen bestätigt wird (Hobsons et al. 2015: 29f.)

### **6.3. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor**

In der Betreuung und Pflege älterer Menschen ist **Teilzeitbeschäftigung** häufiger anzutreffen als in anderen Teilen des schwedischen Arbeitsmarktes, auch im Vergleich zu anderen von Frauen dominierten Sektoren. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten in der Betreuung und Pflege älterer Menschen arbeitet Teilzeit, oft unfreiwillig, da ihnen keine Vollzeitarbeit angeboten wird, oder als Reaktion auf schwierige Arbeitsbedingungen (Stranz/Szebehely 2018:47).

Zudem sind sowohl in der stationären als auch mobilen Betreuung und Pflege von älteren Menschen in Schweden sehr häufig **befristete Verträge** anzutreffen. Im Jahr 2015 hatten 25% der Arbeitskräfte in diesem Bereich befristete Arbeitsverträge, Null-Stunden- oder Stundenverträge (Celik 2020:2). So waren 2015 beispielsweise 61% der Pflegehilfskräfte (*vårdbiträde*) in diesem Sektor befristet beschäftigt. Zudem waren befristete Beschäftigungen bei Personen, die außerhalb der EU geboren sind häufiger anzutreffen als bei Personen, die in Schweden oder den skandinavischen Ländern geborenen sind (Celik 2020:2f.).

Befristet Verträgen finden sich zudem häufiger in der Privatwirtschaft als im öffentlichen Bereich. Je kleiner ein Unternehmen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass MitarbeiterInnen entweder mit befristeten Verträgen oder auf Stundenbasis beschäftigt werden (Celik 2020:6).

Der Anteil der Beschäftigten, die **unbezahlte Mehrarbeit und Überstunden** leisten, ist ebenfalls in der privaten Betreuung und Pflege von älteren Menschen häufiger anzutreffen als bei öffentlich bereitgestellten Dienstleistungen (Celik 2020:19). Laut einer von Kommunal (2018) durchgeführten Studie arbeiten 18% ihrer Mitglieder im LTC-Sektor über ihre reguläre Arbeitszeit hinaus, ohne bezahlt zu werden. Auf die Frage, wie viele Stunden es pro Woche sind, antworteten etwa 77%, dass es zwischen einer und vier Stunden sind und 23% antworteten, dass es mehr als fünf Stunden sind (Celik 2020:31).

Die Löhne und Gehälter im schwedischen LTC-Sektor werden über Kollektivverträge auf Branchenebene festgelegt. Es gibt verschiedene Vereinbarungen für den öffentlichen und den privaten Sektor (Celik 2020:31). Vollzeitbeschäftigte im öffentlichen LTC-Sektor verdienen durchschnittlich 2.300 SEK (rund 222 Euro) mehr pro Monat als Vollzeitbeschäftigte im privaten LTC-Bereich (Celik 2020:20).

Hobson et al. (2018:391) merken zusätzlich an, dass viele Beschäftigte in den zahlreichen kleinen Dienstleistungsunternehmen nicht durch Kollektivverträge geschützt sind.

Im öffentlichen Bereich betrug der Mindestlohn für eine 19-jährige HilfskrankenpflegerIn im Jahr 2020 21.750 SEK (rund 2.111 Euro). Der Durchschnittslohn für eine HilfskrankenpflegerIn im Alter von 25-34 Jahren betrug 26.100 SEK (rund 2.534 Euro) (Celik 2020:32). HilfskrankenpflegerInnen in der mobilen und stationären Pflege sind die wichtigste Untergruppe der LTC-Beschäftigten. Frauen verdienen im Durchschnitt 28.400 SEK (rund 2.756 Euro) pro Monat und Männer 28.100 SEK (rund 2.727 Euro) (Celik 2020:32). Bei den persönlichen AssistentInnen verdienen sowohl Frauen als auch Männer durchschnittlich 27.000 SEK (rund 2.621 Euro) pro Monat (Celik 2020:32).

Die Gewerkschaft der Kommunalbediensteten (Kommunal) stellte fest, dass HilfskrankenpflegerInnen bei der Beschäftigung bei einem privaten Anbieter von Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen geringere Löhne erhielten, eine Differenz, die sich im Jahr 2012 auf rund 900 SEK (rund 87 Euro) belief (Eurofound 2017:37).

In den 1980er Jahren half eine *mobile Betreuungs- und Pflegekraft* in der Regel vier älteren Menschen während eines Vollzeitarbeitstages. Die Arbeit war von häuslichen Tätigkeiten in Verbindung mit sozialer und emotionaler Unterstützung geprägt. Zwanzig Jahre später hat eine Betreuungs- und Pflegekraft doppelt so vielen KundInnen pro Tag, wobei die Zeit für häusliche Tätigkeiten erheblich reduziert wurde. Der Schwerpunkt der Arbeit hatte sich von der häuslichen Betreuung auf die persönliche Pflege verlagert, wobei weniger Zeit für die sozialen Aspekte blieb (Stranz/Szebehely 2018:51).

Laut der NORCARE Erhebungen gab es zwischen 2005 und 2015 sowohl im stationären als auch mobilen Bereich einen Anstieg der zu betreuenden KundInnen/pro Betreuungs- und Pflegekraft. In der mobilen Betreuung und Pflege von durchschnittlich 8,6 KundInnen pro Tag auf 11,8 und in der stationären Betreuung und Pflege von 8,6 auf 10,1. In der mobilen Betreuung und Pflege ist die Zahl der Besuche sogar noch größer, da eine Betreuungs- und Pflegekraft den/dieselben Kunden/in mehrmals täglich besucht: 2015 machte eine mobile Betreuungs- und Pflegekraft im Durchschnitt 15 Besuche pro Tag, und mehr als die Hälfte dieser Besuche dauerten 15 Minuten oder weniger (Stranz/Szebehely 2018:51).

In der mobilen Betreuung und Pflege betreffen die dramatischsten Veränderungen die eingeschränkten Möglichkeiten der Betreuungs- und Pflegekräfte, die tägliche Arbeit planen sowie arbeitsbedingte Schwierigkeiten mit KollegInnen besprechen zu können. Gaben im Jahr 2005 noch 39% an, dass sie häufig die Möglichkeit hatten, ihre tägliche Arbeit zu planen, waren es 2015 nur mehr 16% (Stranz/Szebehely 2018:51).

Aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen, von Stress und Personalmangel sowie hoher Fluktuation, ist die Unzufriedenheit vieler Beschäftigter sehr groß. Eine Studie aus dem Jahr 2018 von Kommunal kommt zu folgenden Ergebnissen: Vier von zehn Beschäftigten im LTC-Sektor haben ihre Berufswahl aufgrund der Arbeitsbedingungen, der niedrigen Löhne und der Unterbeschäftigung bedauert. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten im Gesundheitssektor (LTC) haben im vergangenen Jahr aufgrund ihrer Arbeitssituation

einen Arbeitsplatzwechsel in Erwägung gezogen. Fast die Hälfte des Personals würde den Beruf einer Person auf dem Weg in den Arbeitsmarkt nicht empfehlen. Der häufigste Grund ist die Einkommenssituation und Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen eine gute Arbeit zu leisten (Celik 2020:6f.).

Hobson et al. (2015:18) gehen davon aus, dass der expandierende, private Markt für Haushalt Dienstleistungen zu einer stärkeren Stratifizierung des Betreuungs- und Pflegepersonals in Schweden geführt hat. Am oberen Ende stehen diejenigen, die Hausarbeit bzw. Betreuung und Pflege für ältere Menschen verrichten und von den Kommunen im öffentlichen Sektor beschäftigt werden, entweder direkt oder ausgelagert bei privaten Dienstleistern. Auf diesen Arbeitsplätzen befinden sich vor allem in Schweden geborene ArbeitnehmerInnen. Auf der zweiten Ebene beschäftigen private Firmen hauptsächlich MigrantInnen, die für ältere Menschen viele der gleichen Aufgaben erfüllen, wie die ausgelagerten ArbeitnehmerInnen, die über die Kommune angestellt sind. Diese erhalten jedoch niedrigere Löhne und ihre Arbeitsplätze sind unsicherer. Das untere Ende besteht aus Personen im unangemeldeten Beschäftigungsbereich. Hier handelt es sich mehrheitlich um MigrantInnen ohne Papiere, die die schlechtesten Beschäftigungsbedingungen haben und die Hälfte oder weniger als den branchenüblichen Lohn erhalten.

#### **6.4. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der migrantischen Beschäftigten im häuslichen Bereich**

Eine bereits erwähnte Studie zu *migrantischen Hausangestellten* in Stockholm zeigt, dass etwa 40% (nämlich 12 von 30 Befragten) zum Zeitpunkt der Befragung unangemeldet arbeiteten, und die überwiegende Mehrheit hatte bereits Erfahrungen mit unangemeldeter Arbeit im häuslichen Bereich gesammelt (Hobson et al. 2015:29). Alle von ihnen waren weniger als 40 Stunden in der Woche und die Hälfte war sogar weniger als 20 Stunden beschäftigt. Sie klagten, dass die Arbeitsstunden zu gering sind (Hobson et al. 2018:395). Laut Hobson et al. (2015:35) ist der Mangel an Vollzeitbeschäftigung das Ergebnis des intensiven Wettbewerbs auf dem Markt und der vorherrschenden Praxis, möglichst flexible Arbeitskräfte einzusetzen. Ein Vorgesetzter bei *Hemfrid* (einem der beiden großen schwedischen Haushalt Dienstleistungsunternehmen) stellt fest, dass etwa 90% ihrer mehr als 1.800 Beschäftigten halbtags arbeiten und es keine Vollzeitbeschäftigten gibt (Hobson et al. 2015:35).

Privaten Haushalts-, Betreuungs- und Pflegekräfte werden in Schweden auf Stundenbasis beschäftigt. Diese Beschäftigungsverhältnisse sind durch mangelnde Arbeitsplatzsicherheit und Unvorhersehbarkeit der Arbeitsstundenzahl gekennzeichnet (Hobson et al. 2015:36). Lange Fahrzeiten zwischen einzelnen KundInnen werden von den Unternehmen nicht bezahlt. Die befragten Hausangestellten der Studie in Stockholm betonten, dass sie oft an einem Tag quer durch die Stadt zu mehreren Haushalten fahren mussten. Tatsächlich hätten viele, die weniger als 40 Stunden pro Woche arbeiten, eine 40-Stunden-Woche, wenn die Fahrzeiten mitgerechnet werden würden (Hobson et al. 2018:395).

Ein weiteres Beispiel für unbezahlte Arbeitsstunden im Bereich der privaten Hausangestellten ist, dass die Beschäftigten gezwungen sind, Überstunden zu machen, um ihre Aufgaben, die zwischen den KundInnen und dem Unternehmen vertraglich vereinbart werden, auch tatsächlich erledigen zu können (Hobson et al. 2018:395).

Ein formeller Arbeitsvertrag macht einen Unterschied, wenn es um den Zugang zu arbeits- und sozialrechtlichen Schutz geht: In der Stockholmer Studie haben nur 30% der ArbeitnehmerInnen ohne Arbeitsvertrag Anspruch auf bezahlten Urlaub im Vergleich zu 75% der formell unter Vertrag genommenen ArbeitnehmerInnen (Hobson et al. 2015: 30). Hausangestellte mit regulären Arbeitsverträgen haben zudem Zugang zu Arbeitslosenunterstützungen (Hobson et al. 2015: 31). Jedoch werden Ansprüche wie Krankheitstand und Urlaub, in der Praxis nicht immer wahrgenommen. Viele der Stockholmer Befragten erhalten statt des Urlaubes einen Zuschlag, mehrere nahmen keinen Krankstand aus Angst den Arbeitsplatz zu verlieren (Hobson et al. 2015:31).

Undokumentierte MigrantInnen, die im Haushalt arbeiten, haben die schlechtesten Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, sie erhalten weniger als ein Drittel bis die Hälfte des Lohns der formell Beschäftigten und haben keine Möglichkeit, diese Bedingungen anzufechten (Hobson et al. 2018:397f.).

### **6.5. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor**

Es gibt keine obligatorische Akkreditierung für private Anbieter von mobiler Betreuung und Pflege. Es besteht jedoch eine Registrierungspflicht für Unternehmen, die mobile private Betreuung und Pflege oder/und häusliche Hilfsdienste anbieten (Fagerström/Willman 2013:273).

Laut Fagerström/Willman (2013:273) ist es das Ziel das gesamte Personal der schwedischen, mobile Betreuung und Pflege zu schulen. Derzeit werden folgenden Berufsgruppen für die Bereitstellung von mobiler Betreuung und Pflege eingesetzt und sollte eine entsprechende Ausbildung erhalten: HilfskrankenpflegerInnen und Haushaltshilfen, mit einer dreijährige Sekundarstufe II-Ausbildung; KrankenpflegerInnen, mit eine dreijährige Ausbildung auf Universitätsniveau; PrimärkrankenpflegerInnen, mit einer vierjährige Ausbildung auf Universitätsniveau, einschließlich eines Zertifikats zur Verschreibung von Medikamente aus einer begrenzten Liste; HaushaltshilfemanagerIn, mit einer dreijährige Ausbildung auf Universitätsniveau; Persönlicher AssistentInnen, zumindest mit einem kurzer Kurs, aber häufig haben diese eine dreijährige Sekundarstufe II-Ausbildung (Fagerström/Willman 2013:273).

Auch wenn das Ausbildungsniveau im Laufe der Zeit aufgrund verschiedener staatlicher Initiativen gestiegen ist, fehlt immer noch jeder fünfte Betreuung- und Pflegekraft in stationären Einrichtungen und jeder vierte mobilen Betreuung- und Pflegekraft eine entsprechende Ausbildung (Stranz/Szebehly 2018:48).

*Ambea* eine größte private Betreuungs- und Pflegeanbieter in Schweden führt mehrere Projekte durch, um ihren Mitarbeiterinnen berufsbegleitende Fortbildung anzubieten. Durch ihre Zusammenarbeit mit dem schwedischen Arbeitsamt und dem Bildungsunternehmen *Consensum* bieten sie neu in Schweden angekommenen MigrantInnen Praktika, Ausbildung und zu gegebener Zeit Beschäftigungsmöglichkeiten an. Aufgrund dieser Initiative wurden auch neue Karrierewege und neue Rollen entworfen, wie z.B. eine neue Berufsbezeichnung namens „Service-AssistentInnen“. Dieser Titel beinhaltet leichtere Aufgaben für gering qualifizierte Arbeitskräfte und für neu angekommene MigrantInnen, die Krankenpflegeassistenten werden möchten (Celik 2020:26).

Bezüglich der Qualitätssicherung führt Celik (2020:12) den Aspekt der personellen Unterversorgung an. Demnach geben 70% des Personals im Bereich der stationären und mobilen Betreuung und Pflege von älteren Menschen in Schweden an, dass die Personalausstattung mindestens einmal pro Woche unzureichend ist. Das Problem wird als konstant beschrieben. 42% glauben, dass die Personalausstattung so gering ist, dass sie mindestens einmal pro Woche ein Risiko für das Leben der älteren Menschen darstellt (Celik 2020:12).

Im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege, wird der Einsatz von zu vielen unterschiedlichen Betreuungs- und Pflegekräften, die eine hilfebedürftige Person betreuen, thematisiert. Eine Person, die mobile Gesundheits- Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erhält, wird demnach im Laufe von 14 Tagen im Durchschnitt von 15 verschiedene Personen aufgesucht (Celik 2020:19).

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Kontrolle der Qualität der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste bei den Kommunen, auch wenn die Betreuungs- und Pflege von einem privaten Unternehmen erbracht wird. Teilweise als Reaktion auf die wachsende Zahl privater Anbieter hat man sich verstärkt darauf konzentriert, wie die Qualität der Betreuung und Pflege älterer Menschen geregelt und gemessen und wie die Qualität überwacht werden kann (Stranz/Szebehely 2018:49). Ein zunehmender Anteil der Arbeitszeit wird für die Dokumentation und Qualitätssicherung aufgewendet, wobei der Schwerpunkt auf den Aspekten der Betreuung und Pflege liegt, die messbar sind. Diese sind aber nicht unbedingt jene Aspekte, die auch für die BezieherInnen der Dienstleistung am wichtigsten sind (Szebehely/Meagher 2018:300).

Die Arbeitsbedingungen im Hausangestelltensektor werden in Schweden nicht durch Arbeitsinspektoren, sondern von den Sozialpartnern überprüft. Doch seit 2008 ist die Arbeitsaufsichtsbehörde für die Überwachung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Arbeitsstunden, Überstunden sowie tägliche und wöchentliche Ruhezeiten verantwortlich (Basten 2015:20).

## 7. FRANKREICH

### 7.1. Organisation der Langzeitpflege

Die Politik der Langzeitpflege (LTC) wird in Frankreich durch verschiedene Politikbereiche – Gesundheit, Soziales und medizinisch-soziale Versorgung – bestimmt und betrifft mehrere Ebenen. Die staatliche Regierung definiert durch die Gesetzgebung die nationale Gesundheits- und Sozialpolitik, regionale und lokale Gebietskörperschaften sind für die Durchführung der Gesundheitspolitik verantwortlich, während die *Départements* – eine Gebietskörperschaft, die zwischen Regionen und Kommunen angesiedelt ist – für die Sozialpolitik verantwortlich sind. Im Bereich der Betreuung und Pflege älterer Menschen sind die *Départements* für die Umsetzung der nationalen Geldleistung APA (*allocation personnalisée d'autonomie*) (siehe dazu: weiter unten) und die Regulierung der Betreuungs- und Pflegedienste verantwortlich. Darüber hinaus können die Gemeinden spezifische freiwillige Maßnahmen zur Unterstützung älterer Menschen entwickeln (Le Bihan 2018:5).

In Frankreich gilt die „Pflege daheim“ bzw. die **mobile und häusliche Betreuung und Pflege** bereits seit Jahrzehnte als die beste Lösung für die Deckung des Betreuungs- und Pflegebedarfs älterer Menschen. Mit dem 2015 erlassenen „Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an eine alternde Bevölkerung“ (*loi d'adaptation de la société au vieillissement*), wurde diese Priorität der mobilen und häuslichen Betreuung und Pflege abermals bestätigt. Die „Pflege daheim“ basiert dabei in erster Linie auf den pflegenden Angehörigen aber auch auf mobilen, professionellen Betreuungs- und Pflegekräften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Le Bihan/Sopadzhiyan 2018:104).

Im Zentrum der Langzeitpflegepolitik steht in Frankreich ein „Cash-for-Care“-System bzw. eine Geldleistung, die 1997 als „Spezifische Beihilfe für Pflegebedürftigkeit“ (*Prestation spécifique dépendance – PSD*) eingeführt wurde. Die Leistung zielte auf die Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger Menschen ab, die nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt waren. Diese Geldleistung wurde 2002 reformiert und in die „**Persönlichen Autonomiebeihilfe**“ (*allocation personnalisée d'autonomie – APA*) umgewandelt. Laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:104) wurde mit der APA in Frankreich ein wichtiger Schritt Richtung Formalisierung der Betreuungs- und Pflegearbeit gesetzt. Arbeitskräfte, die ältere Menschen in ihrem Zuhause betreuen und pflegen, werden nun offiziell als professionelle Betreuungs- und Pflegekräfte bezeichnet (siehe dazu auch: Dusset/Ledoux 2019).

Die APA wird von den *Départements* verwaltet und Personen ab 60 Jahren gewährt, die Hilfe bei der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten benötigen oder die ständig beaufsichtigt werden müssen. Betreffend die Bestimmung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit gibt es in Frankreich insgesamt sechs Stufen (GIR 1 bis 6, von ganz

hoch bis niedrig), allerdings fallen nur in den Stufen 1 bis 4 Geldleistungen an. Für jede dieser vier Stufen gibt es einen Höchstbetrag, der zwischen 662 Euro und 1.713 Euro beträgt und je nach Bedarf und Einkommen der betreuungs- und pflegebedürftigen Person angepasst wird. Unterhalb eines monatlichen Einkommens von 800 Euro tragen die APA-EmpfängerInnen nicht zur Finanzierung des individuellen Pflegeplans bei; oberhalb von 2.945 Euro monatlichem Einkommen tragen die EmpfängerInnen 90% der Finanzierung (Le Bihan 2018:6).

Mit der APA kann sowohl eine Betreuung und Pflege zu Hause als auch eine stationäre Unterbringung finanziert werden. Im Falle einer mobilen bzw. häuslichen Betreuung und Pflege wird nach einer Bedarfsermittlung durch ein multidisziplinäres Team (Gesundheits- und Sozialfachleute aus den *Départements*) ein individueller Pflegeplan erstellt. Die öffentliche Hand erbringt die Betreuungs- und Pflegeleistungen zu Hause aber nur selten selbst. Diese werden durch die direkte Beschäftigung von mobilen Betreuungs- und Pflegekräften durch die pflegebedürftige Person oder deren Familie, aber auch durch die Bereitstellung oder Vermittlung von Betreuungs- und Pflegekräften durch gemeinnützige Vereinen/Organisation bzw. gewinnorientierter Unternehmen geleistet. Die Betreuungs- und Pflegekräfte müssen jedenfalls angemeldet sein. Auch Angehörige, mit Ausnahme der EhepartnerInnen, können als Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt und bezahlt werden. Laut Dussuet/Ledoux (2019:594) vermittelt dies die Idee, „dass häusliche Betreuung und Pflege echte Arbeit ist, die deklariert werden sollte, schließt aber gleichzeitig die Pflegetätigkeit von EhepartnerInnen von der Anerkennung aus und charakterisiert sie stattdessen implizit nicht als Arbeit, sondern als Ausdruck von Liebe.“

Die Verwendung der APA-Geldleistung wird – etwa im Gegensatz zum österreichischen Pflegegeld – kontrolliert und die multidisziplinären Teams in den *Départements* sind auch für die Kontrolle zuständig. Laut Condon et al. (2013:3) spielt bezogen auf die Erbringung sozialer Dienstleistungen in Privathaushalten unangemeldete Beschäftigung in der Betreuung und Pflege eine sehr geringe Rolle, da diese – im Gegensatz zu Haushaltsarbeit und Kinderbetreuung – eben einer Kontrolle unterliegt.

Für die APA werden derzeit über 5 Mrd. Euro ausgegeben, davon werden 70% von den *Départements* und 30% vom Nationalen Solidaritätsfonds für Autonomie (*caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* – CNSA) getragen (Le Bihan 2018:6).

2015 wurde die APA von 1.250.000 ältere Menschen bezogen (8% der über 60-Jährigen). 60% der APA-EmpfängerInnen lebten zu Hause; 40% in stationären Einrichtungen. 45% erhielten maximal 662 Euro, 50% waren über 85 Jahre alt und 3/4 waren Frauen (Le Bihan 2018:6).

Laut Le Bihan (2018:7) werden in Frankreich im Sozial- und Gesundheitsbereich folgende mobile und stationäre Betreuungs- und Pflegedienstleistungen angeboten: (1) **Mobile (Kranken-)Pflegedienste** (*services de soins infirmiers à domicile, SSIAD*); (2) **Mobile Hilfs- und Unterstützungsdienste** (*services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD*), die sowohl gemeinnützige als auch öffentliche soziale Betreuungs- und Pflegedienste umfassen; (3) **Private Unternehmen im Bereich der persönlichen**

**Dienstleistungen:** Diese benötigen eine Qualitätszertifizierung. Ihre Preise werden frei festgelegt und unterliegen einem Vertrag, der mit der betreuten Person abgeschlossen wird; (4) **Wohneinrichtungen** (*foyers logements*): Soziale Wohneinrichtungen, die oft von Gemeinden betrieben werden. Die Entwicklung dieser Art von Unterkünften ist eine Priorität des Gesetzes von 2015 zur Anpassung der Gesellschaft an eine alternde Bevölkerung. (5) **Pflegeheime** für ältere (*établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, EHPAD und private Pflegeheime): 2015 betreuten sie 10% der älteren Menschen im Alter von 75 Jahren und mehr und 1/3 im Alter von 90 Jahren und mehr. Die durchschnittlichen Kosten für eine EHPAD-Unterbringung variieren zwischen 51 und 71 Euro pro Tag. Den ärmsten BewohnerInnen kann ein spezieller Zuschuss gewährt werden; (6) **Tageseinrichtungen** und vorübergehende Unterbringung betreffen 4% der betreuten älteren Menschen.

Laut einer Erhebung lebten im Jahr 2015 728.000 ältere Menschen in stationären Einrichtungen, was einen Anstieg von 4,8 % im Vergleich zu 2011 bedeutet. Eine jüngste Erhebung aus dem Jahr 2017 schätzt die Zahl der älteren Menschen, in stationären Einrichtungen auf zwischen 0,4 Millionen (nur Fälle mit hoher Pflegebedürftigkeit) und 1,5 Millionen (auch Fälle mit mittlerer Pflegebedürftigkeit) (Le Bihan 2018:7).

Die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen werden in Frankreich von der Krankenversicherung abgedeckt, aber pflegebedürftige Menschen müssen oft erhebliche zusätzliche **Kosten für Betreuungsdienstleistungen** (*social care services*) aufbringen. In stationären Einrichtungen werden die von den BewohnerInnen zu tragenden durchschnittlichen Restkosten 2016 auf 1.470 bis 1.758 Euro pro Monat geschätzt (ohne Beihilfe für die Ärmsten); Zu Hause zahlen APA-EmpfängerInnen im Durchschnitt 80 Euro pro Monat für ihren Betreuungs- und Pflegeplan (Fizzala, 2016, zitiert in Le Bihan 2018:9).

Wie bereits erwähnt, spielt in Frankreich die **informelle Betreuung und Pflege** eine große Rolle. Laut der aktuellen Erhebung werden 48% der betreuten Personen nur von einer informellen Betreuungs- oder Pflegeperson unterstützt, 20% nur von Betreuungs- und Pflegekräften und 32% sowohl von Betreuungs- und Pflegekräften als auch von informellen Kräften. Darüber hinaus hat die Möglichkeit, einen Teil der Betreuungs- und Pflegeaktivitäten auszulagern, die Notwendigkeit mit sich gebracht, die verschiedenen Betreuungs- und Pflegekräften zu koordinieren und die informellen Betreuungs- und Pflegekräfte wurden damit zu „PflegemanagerInnen“ (Le Bihan 2018:7).

Laut Le Bihan (2018:8) basiert in Frankreich die öffentliche Unterstützung von informellen Betreuungs- und Pflegekräften eher auf Maßnahmen zur Unterstützung bei ihren Aktivitäten – etwa durch Pflegekarenzen oder Qualifizierungsmaßnahmen – als auf einer finanziellen Entschädigung. Obwohl die APA zwar für die Bezahlung eines Angehörigen (außer dem Ehepartner) verwendet werden kann, erfolgt dies mit 8% der Begünstigten nicht sehr häufig (Le Bihan 2018:8).

## **7.2. Migrantische Arbeitskräfte im LTC-Sektor/in der Betreuung und Pflege in Privathaushalten**

Insgesamt leisten in Frankreich offiziell ca. 383.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte Unterstützung in Privathaushalten (einige Stunden pro Tag bis mehrere Stunden pro Woche). Die meisten davon, nämlich ca. 333.000 arbeiten als HeimhelferInnen und bieten Haushaltsdienstleistungen (*Service d'aide à domicile – SAAD*) an. Sie sind bei gemeinnützigen Vereinen und Organisationen (70%), den Kommunen (*Centre Communal d'Action Sociale – CCAS*) (10%) oder privaten gewinnorientierten Unternehmen (20%) im sogenannten *Dienstleistungsmodus* (im Gegensatz zum *Agenturmodus* oder der *direkten Beschäftigung*) (siehe dazu näher: weiter unten) beschäftigt. Da diese Tätigkeiten sehr häufig in Teilzeit ausgeübt werden, entsprechen diese HeimhelferInnen ca. 197.000 VZÄ (Turlan 2020: 21; 31). Laut Naiditch (2013:101) haben private, gewinnorientierte Unternehmen bzw. Agenturen seit Anfang der 2000er Jahre begonnen, den Markt zu durchdringen und konkurrieren mit den zahlreicheren, seit langem bestehenden, gemeinnützigen Agenturen bzw. Vereinen.

Zusätzlich werden offiziell rund 165.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte, direkte von privaten Haushalten beschäftigt (Turlan 2020:21). Ob und wieviel davon auch im Privathaushalt der pflegebedürftigen Menschen leben, darüber gibt es laut Turlan (2020:21) keine Informationen. Diese Betreuungs- und Pflegekräfte sind in der Regel aber direkt bei den alten Menschen oder ihren Angehörigen mit einem privatrechtlichen Arbeitsvertrag nach dem Kollektivvertrag für individuelle ArbeitgeberInnen (Privathaushalte) angestellt und bei der gesetzlichen Krankenkasse angemeldet (Turlan 2020:21). Daneben scheint es auch unangemeldete migrantische Arbeitskräfte in den Privathaushalten zu geben, wie jedoch bereits erwähnt, sind diese eher im Bereich der Haushaltsarbeit und Kinderbetreuung zu finden, da die Betreuung und Pflege älterer Menschen durch die APA-Leistung einer Kontrolle unterliegt (Condon et al. 2013:3).

Wie Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:107) berichten, ist der LTC-Sektor durch eine starke Feminisierung und einen relativ hohen Anteil an zugewanderten Arbeitskräften – im Vergleich zu anderen Sektoren – gekennzeichnet: 97,5% der Beschäftigten in der mobilen bzw. häuslichen Altenpflege sind Frauen. Auf Basis von Statistiken zum breiteren Sektor der persönlichen Dienstleistungen ist das Durchschnittsalter von Betreuungs- und Pflegekräfte hoch. 24% der Beschäftigten sind 55 Jahre und älter, verglichen mit 11% der Beschäftigten in allen Wirtschaftssektoren. 12% sind außerhalb Frankreichs geboren, verglichen mit 5% der Beschäftigten in allen Sektoren (Le Bihan/Sopadzhiyan 2018:107).

Auf Basis von Daten der Arbeitskräfteerhebung wurde für das Jahr 2010 geschätzt, dass 28% der rund 250.000 Beschäftigten im Bereich Haushaltsdienstleistungen (*employées de maison*) und 11% der mehr als 540.000 Beschäftigten im Bereich häusliche bzw. mobile Betreuungs- und Pflegedienste (*aide à domicile*) MigrantInnen waren (Gallotti/Mertens 2013:13), wobei diese stark in der Paris Region konzentriert sind (60% bzw. 45%) (Cordon et al. 2013:8). Im Bereich der Haushaltsdienstleistungen kamen 36.000 der beschäftigten MigrantInnen aus anderen EU-Staaten und 34.600 aus

Drittstaaten, im Bereich der mobilen bzw. häuslichen Betreuung und Pflege waren es 17.800 EU-Staatsangehörige und 43.000 Drittstaatsangehörige (Condon et al. 2013:7).

Während MigrantInnen aus Portugal 80% der europäischen Arbeitsmigranten in der Haushaltsdienstleistungen ausmachten, waren in der häuslichen bzw. mobilen Betreuung und Pflege Frauen aus Deutschland und Polen zahlreich vertreten. Frauen aus Nord- und Subsahara-Afrika machten mehr als die Hälfte der Drittstaatsangehörigen in der Haushaltsdienstleistungen aus, latein-/südamerikanische und asiatische Frauen stellten 13% bzw. 25%. Drittstaatsangehörigen in der häuslichen bzw. mobilen Betreuung und Pflege kamen hauptsächlich aus Afrika (79%) und Latein-/Südamerika (15%) (Cordon et al. 2013:8)

Laut Di Santo/Ceruzzi (2010: 32) wird die Frage der Bedeutung migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in Frankreich sowohl in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion als auch im Bereich der Forschung wenig beachtet. Nationale statistische Informationen über das Herkunftsland werden nicht routinemäßig erfasst bzw. sind Informationen, die sich auf die „Herkunft“ von Arbeitskräften beziehen, in Frankreich vielfach nicht zugänglich. Aber auch wenn es einige Informationen über deren Herkunftsland oder ihren Einbürgerungsstatus gibt, existieren keine solchen Daten für direkt von Privathaushalten beschäftigte Betreuungs- und Pflegekräfte. Selbst in den Fällen, in denen MigrantInnen berechtigt sind, in Frankreich zu bleiben und zu arbeiten, ist es schwierig, in Statistiken den Arbeitsstatus zu finden oder unter welchem Status sie arbeiten (direkt beschäftigt oder über eine Agentur angestellt oder vermittelt); alles Variablen, die aber mit der Qualität der Dienstleistungen verbunden sind (Di Santo/Ceruzzi (2010: 33).

### **7.3. Rekrutierung und Organisation der (transnationalen) Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Laut Condon et al (2013:10) gibt es zwei Wege über die MigrantInnen in den Arbeitsmarkt für Haushaltsdienstleistungen sowie häusliche Betreuung und Pflege in Frankreich einsteigen. Erstens, die sogenannten „Care-Routen“. Hier migrieren Frauen, weil es (in Europa) eine Nachfrage im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen gibt bzw. um in diesen Bereichen zu arbeiten. In diesem Fall gibt es formelle oder halbformelle Migrationskanäle, die vom und für den internationalen Betreuungs- und Pflegearbeitsmarkt organisiert werden. Durch informelle Netzwerke oder auch Vorerfahrungen wissen MigrantInnen, dass in der Betreuung und Pflege sowie in persönlichen und haushaltsnahen Dienstleistungen Arbeitskräfte benötigt werden. (Condon et al. 2013:10). Die „Care-Routen“ führen diese Frauen entweder zunächst über andere Länder des internationalen Marktes für bezahlte Betreuung und Pflege oder direkt nach Frankreich. Seit einigen Jahren kommen Migrantinnen in Frankreich vor allem aus den ehemaligen Ostblockländern aber auch von den Philippinen (Condon et al. 2013:10).

Zweitens gibt es Migrantinnen, die Teil dessen sind, was als „postkoloniale Migration“ bezeichnet wird. In diesem Szenario, zu dem auch Frauen aus nordafrikanischen Ländern gehören, werden – laut Condon et al. (2013:10) – Migration und Migrationspläne nicht mit Blick auf den geschlechtsspezifischen internationalen Markt für Betreuungs- und Pflegearbeit geplant oder entwickelt. Im Gegenteil diese Migrantinnen werden vom Bereich für häusliche und persönliche Dienstleistungen „aufgesogen“ nachdem sie in Frankreich angekommen sind, entweder weil sie in anderen Bereichen keine Arbeit finden oder weil sie von einer ihnen nahestehenden Person vor Ort dafür angeworben werden. Der Werdegang dieser Frauen stimmt – laut Condon et al. (2013:10) – jedoch mit dem der Frauen aus der ersten Gruppe überein, da sie über unangemeldete, informelle Arbeit für Privathaushalte in diesen Arbeitsbereich kommen. Wichtig in diesem Fall ist die Rolle der informellen Vermittlerinnen. Im Vergleich zur ersten Gruppe der MigrantInnen werden diese Frauen Gruppe seltener direkt, sondern eher über eine bereits beschäftigte migrantische Frau, die z.B. eine kurzfristige „Vertretung“ sucht, von einem Privathaushalt beschäftigt. So ersetzen Einsteigerinnen zunächst andere Migrantinnen, bevor sie für einen „eigene“ Haushalt arbeiten (Condon et al. 2013:10).

Frauen, die auswandern, gehören – laut Cordon et al. (2013:12) – nicht zu den am meisten benachteiligten Gruppen (in Bezug auf wirtschaftliches, symbolisches oder soziales Kapital), sondern es sind jene Frauen, die in der Lage sind, eine ausreichend große Geldsumme aufzubringen, um die Reise anzutreten. Insbesondere Frauen, die sich den „Care-Routen“ in Europa anschließen (z. B. Frauen aus Osteuropa oder von den Philippinen), können sich daher in einer Situation der Verschuldung befinden. Sie sind auf Arbeit angewiesen, um die geschuldete Summe (an eine Agentur oder an einen Privathaushalt) zurückzuzahlen, zusätzlich zu den Kosten für das Leben in Europa und das Senden von Geld nach Hause. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass ihre Bereitschaft, besonders schlechte Arbeitsbedingungen zu akzeptieren, besonders hoch ist (Condon et al. 2013:12).

Zu den sogenannten „Rekrutierungsräumen“ (Condon et al 2013:12) in Frankreich gehören etwa bestimmte Orte in den verschiedenen Bezirken von Paris oder den umliegenden Städten, in denen ein hoher Anteil an Führungskräften/leitenden Angestellten wohnt und wo Arbeitsangebote oder -nachfragen veröffentlicht werden. Darüber hinaus gibt es eigene informelle „Regeln“ wie z. B. Reputation und Vertrauen, die wichtig sind, damit MigrantInnen (neue) Privathaushalte finden, die sie beschäftigen. Dies erklärt – laut Condon et al. (2013:12) – auch, warum Migrantinnen sehr schlechte Arbeitsbedingungen, niedrige Bezahlung, Gewalt am Arbeitsplatz und Situationen eklatanter Misshandlung (scheinbar) akzeptieren. Nicht zuletzt deshalb, weil sie wissen, welches Gewicht diese informellen „Regeln“ haben, akzeptieren sie diese Situationen mit Blick auf ihre nächste oder zukünftige Beschäftigung. Sie gehen davon aus, dass es sich um eine vorübergehende Etappe in ihrem Lebenslauf handelt, obwohl soziale Isolation und Ausbeutung sie vielfach zu einer langen machen (Condon et al. 2013:12). Migrantische Frauen, die sich keine eigene Unterkunft leisten können, sind zudem auch bereit einen *live-in* Job anzunehmen, vor allem dann, wenn sie keinen Aufenthaltstitel haben (Condon et al. 2013:12).

#### 7.4. Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten

Die Regelungen der Betreuung und Pflege in Privathaushalten hängt in Frankreich stark mit der Beschäftigungspolitik zusammen. Es gibt eine jahrzehntelange Tradition unangemeldete Arbeit im Privathaushalt in bezahlte und angemeldete Beschäftigung umzuwandeln. Bereits in den frühen 1980er Jahren wurden ältere Menschen, Behinderte und Eltern kleiner Kinder, die jemanden im Haushalt beschäftigen von der Bezahlung der Sozialabgaben befreit. 1991 wurde ein Steuerabzugssystem geschaffen. Diese Maßnahmen hatte eine große Wirkung und machte Dienstleistungen für die Mittelschicht zugänglich. 1994 wurde zur Erleichterung der Beschäftigung von Arbeitskräften im Privathaushalt der „Dienstleistungsscheques“ (*chèque emploi service*) geschaffen – eine Vereinfachung des Verfahrens zur Bezahlung von Personen, die im Privathaushalt arbeiten. Laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:105) trugen diese Maßnahmen mit dem Ziel, die unangemeldete Arbeit zu reduzieren und die Berufstätigkeit von Frauen zu unterstützen, dazu bei, die Zahl der Beschäftigten im gesamten Dienstleistungssektor von 551.000 Ende 1991 auf 771.000 Ende 1996 zu erhöhen.

2005 wurde mit dem sogenannten *Plan Borloo* ein neuer Gutschein für Universaldienstleistungen (*chèque emploi service universel*) eingeführt, um die Verwaltungsverfahren für Privathaushalte weiter zu vereinfachen (Le Bihan/Sopadzhiyan 2018:105). Der *Plan Borloo* stellte eine qualitative und quantitative Weiterentwicklung dar und verfolgte das Ziel, die informelle Betreuungs- und Pflegearbeit, die von der Familie oder von unangemeldeten Arbeitskräften in Privathaushalten geleistet wird, in bezahlte Arbeitsplätze umzuwandeln und einen neuen Wirtschaftssektors für „persönlichen Dienstleistungen“ (*services à la personne*) zu etablieren. Dieser neue Sektor fasst – laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:105) – jedoch zwei sehr unterschiedliche Tätigkeiten zusammen: Hausangestellte und Betreuungs- bzw. Pflegekräfte wurde dabei in einer einzigen sozio-professionellen Kategorie zusammenführt. Die Zusammenlegung erfolgte auf der Grundlage, dass beide Tätigkeiten zu Hause ausgeübt werden – ohne Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen institutionellen Werdegänge. Die führte auch zur Schaffung einer spezialisierten Nationalen Agentur für personenbezogene Dienstleistungen (*Agence nationale de services à la personne*), die sich der Förderung dieses Sektors widmet, gleichzeitig wurde eine großen Werbekampagne zur Einführung dieses neuen Wirtschaftssektors der persönlichen Dienstleistungen gestartet (Jany-Catrice 2015).

Auch laut Condon et al. (2013:2) ist die Arbeit im Privathaushalt in Frankreich seit Anfang der 2000er Jahre einem starken Wandel unterworfen. Ziel war die Kommerzialisierung, durch die Unterstützung neuer vor allem privater, gewinnorientierter Unternehmen. Dieser Wandel hatte einen starken Einfluss auf die Organisation der Arbeit im Privathaushalt sowie auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und die Ausbildung von weiblichen Beschäftigten in Privathaushalten.

Die Gesamtwirkung des *Plan Borloo* wird – laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:105f.) – in jüngsten Studien angesichts der hohen Kosten und der Verschlechterung der Arbeitsplatzqualität im Bereich der (mobilen) Betreuung und Pflege in Privathaushalten in Frage gestellt. So liegt seit Mitte der 2000er Jahre der Schwerpunkt auf der Quantität, und es wird wenig Wert auf die Qualität der geschaffenen Arbeitsplätze oder das Qualifikationsniveau der beschäftigten Arbeitskräfte gelegt (Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:106).

Die bezahlte, mobile und häusliche Betreuung und Pflege, als Teil des „persönlichen Dienstleistungssektors“ umfasst in Frankreich viele verschiedene ArbeitgeberInnen, von öffentlichen Einrichtungen, über gewinnorientierte Unternehmen und gemeinnützige Vereine bis hin zu Privathaushalten (Condon et al. 2013:3).

Je nach ausgeübter Tätigkeit können zudem drei verschiedene Gruppen von Beschäftigten im häuslichen Bereich definiert werden: Reinigungskräfte (*aides ménagères*), die in der Praxis häufig auch die persönliche Betreuung übernehmen und über keine formale Qualifikation verfügen; häusliche Betreuungskräfte (*aides à domicile*), die neben der häuslichen Reinigung auch die persönliche Betreuung übernehmen und deren Arbeit ein breites Spektrum an Tätigkeiten umfasst; und persönliche Pflegeassistenten (*auxiliaires de vie à domicile*), die über spezifische Qualifikationen verfügen und als professionelle Pflegekräfte mit besonderen Fähigkeiten gelten (Le Bihan/Sopadzhiyan 2018:108).

Dabei können mobile und häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte auf drei Arten beschäftigt werden: 1) „Direkte Beschäftigung“ bedeutet, dass sie direkt von der Person, für die sie die Leistung erbringen, beschäftigt und bezahlt werden. Dies ist laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:106f.) auch die billigste Lösung, da betreuungs- und pflegebedürftigen Personen oder deren Familien sowohl für die Rekrutierung als auch für die Verwaltung des Arbeitsverhältnisses verantwortlich sind. 2) Im so genannten „Dienstleistungsmodus“ (*voie prestataire*) wird die Person von einer Einrichtung angestellt und bezahlt, die etwa ein gemeinnütziger Verein oder ein gewinnorientiertes Unternehmen sein kann. Hier müssen die betreuungs- und pflegebedürftige Person oder deren Familie keinerlei administrativen Aufgaben oder Verantwortungen übernehmen. Allerdings sind hier auch die Kosten am höchsten (Bihan/Sopadzhiyan 2018:106f.). 3) Im „Agenturmodus“ (*voie mandataire*) wird die Betreuungs- und Pflegekraft von der pflegebedürftigen Personen oder deren Familien angestellt und bezahlt, aber eine Agentur rekrutiert die Arbeitskraft und kümmert sich um die administrativen Aspekte. Durch einen Regierungserlass aus dem Jahr 2004 wurde diese Agenturtätigkeit für Unternehmen geöffnet (Condon 2013:3).

Die Existenz von drei verschiedenen Arbeitsverhältnissen spiegelt – laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:107) – die Entschlossenheit der politischen EntscheidungsträgerInnen wider, Flexibilität zu gewährleisten und die Beschäftigung in Privathaushalten zu erleichtern. Die betreuungs- und pflegebedürftigen Personen oder deren Familien entscheiden sowohl über die Art der Lösung als auch über den Dienstleistungsanbieter. In allen Fällen handelt es sich jedoch – im Unterschied zu Österreich – um ein ArbeitgeberInnen-ArbeitnehmerInnen-Verhältnis, das durch einen rechtsverbindlichen Arbeitsvertrag definiert ist. In der Praxis entspricht die Wahl einer

dieser Optionen auch den unterschiedlichen Bedürfnissen der NutzerInnen. Direkte Beschäftigung wird oft eingesetzt, wenn der Bedarf begrenzt ist und hauptsächlich Reinigungs- und andere häusliche Aufgaben betrifft. Die Art des Arbeitsverhältnisses entwickelt sich zu einer Dienstleistungs- oder Agentur-Beschäftigungsform, wenn der Betreuungs- und Pflegebedarf der älteren Person intensiver wird (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:107).

Laut Condon et al. (2013:3) gelten für Betreuungs- und Pflegekräfte, die im Rahmen des Agentur- oder Dienstleistungsmodus arbeiten unterschiedliche Kollektivverträge. Einen Kollektivvertrag für Arbeitskräfte von privaten Unternehmen gibt es überdies erst seit 2012. Zudem führen Direktbeschäftigung und der Agenturmodus tendenziell zu einer Individualisierung der Arbeits-, Beschäftigungs- und Entlohnungsbedingungen und damit zu mehr Unsicherheiten.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Betreuungs- und Pflegekräfte mehrere ArbeitgeberInnen haben, wodurch sie im Laufe eines einzigen Arbeitstages gleichzeitig von verschiedenen Kollektivverträgen, verschiedenen Arbeitsverhältnissen und unterschiedlichen Stundensätzen abhängig sind (Devetter/Lefebvre, 2015, zitiert in: Le Bihan/Sopadzhyan 2018:107).

### **7.5. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

Die Beschäftigungssituation der mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte ist durch prekäre Arbeitsbedingungen und unzureichende Ausbildung gekennzeichnet (Le Bihan/Sopadzhyan, 2018). Die Mehrheit der Betreuungs- und Pflegekräfte hat zwar einen unbefristeten Vertrag, jedoch sind Teilzeitarbeit und Situationen weit verbreitet, in denen eine Betreuungs- oder Pflegekraft mehrere ArbeitgeberInnen hat. Weniger als 30% der mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte sind Vollzeit beschäftigt (Le Bihan 2018:9). Nach Angaben der ArbeitgeberInnenorganisation UNA beträgt im Bereich der häuslichen Betreuung und Pflege die Teilzeitquote derzeit sogar 79%, wobei die Arbeitszeit mit der Qualifikation steigt (Turlan 2020:13). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt 26,1 Stunden an 4,9 Tagen, wobei die mobile Betreuungs- und Pflegekraft in einer Woche 6,5 verschiedene Personen betreuen – davon 5,4 ältere Menschen (Le Bihan 2018:9).

Es bestehen auch erhebliche Unterschiede in den Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften – hinsichtlich der Länge der Arbeitswoche oder der Prävalenz von atypischen Arbeitszeiten oder geteilten Diensten –, je nachdem in welchem Modus sie beschäftigt sind, wobei die Beschäftigten im Dienstleistungsmodus zwar häufiger Vollzeit arbeiten aber gleichzeitig auch mehr Überstunden und Sonntagsarbeit leisten. Die direkt Beschäftigten arbeiten am seltensten Vollzeit (nur rund 17%) machen aber auch weniger oft (zumindest offiziell) Überstunden und Sonntagsarbeit, dafür werden sie häufiger als andere Beschäftigten für Nachtschichten eingesetzt. Beschäftigte nach dem Agenturmodus leisten am häufigsten Sonntagsarbeit, aber auch oft Überstunden (siehe

dazu näher: Le Bihan/Sopadzhian 2018:110). Darüber hinaus spiegelt die Anzahl der Arbeitsstunden pro Tag nicht die Zeit wider, die tatsächlich für die Arbeit aufgewendet wird, vor allem nicht für nach dem Dienstleistungsmodus beschäftigte Betreuung- und Pflegekräfte. Ihr Arbeitstag ist in drei verschiedene Schichten (morgens, mittags und abends) aufgeteilt. Die Zeit, die notwendig ist, um von einem Arbeitsplatz/Wohnort zum anderen zu kommen, ist nicht im Kollektivvertrag für privaten Unternehmen enthalten und wird nur für bei rund 40% der Arbeitskräfte berücksichtigt, die nach dem Dienstleistungsmodus beschäftigt sind (Le Bihan/Sopadzhian 2018:108).

Daneben gibt es noch einen hohen Anteil an unangemeldeten Hausangestellten über deren Arbeitsbedingungen sehr wenig bekannt ist (Devetter und Lefebvre, 2015, zitiert in: Le Bihan/Sopadzhian 2018:108).

Ein 2019 veröffentlichter Bericht des zuständigen Ministers hebt für den Bereich der mobilen Betreuung und Pflege die Nichteinhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen wie die wöchentlichen Höchstarbeitszeit hervor, insbesondere hinsichtlich der Bezahlung der Arbeitszeit. Allerdings werden in dem Bericht keine quantitativen Daten angeführt (Turlan 2020:25).

Die gleichen Unterschiede sind bei der Bezahlung der professionellen, mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte zu beobachten. Das Durchschnittseinkommen liegt bei 832 € pro Monat, aber der Monatsverdienst variiert erheblich, je nachdem ob die Arbeitskräfte Vollzeit (1.190 €) oder Teilzeit (717 €) beschäftigt sind, je nach Art der Betreuungs- und Pflegearbeit und den geltenden Stundensätzen, die in den verschiedenen Kollektivverträgen ausgehandelt wurden, sowie je nachdem, ob sie im öffentlichen oder privaten Sektor arbeiten sind (Le Bihan/Sopadzhian 2018:111).

In dem erwähnten 2019 veröffentlichter Bericht des zuständigen Ministers wird jedoch auch unterstrichen, dass die meisten Beschäftigten angeben, dass sie aufgrund der physischen und psychischen Belastungen dieser Arbeit keiner Vollzeitbeschäftigung nachgehen könnten (Turlan 2020:13).

Für den Bereich der haushaltsnahen und persönlichen Dienstleistungen in Privathaushalten stellen Cordon et al (2013:13) fest, dass die Entlohnung oft nicht nur deutlich unter dem tariflichen, sondern auch unter dem gesetzlichen Mindestlohn liegt, vor allem dann, wenn die tatsächlich geleisteten oder zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden berücksichtigt werden (Condon et al. 2013:13).

Dessuet/Ledoux (2019:60) berichten, dass bereits vor der Einführung der APA die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen den Geschlechternormen in der Arbeitswelt entsprachen. Demnach werden diese Tätigkeiten überwiegend von Frauen ausgeübt, die in Teilzeit arbeiten und schlecht bezahlt werden. Mit der Einführung der APA stieg einerseits die Nachfrage gleichzeitig gab und gibt es Bestrebungen die Ausgaben für diesen Bereich einzudämmen. Dadurch haben sich die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Betreuungs- und Pflegekräften nicht wesentlich verändert, obwohl die geltenden Vorschriften Anfang der 2000er Jahre geändert wurden. Angesichts der Sparmaßnahmen sind die *Departements* dazu übergegangen, anstelle von längeren Hausbesuchen nun häufigere aber kurze Hausbesuche zu genehmigen. Die Folgen für die

Betreuungs- und Pflegekräfte sind eine erhöhte Mobilität und eine erhöhte Komplexität in den Zeitplänen und den Tätigkeiten. Die mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte leiden unter der Einführung kürzerer, zahlreicherer Hausbesuche und der Intensivierung der Arbeit mit den daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken. Dies erklärt, warum viele, vor allem ältere MitarbeiterInnen, es vorziehen, Teilzeit zu arbeiten. Selbst wenn sie ihr Einkommen aufstocken könnten, wollen sie vor allem den Job so lange wie möglich behalten, um Pensionsansprüche anzusammeln, und fühlen sich nicht in der Lage, den körperlichen und geistigen Anforderungen eines Vollzeitjobs standzuhalten, der de facto viel mehr als 35 Stunden pro Woche erfordern würde (Dussuet/Ledoux 2019:601f.)

### **7.6. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten**

In Frankreich hat(te) die Entwicklung eines Sektors der „persönlichen Dienstleistungen“ (*services à la personne*) zwei Hauptziele: die Unterstützung älterer und behinderter Menschen zu Hause und die Reduzierung der Arbeitslosigkeit durch die Entwicklung eines neuen beruflichen Sektors. Diese beiden Ziele haben sich – laut Le Bihan/Sopadzhiyan (2018:103) – als widersprüchlich erwiesen, da die quantitative Dimension des zweiten Ziels nicht immer mit der Qualität übereinstimmt, wie etwa auch die Ausführungen zu den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen zeigen.

Obwohl bereits Ende der 1980er Jahre spezielle Diplome für Betreuung und Pflege in Privathaushalten geschaffen und 2002 sowie 2016 reformiert wurden, um die Ausbildung zu verbessern, ist die mobile Betreuung und Pflege immer noch durch ein niedriges Ausbildungsniveau gekennzeichnet. So haben 62% der Betreuungs- und Pflegekräfte kein Diplom, weder im Gesundheits- noch im Sozialbereich (Le Bihan 2018:9). Hier dürfte es auch Unterschiede je nach Arbeitsverhältnis bzw. Beschäftigungsmodus geben, da die Kontrolle bezüglich der geforderten Qualifizierung unterschiedlich ist und bei Vermittlungsagenturen weniger streng als bei anderen AnbieterInnen ist (Naiditch 2013:100). Insgesamt gibt es für Betreuungs- und Pflegekräfte sechs verschiedene Qualifikationsstufen, wobei das AVS-Diplom (*auxiliaire de vie sociale*) das häufigste ist. Diese Arbeitskraft erbringen persönliche Betreuung und Pflege ähnlich wie eine Pflegeassistentin, jedoch nicht für Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten (Naiditch 2013:100).

Agenturen, die im Zusammenhang mit APA-Geldleistungen mobile bzw. häusliche Betreuung und Pflege anbieten, unterliegen unterschiedlichen nationalen Regelungen: „Genehmigungen“ im Auftrag des Gesundheitsministers, die nur für öffentliche und gemeinnützige Agenturen gelten und „Qualitätsvereinbarungen“ für alle Arten von Betreuungs- und Pflegeagenturen, die vom Arbeitsministerium erteilt werden (Naiditch 2013:100). Beide Systeme verlangen, dass AnbieterInnen/Agenturen nachweisen, dass sie Personal mit Fachkenntnissen beschäftigen, die den Aufgaben der Agentur entsprechen, und dass sie ein Qualitätsmanagementsystem und ein

Beschwerdemanagementverfahren eingerichtet haben. Die verwendeten Kriterien sind in etwa ähnlich, wenn auch nicht einheitlich in Bezug auf die regulierenden lokalen oder regionalen Stellen. Außerdem sind die Agenturen für die Kontrolle der Tätigkeiten ihrer MitarbeiterInnen verantwortlich, was gelegentlich auch Hausbesuche beinhaltet. Die Agenturen sind gesetzlich verpflichtet, eine jährliche Zufriedenheitsumfrage einzurichten, die sie jedoch nicht offenlegen müssen (Naiditch 2013:100). Zudem existieren interne Beschwerdeverfahren, die für Haushaltshilfe- und Pflegeagenturen obligatorisch sind, aber da sie nicht sehr bekannt sind, werden sie nur selten genutzt. Außerdem gibt es keine nationalen Daten über das Funktionieren und die Auswirkungen der Beschwerdeverfahren (Naiditch 2013:100).

„Die Sicherstellung der Einhaltung von Gesetzen und Vorschriften im Hausangestelltensektor ist eine große Herausforderung, da der Arbeitsplatz ein Privathaushalt ist, wodurch Kontrollbesuche oft nur begrenzt möglich sind“ (Basten 2015:19). Die Arbeitsaufsichtsbehörden haben in Frankreich jedenfalls ein allgemeines Mandat für den Hausangestelltensektor. Zudem sind ArbeitgeberInnen verpflichtet, Hausangestellten Lohnabrechnungen mit Angaben zu Löhnen, Arbeitszeiten und Prämien oder Zulagen auszustellen (Basten 2015:20).

## 8. RUMÄNIEN

### 8.1. Organisation der Langzeitpflege

In Rumänien basiert die Langzeitpflege fast ausschließlich auf der *informellen Betreuung und Pflege* innerhalb der Familie. Mit Sozialhilfereform 2011 erfolgte eine Definition der informellen Betreuungs-/Pflegekraft als „eine unqualifizierte Person (ein Familienmitglied, eine/n Verwandter/n, eine andere Person), die persönliche Pflege bzw. Hilfe bei der Ausübung der grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens leistet“. Obwohl die Bedeutung der informellen Betreuung und Pflege von den Behörden anerkannt wird, gibt es keine offizielle Schätzung über den Umfang der informellen Pflege in Rumänien (Ghiță/Boboc 2020:17). Gleichzeitig erfolgt 2011 erstmals eine Definition von Langzeitpflege. Diese bezieht sich auf die Betreuung von Personen, die mehr als 60 Tage lang Unterstützung für die Erfüllung von Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen (Pop 2018:4).

Die Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Dienstleistungen der Langzeitpflege ist nach wie vor auf verschiedene Ministerien, nationale Agenturen und Verwaltungsebenen (nationale Ebene/Länder/lokale Ebene) aufgeteilt. Insgesamt fallen die Leistungen und Dienste für verschiedene Gruppen, die Langzeitpflege benötigen, unter (a) die Sozialhilfepolitik (im Falle gebrechlicher älterer Menschen), (b) den sozialen Schutz von Behinderten, (c) das öffentliche Pensionssystem (im Falle von InvaliditätspensionistInnen) und schließlich (d) das Gesundheitssystem (im Falle chronisch kranken Menschen) (Pop 2018:4).

Das offizielle LTC-System basiert neben der informellen Betreuung und Pflege auf geringen *Geldleistungen* und weist einen hohen Mangel an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auf. Der Grad der *stationären Versorgung* ist sehr gering. Nur 2,5% der behinderten und 0,4% der Menschen über 65 Jahren lebt in stationären Einrichtungen. Gleichzeitig leben 15% der Kinder mit Behinderungen in Heimen oder in anderen Einrichtungen (Pop 2018:6f.). Die Nachfrage nach stationären Einrichtungen ist im Vergleich zum Angebot groß, vor allem auch für ältere Personen. Dies auch deshalb, weil das Angebot an mobilen Dienstleistungen extrem gering ist (Pop 2018:6).

Zwischen 2009 und 2016 ist die Zahl der öffentlichen, stationären Einrichtungen um 25% von 98 auf 123 gestiegen, während sich die Zahl der privaten Einrichtungen (die von einer finanziellen Unterstützung durch die öffentlichen Hand profitieren) fast verfünffacht hat, nämlich von 51 auf 245. Insgesamt verdoppelte sich in diesem Zeitraum die durchschnittliche Zahl der BewohnerInnen in diesem Zeitraum lag 2016 bei 14.500 Personen (Pop 2018:7). Obwohl die Zahl der stationären Einrichtungen in den letzten Jahren zugenommen hat, sind diese aufgrund der hohen Kosten nur für ältere Menschen

zugänglich, die über eine hohe Pension verfügen oder deren Familien für die Bezahlung aufkommen (Ghiță/Boboc 2020:16).

Die meisten stationären Einrichtungen sind traditionell in ländlichen Gebieten angesiedelt (und werden aus den lokalen Haushalten finanziert), während in den Großstädten eher mobile Dienstleistungen angeboten werden (Pop 2018:4).

In Rumänien gibt es drei Arten von **mobilen Dienstleistungen für ältere Menschen** angeboten: 1) Sozial Dienste, wie Heimhilfe, 2) medizinisch-soziale Dienste, wie persönliche Betreuung und Pflege (*personal care*) und 3) medizinische Beratung. Die Anzahl der Stunden ist in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand der Person begrenzt und beträgt seit 2007 maximal 56 Tage im Jahr, 8 Stunden pro Woche. Anspruch haben nur Personen, die keine Familienmitglieder oder sonstige Personen mit gesetzlicher Betreuungsverpflichtung haben und über kein ausreichendes Einkommen verfügen (Glacis/Popescu 2013:238). Mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen werden von öffentlichen lokalen Behörden oder von privaten NGOs (die Zuschüsse aus den staatlichen/lokalen Haushalten erhalten) erbracht, die als Leistungserbringer akkreditiert sind (Pop 2018:9). Der Versorgungsgard ist sehr gering (siehe dazu auch Tabelle 3). Laut Caritas benötigen mehr als 20% der älteren Bevölkerung Rumäniens (65+) mobile Betreuung und Pflege, aber nur 0,23% erhalten diese (Ghiță/Boboc 2020:20).

BewohnerInnen von stationären Einrichtungen sowie KundInnen von mobilen Dienstleistungen müssen in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Selbstbehalt leisten. Ältere Menschen sind verpflichtet, bis zu 60% ihres persönlichen Einkommens zu bezahlen. Wenn eine ältere Person nicht in der Lage ist, die Zahlung zu leisten, muss ihre Familie einen Vertrag über die Bezahlung des Restbetrags abschließen. In Fällen, in denen weder die ältere Person noch ihre Verwandten/Familie über ein ausreichendes Einkommen verfügen, wird der Beitrag vollständig von der Kommune übernommen. Schwerstbehinderte Menschen und ihre Familien haben keine gesetzliche Verpflichtung einen Selbstbehalt zu leisten (Pop 2018:7).

Eine sich abzeichnende Herausforderung für ältere Menschen deren Kindern im Ausland beschäftigt sind, besteht darin, dass sie zwar etwas Geld erhalten, dieses aber oft nicht ausreicht, um eine private Betreuungsperson im Haushalt zu beschäftigen. Gleichzeitig ist dieses Geld aber zu viel ist, als dass sie für staatliche oder karitative Unterstützung in Frage kämen (Vianello 2016:790; Sekulová/Rogoz 2018:27).

**Medizinische Einrichtungen und Dienste**, insbesondere Rehabilitationsdienste für Behinderte und InvaliditätspensionistInnen (aber auch alle Kosten im Zusammenhang mit der Betreuung von Schwerbehinderten während des Krankenhausaufenthalts) fallen in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums. Systematische und gut geregelte mobile Dienstleistungen beschränken sich meist auf die Dienstleistungen, die von (professionellen) persönlichen AssistentInnen für Schwerstbehinderten erbracht werden, sowie auf medizinische und palliative Dienstleistungen, die chronisch kranken Menschen über das Krankenversicherungssystem zur Verfügung gestellt werden (Pop 2018:7).

Schwerstbehinderter Menschen können sich zwischen der formellen Beschäftigung von **persönlichen AssistentInnen** oder auch Familienangehörigen und einer **monatlichen**

**Geldleistung** (in Höhe des an den/die persönliche/n AssistentIn zu zahlenden Nettomindestgehalts) entscheiden. Da diese persönlichen AssistentInnen (zumeist Frauen) Angestellte der Kommunalbehörden sind, die aus den lokalen Budgets bezahlt werden, drängen viele Stadtverwaltungen dazu, sich für die Geldleistung zu entscheiden. Diese ist mit keinen Verpflichtungen oder spezifischen Bedingungen für die Verwendung des Geldes verbunden. Die Geldleistungen sind für die lokalen Behörden billiger: Obwohl ihr Wert dem Nettogehalt eines/r persönlichen Assistentin entspricht, befreien sie die lokalen Behörden von der Verpflichtung, zusätzliche Sozialbeiträge zu zahlen oder Ersatzpersonal bereitzustellen, wenn diese beurlaubt sind (Pop 2018:7).

Laut Pop (2018:8) arbeiten die meisten BetreuerInnen bzw. PflegerInnen von Behinderten informell bzw. unangemeldet. Sie werden von der Familie bezahlt oder bestreiten ihren Lebensunterhalt, wie im Fall vieler Familienmitglieder von Behinderten, aus den Geldleistungen für Behinderte. Zwar ist mehr als ein Drittel der behinderten Menschen, die mit ihrer Familie leben, schwerstbehindert (2016 rund 38%), doch nicht alle profitieren von der formellen Betreuung und Pflege, da viele „gezwungen“ sind, stattdessen die finanzielle Geldleistung in Anspruch zu nehmen (Pop 2018:8).

## **8.2. Arbeitskräfte im mobilen und häuslichen LTC-Sektor**

Wie bereits erwähnt werden Betreuung und Pflege in Rumänien zumeist informell bzw. unangemeldet erbracht. Dies gilt für die Betreuung und Pflege von älteren Menschen, Behinderte und Kindern. Der Umfang dieser informellen Tätigkeiten ist schwer zu schätzen, aber sehr weit verbreitet. Insgesamt profitieren höchstens 30% der behinderten Menschen von formal angestellten, persönlichen AssistentInnen, der Anteil der BetreuerInnen für ältere Menschen, die formal angestellt sind, ist unbedeutend (Pop 2018:8).

Daten zu Beschäftigtenzahlen in der mobilen Betreuung und Pflege bzw. zu mobilen Dienstleistungen für ältere Menschen sind nicht verfügbar, da diese unter die allgemeinen Sozialhilfeeleistungen fallen (Pop 2018:13; Ghiță/Boboc 2020:23). Medizinische Versorgung und Palliativpflege zu Hause sind die einzigen häuslichen Dienstleistungen, für die seit 2015 getrennte Daten zur Verfügung gestellt werden. 2016 erhielten insgesamt über 45.000 Personen medizinische Versorgung und 93 Personen Palliativpflege zu Hause (Pop 2018:21).

In Rumänien gibt es keine offizielle Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten, da sich dies kaum jemand leisten kann. Häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte werden jedoch im rumänischen Berufsgesetzbuch unter dem Namen „Altenpfleger zu Hause“ geführt. Offiziellen Daten dazu fehlen allerdings (Ghiță/Boboc 2020:17). Zu 24-Stunden (*live-in*) BetreuerInnen in Rumänien gibt es keine verfügbaren Daten, aber der Anteil ist sehr gering, und geht laut Ghiță/Boboc (2020:16) gegen Null.

### 8.3. LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland

Laut dem rumänischen Nationalen Institut für Statistik ist die Wohnbevölkerung zwischen 2016 und 2017 um 0,3% zurückgegangen. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2015 129.500 Menschen nach Rumänien eingewandert, aber gleichzeitig 187.500 ausgewandert sind. Laut dem Entwurf der Nationalen Beschäftigungsstrategie 2013-2020 sind die wichtigsten Zielländer der RumänInnen in der EU Italien (mit einem Bestand von 890.000), Spanien (mit 825.000) und Deutschland (mit 110.000) (Eurofound, 2014, zitiert in: Sekulová/Rogoz 2018:24). Es wird geschätzt, dass 2016 insgesamt fast drei Millionen RumänInnen in anderen europäischen Ländern lebten und arbeiteten (Sekulová/Rogoz 2018:24).

Die Anzahl der RumänInnen, die für kürzere Phasen (Pendelmigration) ins Ausland gehen, reduzierte sich zwischen 2008 und 2013 von 303.000 Personen auf 162.000 Personen, gefolgt von einem Anstieg auf 232.000 Personen im Jahr 2018 (davon 51% Männer und 49% Frauen) (Ghiță/Boboc 2020:14). RumänInnen, die zur Arbeit in europäische Länder auswandern, arbeiten nach dem Baugewerbe (26%) vor allem in der häuslichen Betreuung und Pflege (21%). Ein hoher Anteil dieser Migranten arbeitet ohne Arbeitsvertrag (25% in Italien, 60% Frauen) (Ghiță/Boboc 2020:14).

Die Zielländer der Migration bezüglich Betreuung und Pflege älterer Menschen sind vor allem Italien, Spanien, Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich. Laut dem *2017 annual report on intra-EU labour mobility* kamen von den insgesamt rund 257.000 persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte, die im EU-Ausland wohnten, fast die Hälfte bzw. rund 122.000 Personen aus Rumänien (Friese-Tersch et al. 2018:225f.). Auf Basis einer rumänischen Statistik aus dem Jahr 2015 hatten 20,5% der 880.000 Menschen, die in Italien als private Betreuungs- und Pflegekräfte beschäftigt sind, die rumänische Staatsbürgerschaft. Zahl über das tatsächliche Ausmaß gibt es nicht, da viele BetreuerInnen ohne Vertrag arbeiten und nicht offiziell registriert sind (Ghiță/Boboc 2020:13).

Gründe für die Migration sind neben den relativ großen Einkommensunterschieden zwischen Rumänien und den Zielländern die schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Einkünfte in den rumänischen Gesundheits- und Pflegeberufen, hohe Armutsraten, Arbeitslosigkeit und die Unmöglichkeit, im Herkunftsland einen Arbeitsplatz zu finden (Sekulová/Rogoz 2018:28, Sekulová/Rogoz 2019:7).

So verdient eine vollzeitbeschäftigte mobile Betreuungs- und Pflegekraft in Rumänien zunächst den Mindestlohn. Das Einkommen kann je nach Ausbildung und Erfahrung dann den eineinhalbfachen Wert erreichen. 2018 betrug der monatliche Bruttomindestlohn 2080 RON (rund 433 EUR), diese wurde ab dem 1. Januar 2020 auf 2230 RON (rund 465 EUR) erhöht (Ghiță/Boboc 2020:22).

Rumänische MigrantInnen und PendlerInnen folgen bestimmten traditionellen Bahnen und geographischen Bindungen. Zielländer sind daher, wie bereits mehrfach erwähnt, vor allem Italien, Spanien, Deutschland und Österreich. Die Dauer der Arbeitsmigration geht von Pendelmigration bis hin zu längeren Migrationszeiten. Rumänische Betreuungs- und

Pflegekräfte arbeiten in den Haushalten der Zielländern entweder als 24-Stunden-BetreuerInnen, oder sie leben in einer eigenen Wohnung und arbeiten für eine oder mehrere hilfsbedürftige Menschen oder deren Familien. Dies wird laut Sekulová/Rogoz (2018:28) zu einem großen Teil von den Bedarfen und die gesetzlichen Regelungen in den Zielländern bestimmt.

#### **8.4. Vermittlung von transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Die Vermittlung von rumänischen Betreuungskräften ins EU-Ausland erfolgt einerseits über sogenannte Migrationsketten (sprich über Verwandte und Bekannte, die bereits im EU-Ausland beschäftigt sind) (siehe dazu: Länderbericht Italien) oder auch über (registrierte) Vermittlungsagenturen. Diese fungieren einerseits als Vermittler zwischen den privaten PersonenbetreuerInnen und den hilfsbedürftigen Personen bzw. deren Familien oder auch ausländischen Agenturen. Andererseits verhandeln sie auch die Betreuungs-Honorare und sollten Unterstützung bei der Bezahlung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen leisten. Laut Sekulová/Rogoz (2019:13) berichteten einige der rumänischen Betreuungskräfte jedoch über missbräuchliche Praktiken von Agenturen. Praktiken wie die Erhebung von Einstellgebühren von den Betreuungskräften sowie der hilfsbedürftigen Person bzw. der Familie, die eine Pflegekraft beantragt. Weiters zeigt sich, dass Agenturen bezüglich der Leistung der Sozialversicherungsbeiträge zwar mit Erklärungen behilflich sind, aber ansonst keine weitere Unterstützung erfolgt. Verträge sind häufig nur in der Sprache des Ziellandes, nicht aber in der Muttersprache der BetreuerInnen erhältlich.

In Rumänien erlaubt eine kürzliche Gesetzesänderung registrierten Vermittlungsagenturen nicht mehr, bei der Vermittlung von Arbeitsverträgen im Ausland von rumänischen StaatsbürgerInnen Provisionen zu verlangen. Rumänische Betreuungskräfte halten diese Änderung für eine wichtige Entwicklung, um zu verhindern, dass Betreuungskräfte Gebühren sowohl an rumänische Agenturen als auch an Agenturen im Zielland zahlen. Obwohl diese Änderungen im März 2018 in Kraft traten, berichten Betreuungskräfte weiterhin über Fälle, in denen rumänische Agenturen Gebühren verlangen. (Sekulová/Rogoz 2019:14).

#### **8.5. Ausbildung und Qualitätssicherung (LTC home-based care)**

Im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege gibt es 4 Berufsgruppen: 1) Nicht-zertifizierte BetreuerInnen, 2) persönliche AssistentInnen: sie nehmen in der Regel an Ausbildungsprogrammen teil, die von den lokalen Behörden angeboten werden, aber es gibt keine spezifischen Ausbildungsanforderungen, 3) Zertifizierte BetreuerInnen für ältere Menschen: sie absolvieren in der Regel ein sechsmonatiges Schulungsprogramm (620 Stunden) zur Betreuung und Pflege von älteren Menschen, 4) Zertifizierte

BetreuerInnen von kranken Menschen: sie nehmen sechs Monate lang an einer Ausbildungsprogramm (720 Stunden) teil (Gulácsi/Popescu 2013:238). Der Inhalt der Ausbildung wird durch den „Nationalen Rat für die Berufsausbildung von Erwachsenen“ kontrolliert, der die Bildungsinstitute akkreditieren muss. Die Ausbildungen selbst werden jedoch nur von NGO's angeboten (Gulácsi/Popescu 2013:238).

Die offiziell beschäftigten BetreuerInnen und PflegerInnen sind entweder bei DienstleisterInnen für mobile Betreuung und Pflege oder sie arbeiten in der Familie und sind bei den lokalen Behörden angestellt. Beide Kategorien von Beschäftigten sollten – laut Pop /2018:11) – ständige und systematische professionelle Unterstützung in Form von Kompetenzaufbau und kurzfristigen Spezialisierungskursen erhalten. Die professionelle Unterstützung und Vernetzung ist jedoch in den meisten Fällen im Vergleich zu den Bedürfnissen der BetreuerInnen und in Bezug auf die für diesen Beruf festgelegten Mindestqualitätsstandards unzureichend (Pop 2018:11).

Alle Anbieter von Sozialdienstleistungen sind in einem elektronischen Register zu finden und müssen die erforderlichen Mindeststandards erfüllen, um akkreditiert zu werden. Aufgrund neuer Verordnungen verloren nach einem Höhepunkt der Akkreditierung und Lizenzerteilung im Jahr 2016 viele Zentren ihre Akkreditierung. Im Januar 2018 gab es nur noch 2.494 zugelassene Anbieter von Sozialdienstleistungen, davon 232 Anbieter von stationären Einrichtungen (106 öffentliche und 126 private) und 207 Anbieter von mobiler Betreuung und Pflege (38 öffentliche und 169 private) (Pop 2018:10).

Insgesamt ist die Qualität der meisten Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, vor allem der stationären Einrichtungen trotz der ständigen Aktualisierung der Normen und Qualitätsstandards, extrem niedrig. Der Mangel an Finanzmitteln führt dazu, dass der Anteil an (systematisch unterbezahltem) Fachpersonals geringer ist, als erlaubt. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich die Qualität dieser Dienste im Laufe der Zeit verbessert hätte. Tatsächlich sind die meisten Dienste auf Pflege ausgerichtet und weniger auf Beratung, Rehabilitation und Prävention. Dies obwohl das Ministerium für Arbeit und soziale Gerechtigkeit (MLSJ) und die „Nationale Strategien zur Deinstitutionalisierung“ die stationäre Unterbringung als letzte Lösung und Alternative zur mobilen Betreuung und Pflege propagieren (Pop 2018:10).

Von privaten, mobilen BetreuerInnen und PflegerInnen wird keine spezifische Qualifikation verlangt. Der Besitz einer Qualifikation ist zwar ein Vorteil (und viele private Dienstleistungsanbieter bieten Kurse und EU-anerkannte Zertifizierungen an), stellt aber meist eine Rampe in Richtung Arbeit im Ausland dar (Pop 2018:11).

## 8.6. Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in Rumänien

### 8.6.1. Auswirkungen auf Kinder

„Zurückgelassene Kinder“ ist laut Sekulová/Rogoz (2018:24) eines der am besten erforschten migrationsbezogenen Themen in Rumänien. Die ersten offiziellen Daten aus dem Jahr 2006 gingen davon aus, dass sich im Falle von 60.000 Kindern mindestens ein Elternteil zur Arbeitsaufnahme im Ausland befand. Nach den von der rumänischen Kinderschutzbehörde veröffentlichten Daten erreichte die Zahl im Jahr 2008 ihren Höhepunkt, als rund 92.000 bzw. 2% aller Kinder in diese Kategorie fielen. Diese Zahl ging bis ins Jahr 2012 auf 84.000 Kinder zurück. Schätzungen gehen jedoch für die letzten Jahre von 350.000 bis 400.000 Kindern aus, die mindestens einen Elternteil im Ausland hatten (Sekulová/Rogoz 2018:24f).

Die in den Studien beschriebenen Auswirkungen auf die Kinder sind vielfältig. Sie reichen von einer besseren finanziellen Situation und dadurch besseren Gesundheitszustand sowie Ausbildungsmöglichkeiten über negative Effekte der „Verwirrung und allgemeinen Desorientierung“ bis hin zum Auftreten von Depressionen aufgrund „mangelnder Kontinuität der Betreuung“ und des „Verlustes der elterlichen Liebe“ (Sekulová/Rogoz 2018:25).

Laut einer Studie aus dem Jahr 2018 wird von rumänischen VertreterInnen auf lokaler Ebene anerkannt, dass es vor allem das Engagement von Frauen in der Betreuungs- und Pflegearbeit im Ausland ist, das negative Auswirkungen auf die im Land verbleibenden Kinder hat (Sekulová/Rogoz 2019:27).

Interviews mit LehrerInnen in Rumänien zeigten die wahrgenommenen negativen Auswirkungen der Migration der Eltern auf die schulischen Leistungen ihrer Kinder. Fast alle Befragten beschreiben die Situation dieser Kinder als verheerend, zumal die meisten von ihnen in der Schule keine guten Leistungen erbringen. Sie sind der Ansicht, dass die Abwesenheit der Eltern, und sei es auch nur für recht kurze Zeiträume (Monate statt Jahre), negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder und auf ihre schulischen Leistungen insgesamt hat (Sekulová/Rogoz 2019:28f.)

Obwohl sich die nationalen Behörden der hohen Zahl von betroffenen Kindern bewusst sind, gibt es keine entsprechenden politischen Unterstützungsmaßnahmen für die betroffenen Familien. Die meisten Gruppen, die in diesem Problembereich aktiv werden, sind NGOs wie *Save the Children Romania* oder *Social Alternatives Association (Asociația Alternative Sociale)* (Ghiță/Boboc 2020:14, Sekulová/Rogoz 2018).

Gleichzeitig wurden spezifische Pilotprojekte eingerichtet, um Kinder zu unterstützen, die nach ihrer Einschulung im Ausland nach Rumänien zurückkehrten (*remigrați*). Sobald ihre Eltern beschließen, nach Rumänien zurückzuziehen, genießen diese Kinder das Recht auf Bildung, da die Schule bis zur 10. Klasse kostenlos und obligatorisch ist

(Sekulová/Rogoz 2019:31). Im Frühjahr 2018 änderte das Ministerium für Nationale Bildung die Vorgaben zur Anerkennung von Ausbildungsjahren im Ausland, um Kindern die Einschreibung in das Pflichtschul- und Oberstufenschulsystem zu erleichtern. Alleine zwischen Januar 2008 und Mai 2012 waren 21.325 Kinder aus Italien und Spanien nach Rumänien zurückgekehrt und es wurde für sie ein Antrag für die Anerkennung ihrer Schulbildung im Ausland gestellt (Sekulová/Rogoz 2019:32).

#### **8.6.2. Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Gesundheit der BetreuerInnen**

In Rumänien wird der Ab- bzw. Auswanderung eine negative Auswirkung auf das Gesundheitssystem zugeschrieben, der Mobilität bzw. Migration von Betreuungskräften kommt dabei keine besondere Rolle zu. Die wahrgenommenen negativen Auswirkungen beziehen sich hauptsächlich auf die Migration und Mobilität von ÄrztInnen und ausgebildeten KrankenpflegerInnen. Da von den 24-Stunden-BetreuerInnen angenommen wird, dass sie keine pflegerische Ausbildung haben, gilt ihre Abwanderung als nicht problematisch (Sekulová/Rogoz 2019:34). Sekulová/Rogoz (2019:35) schätzen jedoch, dass 2016 alleine in Österreich ca. 4.400 rumänische 24-Stunden-BetreuerInnen tätigen waren, die ausgebildete KrankenpflegerInnen sind.

In Rumänien führt der Mangel an ausgebildeten KrankenpflegerInnen dazu, dass Stellen in den örtlichen Krankenhäusern mit weniger gut ausgebildetem Personal besetzt werden, was zu einer Verringerung der Qualität der Dienstleistung führt (Sekulová/Rogoz 2019:35)

Gleichzeitig zeigt sich, dass 24-Stunden-BetreuerInnen selbst – aufgrund der psychisch und physisch belastenden Tätigkeiten im Zusammenhang mit Migrationserfahrungen – zum Teil unter massiven gesundheitlichen Folgen leiden. Einige private Initiativen in Rumänien widmen sich daher den gesundheitlichen Problemen der migrierten Betreuungskräfte. So gibt es eine Medienkampagne mit dem Titel „Italien-Syndrom“. Hier werden Personen über die Risiken und Vorteile einer Arbeit im Ausland informiert, insbesondere wenn es um Kinder geht, die allein zu Hause zurückgelassen werden. Laut den FachärztInnen des *Iasi*-Instituts für Psychiatrie *Socola* ist das „Italien-Syndrom“ (auf Italienisch *Sindrome Italiana/Sindrome della badante*) eine spezifische psychische Pathologie von Frauen, die aus Osteuropa auswandern, um als private familiäre Betreuungs- und Pflegekräfte zu arbeiten, und sich gelegentlich auch auf die Kinder erstreckt, die sie zu Hause zurücklassen. Das „Italien-Syndrom“ beinhaltet körperliche Symptome wie Schmerzen und extreme Müdigkeit und entwickelt sich zu langfristigen Depressionen und Episoden von Paranoia (Sekulová/Rogoz 2019:36). Im Jahr 2016 wurden 3.384 Frauen, die an Depressionen leiden, in das *Iasi*-Institut aufgenommen. Im Jahr 2017 wurden weitere 3.177 Frauen mit der gleichen Diagnose ins Krankenhaus eingeliefert. In beiden Jahren traten bei etwa 5% der Patienten spezifische Symptome des „Italien-Syndroms“ auf (Ghiță/Boboc 2020:15).

### **8.6.3. Auswirkungen auf die Betreuung und Pflege hilfebedürftiger Eltern**

Wie Földes (2016: 83, 98) ausführt, unterstützen im Fall von „transnationalen Familien“ bzw. Familien, in denen erwachsene Kinder im Ausland leben, die Eltern in der Anfangsphase der Migration ihre Kinder durch die Übernahme der Betreuung der Enkelkinder, aber mit der Zeit kehrt sich die Situation aufgrund des zunehmenden Alters und der Hilfebedürftigkeit der Eltern um.

Laut einer Erhebung aus dem 2011 gaben von den rund 1.500 befragten Eltern über 60 Jahren 13% an, dass sie Kinder haben, die im Ausland leben (Földes 2016:85). Auch Vianello (2016:781) gibt an, dass angesichts des Ausmaßes des Phänomens der Migration aus Rumänien und des Durchschnittsalters der in Italien lebenden RumänInnen davon ausgegangen werden kann, dass die Anzahl älteren RumänInnen mit mindestens einem Kind im Ausland groß ist.

Aufgrund dieser hohen Betroffenen hat den letzten Jahren das öffentliche Interesse an den Auswirkungen der Auswanderung aus Rumänien auf ältere Menschen zugenommen. Studien heben mehrere Problematiken hervor. Erstens betonen sie, dass die Auswanderung erwachsener Kinder mit emotionalem Verlust, Isolation und mangelnder körperlicher Fürsorge für ihre Eltern einhergeht. Zweitens zeigen sie, dass, wenn beide Elternteile auswandern, die Großeltern die grundlegende Rolle der Betreuung der Enkelkinder übernehmen. Für viele ältere Menschen ist das damit verbundene wirtschaftliche und menschliche Engagement jedoch kaum tragbar, da sie oft arm und krank sind (Vianello 2016:782). Drittens wird festgestellt, dass Personen eher zur Auswanderung neigen, wenn Geschwister in der Nähe der älteren Eltern lebt (Vianello 2016:782). In diesen Fällen gibt es eine starke Zusammenarbeit zwischen den Geschwistern: Die MigrantInnen leisten die wirtschaftliche Unterstützung, während die anderen die alltäglichen Bedürfnisse ihrer älteren Eltern abdecken (Vianello 2016:791, Földes 2016:98). Selbst wenn alle erwachsenen Kinder im Ausland leben, sind diese in der Lage, ihre älteren Eltern – insbesondere, wenn sie noch selbstständig sind – mit Hilfe ihres sozialen Netzes zu unterstützen. Sie rufen an, um sich zu vergewissern, dass es ihren Eltern gut geht, sie schicken ihnen Geld, um all ihre materiellen Bedürfnisse zu decken, und manchmal bezahlen sie jemanden, der ihnen bei der täglichen Arbeit hilft (Vianello 2016:787).

Die Untersuchung von Vianello (2016:787), die sich auf rumänische und moldawische MigrantInnen in Italien bezieht, zeigt, dass die Eltern in den wenigsten Fällen von einer bezahlten Betreuungs- oder Pflegekraft betreut werden oder in einer stationären Einrichtung leben. Wie erwähnt, können es sich zahlreiche transnationale Familien nicht leisten, Betreuungsdienste für die Familien, die sie im Herkunftsland zurückgelassen haben, zu kaufen, aber gleichzeitig ist ihr Einkommen zu hoch, als dass sie Anspruch auf öffentliche Dienstleistungen haben. Daraus ergibt sich das Paradox, dass viele Migrantinnen, die etwa in Italien als Betreuerinnen/Pflegerinnen für ältere Menschen arbeiten, nicht in der Lage sind, den Betreuungs- und Pflegebedarf ihrer eigenen älteren Eltern zu decken (Vianello 2016:790f.).

Steigt die Hilfebedürftigkeit der Eltern bzw. können sie nicht mehr alleine leben, dann werden – laut der Untersuchung von Vianello (2016:787f.) – von den migrierten Frauen zwei Praktiken angewendet: Die erste ist die Idee der Rückkehr nach Hause, um die Betreuung der Eltern zu gewährleisten. Der Betreuungs- und Pflegebedarf der Eltern kann dann ein guter Grund sein, nach Hause zurückzukehren und die Migrationserfahrung abzuschließen. Die andere Möglichkeit ist, die Eltern nach Italien zu bringen. Dies wird in der Regel von jungen Frauen in Betracht gezogen, die sich mit ihrer Kernfamilie in Italien niedergelassen und einen langfristigen Migrationsplan haben.

Auch in Rumänien führt die Abwanderung zu einem Anstieg der Zahl alleinlebender älteren Menschen, die mobile oder stationäre Betreuung und Pflege benötigen. Für RumänInnen, die in ländlichen Gebieten leben, sind die formellen Pflegeangebote begrenzt und die Dienstleistungen unzureichend, was zu langen Wartelisten für Betten oder Plätze in spezialisierten Einrichtungen führt (Sekulová/Rogoz 2019:42). Im Jahr 2015 lebten 35,5 Prozent der rumänischen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber allein (Sekulová/Rogoz 2019:43).

In Rumänien hat die Migration von Betreuungs- und Pflegekräften, laut Sekulová/Rogoz (2019:44), auch direkte negative Auswirkungen auf die Qualität im formellen LTC-Bereich. Die Qualität der Leistungserbringung nimmt ab, weil ausgebildetes Pflegepersonal ins Ausland geht und durch unzureichend ausgebildete MitarbeiterInnen ersetzt wird. Dennoch werden in Rumänien – sowie in der Slowakei – die negativen Auswirkungen auf die informelle Betreuung und Pflege als höher eingeschätzt, als auf das formelle Betreuungs- und Pflegeangebot.

## 9. SLOWAKEI

### 9.1. Organisation der Langzeitpflege

Ähnlich wie in Rumänien liegt die Verantwortung für die Betreuung und Pflege von Angehörigen weitgehend bei der Familien und das LTC-System beruht fast vollständig auf der informellen Betreuung und Pflege durch unbezahlte, weibliche Familienangehörige. Daneben bietet die Slowakei pflegebedürftigen Personen zu einem geringen Ausmaß professionelle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen und/oder bedarfsgeprüfte Geldleistungen sowie einen geringen Einkommensersatz für pflegende Angehörige an (Sekulová/Gogoz 2019:41).

Die Zuständigkeit für die Langzeitpflege ist in der Slowakischen Republik formell zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Familie (MLSAF) (Bereitstellung von Sozialdiensten und Geldleistungen) und dem Gesundheitsministerium (geriatrische Kliniken, medizinische und pflegerische Einrichtungen für Langzeitkranke, Pflegeheime und Pflegeagenturen) aufgeteilt. Öffentliche Angebote der Langzeitpflege werden entweder formell in stationären Einrichtungen und von professionellen mobilen Betreuungs- und Pflegediensten erbracht (Gerbery/Bednárík 2018:4). Die Kommunen sind für die sozialen Dienstleistungen zuständig und tragen die Hauptverantwortung für die mobile Betreuung (*social care*) für ältere Menschen, während die Regional-/Kreisverwaltungen für die stationären Einrichtungen für ältere, behinderte und chronisch kranke Menschen zuständig sind (Sekulová/Rogoz 2019:40).

Eine soziale und gesundheitliche Bewertung der persönlichen Situation der/des hilfsbedürftigen Menschen stellt die Grundlage für die Gewährung von Maßnahmen im Bereich der Langzeitpflege dar. Diese bestimmt den Grad der Abhängigkeit und damit das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit. Finanzielle Leistungen sind generell einkommensabhängig (Gerbery/Bednárík 2018:4).

Formelle Betreuung und Pflege wird vor allem in **stationären Einrichtungen** erbracht. Im Jahr 2016 gab es 43.847 Wohnplätze in stationären Einrichtungen, die für die Langzeitpflege genutzt wurden. Die Mehrheit der KlientInnen waren ältere Menschen ab dem Pensionsalter (Gerbery/Bednárík 2018:5). Stationäre Einrichtungen decken rund 14% der Pflegebedürftigen ab (Sekulová/Rogoz 2019:41).

**Mobile Betreuungs- und Pflegedienste** werden vor allem von öffentlichen aber auch privaten/gemeinnützigen AnbieterInnen erbracht. Im Jahr 2016 betreuten 5.590 Gemeindebedienstete 13.155 hilfebedürftige Personen. Im Vergleich zu 2015 ist die Zahl der Beschäftigten um etwa 15% und die Zahl der KlientInnen um 6% gestiegen. Nach Angaben der MLSAF war dies das Ergebnis eines vom ESF finanzierten nationalen Projekts zur Verbesserung der mobilen Betreuung und Pflege. Zusätzlich zum öffentlichen Angebot wurden 2016 mobile Dienstleistungen von 173

privaten/gemeinnützigen Anbietern für 3.594 KlientInnen erbracht: Im Vergleich zu 2015 stieg die Zahl der Anbieter um etwa 33%, während die Zahl der KlientInnen um 23% zurückging (Gerbery/Bednárík 2018:6).

Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen werden von öffentlichen Anbietern (Kommunen, Selbstverwaltungsregionen) und privaten/gemeinnützigen Anbietern festgelegt. Per Gesetz wird allerdings ein Mindesteinkommen definiert, das den KlientInnen nach Bezahlung des Selbstbehaltes noch zur Verfügung stehen muss (Gerbery/Bednárík 2018:6).

Laut Eurostat Daten gaben im Jahr 2014 4,2% der Bevölkerung zwischen 65 und 74 Jahren an, mobile Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, verglichen mit 4,7% in der EU-27 insgesamt. Bei den Personen über 74 Jahre waren es 10,9% in der Slowakei und 18,1% EU-weit (Gerbery/Bednárík 2018:10) (siehe dazu auch Tabelle 3).

Personen, die langfristig pflegebedürftige Angehörige pflegen, können **Pflegebeihilfe** (*príspevok na opatrovanie*) beantragen. Voraussetzung ist, dass sie einen behinderten Menschen ab 6 Jahren, der auf Pflege angewiesen ist, intensiv pflegen. Die Pflegebeihilfe zielt grundsätzlich auf die Finanzierung der Pflege durch Angehörige ab. Sie kann jedoch auch an eine andere Person ausgezahlt werden, wenn diese mit der hilfebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebt. Die Kranken- und Sozialversicherungsbeiträge für BezieherInnen von Pflegebeihilfe werden vom Staat übernommen (Gerbery/Bednárík 2018:7).

Die Pflegebeihilfe wird – etwa im Unterschied zu Österreich – direkt an die pflegende Person ausbezahlt. Die Höhe hängt von mehreren Faktoren ab. Wird die Langzeitpflege nur für eine Person erbracht, beträgt dieses 125% des Existenzminimums für eine erwachsene Person (249,35 EUR pro Monat). Erhalten zwei oder mehrere Angehörige eine informelle Langzeitpflege, beträgt die Beihilfe 162% des Existenzminimums (323,36 EUR). Die Zulage wird um 49,80 EUR pro Monat erhöht, wenn eine Person ein oder mehrere schwer behinderte Kinder betreut. Gleichzeitig reduziert sich die Pflegebeihilfe in Abhängigkeit vom Einkommen der hilfebedürftigen Person (Gerbery/Bednárík 2018:7).

Pflegebeihilfe für pflegende Angehörige wird nicht bezahlt, wenn die hilfebedürftige Person eine Beihilfe für persönliche Assistenz erhält (siehe dazu näher: weiter unten). Darüber hinaus kann sie nicht mit der Inanspruchnahme von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten von mehr als 8 Stunden pro Monat oder von stationären Angeboten kombiniert werden (Gerbery/Bednárík 2018:8).

**Tabelle 3: Nutzung mobiler Betreuungs- und Pflegeleistungen, in Prozent**

	65-74 Jahre	über 74 Jahre
Malta	9,5	43,3
Niederlande	9,6	38,5
Belgien	15,1	34,2
Frankreich	10,4	33,3
Dänemark	5,4	27,4
Finnland	3,9	24,9
Spanien	3,9	21,6
Irland	3,6	20,9
Zypern	2,3	18,9
Italien	3,6	17,4
Tschechische Republik	2,8	16,5
Ungarn	6,1	15,6
Luxemburg	6,1	14,5
Slowenien	3,6	13,6
Polen	3,3	12,5
Griechenland	5,1	11,4
Slowakische Republik	4,2	10,9
Schweden	1,3	10,9
Deutschland	2,1	10,6
Portugal	3	10,2
Österreich	2	10,1
Bulgarien	5,7	10
Kroatien	2,6	9,6
Lettland	2,5	9,3
Litauen	2,9	7,7
Rumänien	2,6	7,2
Estland	2,8	6,3
EU 27	4,7	18,1

Quelle: Eurostat, Self-reported use of home care services [hlth\_ehis\_am7e]

Im Jahr 2016 bezogen durchschnittlich 54.666 pflegende Angehörige Pflegebeihilfe. Die Mehrheit der BezieherInnen von Pflegebeihilfe (31.960) waren Personen im erwerbsfähigen Alter. Im Durchschnitt erhielten diese 170 Euro pro Monat. Pensionierte BezieherInnen (22.042) stellten die zweitgrößte Gruppe dar. Diese erhielten durchschnittlich 89 Euro pro Monat (Gerbery/Bednárík 2018:8). Zudem wird Pflegebeihilfe mehrheitlich von Frauen im Alter zwischen 25 und 59 Jahren bezogen. Im Jahr 2016 erhielten etwa 25.400 Frauen in dieser Alterskategorie, verglichen mit etwa 6.300 Männern Pflegebeihilfe. Frauen im Alter ab 60 Jahren (rund 17.500) stellten auch einen sehr bedeutenden Anteil der informellen Pflegekräfte dar, bei den Männern dieser Altersgruppe waren es nur rund 5.200 (Gerbery/Bednárík 2018:9).

Laut Sekulová/Rogoz (2019:41) ist die Pflegebeihilfe auf Personen mit niedrigem Einkommen zugeschnitten. Untersuchungen zeigten, dass die Geldbeiträge den Einkommensverlust der pflegenden Angehörigen nicht ausreichen für kompensieren.

Schwerbehinderte Personen im Alter von 6 bis 65 Jahren, die auf persönliche Assistenz angewiesen sind, haben Anspruch auf eine **Beihilfe für persönliche Assistenz** (*príspevok na osobnú asistenciu*). Personen, die älter als 65 Jahre sind, haben nur dann Anspruch auf diese Beihilfe, wenn sie diese bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres bezogen haben. Persönliche AssistentInnen erbringen Dienstleistungen auf der Grundlage eines Vertrags mit der behinderten Person oder einer Agentur für persönliche Assistenz (Gerbery/Bednárík 2018:9).

Persönliche Assistenz wird für maximal zehn Stunden pro Tag bereitgestellt. Handelt es sich dabei um Familienangehörige wird diese nur für ausgewählte Aktivitäten und maximal vier Stunden pro Tag gewährt. Der Gesamtbetrag der Beihilfe hängt vom Umfang der Tätigkeiten und teilweise vom Einkommen ab. Die Beiträge für die Pensionsversicherung von persönlichen AssistentInnen, die mindestens 140 Stunden pro Monat beschäftigt sind, werden vom Staat bezahlt (Gerbery/Bednárík 2018:9).

## 9.2. Arbeitskräfte im LTC-Sektor

Die Beschäftigung in stationären Pflegeeinrichtungen stieg zwischen 2010 und 2018 um 24% von 21.000 Personen auf 26.000 Personen an. Dieser Anstieg erfolgte vor allem auf Grund der wachsenden Zahl älterer Menschen und Menschen mit Behinderungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Steigerung betrug im gleichen Zeitraum 31%. Laut Bednárík/Keselova (2020:11) ist offensichtlich, dass der Anstieg durch die wachsende Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen verursacht wurde.

**Tabelle 4: Anzahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialsektoren, 2010-2018**

NACE	2010	2013	2016	2018
86 Gesundheitswesen	80.165	93.091	89.674	89.641
87 Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	21.005	22.163	25.200	26.101
87.10 Pflegeheime	186	43	262	174
87.20 Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung u. Ä.	2.227	2.453	2.484	2.357
87.30 Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime	13.061	13.577	16.124	17.088
88.10 Soziale Betreuungs älterer und Behinderter	7.986	5.800	6.538	7.425

Quelle: Bednárík/Keselova 2020:11

Zwischen 2010 und 2018 gab es auch eine Veränderung in der Beschäftigungsstruktur innerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen. Während 2010 mehr als 30% der Beschäftigten Gesundheits(fach)kräfte waren, ging ihr Anteil bis 2018 auf 13,2% zurück. Dagegen stieg der Anteil der Betreuungs- und Pflegekräfte von 14,5% auf 26,4% an (Höchststand 2016 mit fast 35,4%). Darüber hinaus waren 2018 mehr als die Hälfte der Beschäftigten in stationären Einrichtungen sogenannte „Service“-ArbeiterInnen (Küchenpersonal, ArbeiterInnen etc.) und Beschäftigte in nicht spezifizierten Berufen, 2010 waren es 37,4% (Bednárík/Keselova 2020:17).

Das Verhältnis zwischen mobilen Betreuungs- und Pflegekräften und KlientInnen hat sich zwischen 2010 und 2018 ebenfalls verändert. Kamen 2010 auf 17.585 KlientInnen 6.400 BetreuerInnen bzw. PflegerInnen, so waren es 2018 15.994 KlientInnen und 8.525 BetreuerInnen bzw. PflegerInnen (Bednárík/Keselova 2020:18).

Laut Bednárík/Keselova (2020:16) gibt es in der Slowakei keine PersonenbetreuerInnen, die im Haushalt der hilfebedürftigen Menschen leben. Dies könnten sich, wenn überhaupt, nur Menschen und ihre Familien mit überdurchschnittlich hohem Einkommen leisten (Bednárík/Keselova 2020:16).

### **9.3. LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland und Vermittlung von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalte**

Das benachbarte Österreich ist seit dem Fall des Eisernen Vorhangs 1989 eines der wichtigsten Zielländer für slowakische Arbeitsmigration. Seit den 1990er Jahren sind Tausende von Frauen aus der Slowakei als private PersonenbetreuerInnen bzw. 24-Stunden-BetreuerInnen im Ausland beschäftigt. Allein in Österreich arbeiten etwa 30.000 slowakische Frauen in der 24-Stunden-Betreuung (Wirtschaftskammer Österreich 2017). Ende 2017 stellten slowakische Arbeitskräfte rund 40% der 24-Stunden-Betreuungskräfte mit Gewerbeberechtigung in Österreich dar (siehe dazu auch: Länderbericht Österreich). Slowakische Betreuungs- und Pflegekräfte sind auch in anderen deutschsprachigen Ländern (Deutschland und Schweiz) präsent, aber die räumliche Nähe und die Möglichkeit der Pendelmigration im zweiwöchentlichen Rhythmus machen Österreich zur bevorzugten Option (Sekulová/Rogoz 2018:20).

Dutzende von in- und ausländischen Agenturen sind in diesem Sektor tätig. Sie vermitteln vor allem weibliche Bewerberinnen nach Deutschland, Österreich und in andere EU-Staaten. Viele dieser Agenturen vermitteln auch Berufs- und Sprachkurse. Meistens arbeiten Frauen mittleren Alters aus den südlichen und östlichen Teilen der Slowakei als Betreuerinnen im Ausland (Bednárík/Keselova 2020:14)

Frauen aus dem östlichen Teil der Slowakei machten im Jahr 2016 fast 50% der ausgewanderten BetreuerInnen aus. In der Regel arbeiten diese zwei Wochen im Ausland und kommen dann für zwei Wochen nach Hause zurück. Ungefähr 20% dieser Betreuerinnen arbeiteten früher als Krankenpflegerinnen im Gesundheitswesen in der Slowakei (Bednárík/Keselova 2020:14f).

Die privaten PersonenbetreuerInnen aus der Slowakei waren – laut einer Erhebung aus dem Jahre 2011 – relativ gut ausgebildet. Die überwiegende Mehrheit hat einen Sekundarschulabschluss (89,4%) und fast 10% einen Universitätsabschluss. Abgesehen von ihrem allgemeinen Bildungsprofil verfügen die meisten Frauen nicht über eine Berufszulassung im Gesundheitswesen; sie sind als Altenpflegerinnen umgeschult und haben einen Deutschkurs mindestens bis zur Grundstufe absolviert. Von diesen BetreuerInnen hatten 24% vor ihrer Abreise nach Österreich Berufserfahrung in der Krankenpflege (Sekulová/Rogoz 2018:22).

Die wichtigsten Gründe für eine Beschäftigung im Ausland sind – laut Sekulová/Rogoz (2019:28) – die wirtschaftliche Benachteiligung und der relativ große Unterschied zwischen den Gehältern in der Slowakei im Vergleich zu Ländern wie Österreich. Aber auch die niedrigen Pensionen tragen dazu bei, dass ältere Menschen im Ausland Betreuungs- und Pflegearbeit leisten. Die Bezirke und Regionen mit hoher Abwanderung zeichnen sich durch einen geringeren Urbanisierungsgrad, hohe Arbeitslosigkeit, eine weniger entwickelte Verkehrs- und Dienstleistungsinfrastruktur, geringe ausländische Investitionen und hohe Geburtenraten aus (Sekulová/Rogoz 2018:22).

(Pendel-)MigrantInnen folgen bestimmten traditionellen Bahnen und geographischen Bindungen (Sekulová/Rogoz 2019:28). Slowakische Betreuungs- und Pflegekräfte sind fast ausschließlich transnationale PendelmigrantInnen, die sich nicht im Zielland niederlassen wollen. Sie arbeiten fast ausschließlich als 24-Stunden-BetreuerInnen. Dies wird zu einem großen Teil von den Bedarfen und Regelungen in den Zielländern (oder im Zielland Österreich) bestimmt (Sekulová/Rogoz 2019:7).

## **9.4. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor**

### **9.4.1. Slowakei**

Der Langzeitpflegesektor in der Slowakei leidet unter niedrigen Löhnen. Es gibt eine recht große Anzahl von BetreuerInnen, meist Frauen, die im Ausland, insbesondere in Österreich und Deutschland, arbeiten, um ein angemessenes Einkommen zu erzielen. Laut der Arbeitskräfteerhebung (im 3. Quartal 2017) arbeiteten etwa 34.000 Frauen im Bereich Gesundheit und Sozialbetreuung im Ausland. Dies stellt ein Problem dar, da die Abwesenheit dieser (oft erfahrenen) Arbeitskräfte bedeutet, dass die Nachfrage nach Langzeitpflegekräften im Inland nicht befriedigt werden kann. Dieses Problem wurde 2017 von der ArbeitnehmerInnenvertretung öffentlich angesprochen und eine Vereinigung von BetreuerInnen/PflegerInnen gegründet. Ziel dieser Vereinigung ist die Förderung der Rückkehr von BetreuerInnen und PflegerInnen aus dem Ausland in die Slowakei (Gerbery/Bednárík 2018:13).

Seit 2018 leistet der Staat höhere finanzielle Beiträge für AnbieterInnen von sozialen Dienstleistungen, die den niedrigen Löhnen und Gehältern in der Branche entgegenwirken sollen (Gerbery/Bednárík 2018:13).

Die Gehälter im sozialen Dienstleistungssektor sind relativ niedrig angesetzt. Kollektivverträge decken nur einen Teil der Beschäftigten ab (für 2019 wird der Deckungsgrad auf 49% geschätzt). Der größte Kollektivvertrag ist ein Multi-Employer-Kollektivvertrag für den öffentlichen Dienst, der von den VertreterInnen der Zentralregierung und den Vorsitzenden von acht Regionalregierungen als ArbeitgebervertreterInnen unterzeichnet wird. Es handelt sich um einen Rahmenkollektivvertrag, bei dem das Wachstum des Lohntarifs garantiert ist. In der Slowakei wird der Mindestlohn einheitlich auf alle Sektoren, einschließlich des Sozialdienstleistungssektors, angewandt. Fachkräfte in der Krankenpflege haben höhere

Gehälter (106,4% des Durchschnittslohns im Jahr 2019), aber mobile Sozial- und Gesundheitsfachkräfte haben niedrige Löhne (62,3% des Durchschnittslohns). Deutlich weniger Lohn haben PflegerInnen und mobile PflegeassistentInnen für ältere Menschen mit Behinderungen (nur 46,3% des Durchschnittslohns), was knapp über dem Niveau des Mindestlohns (108% des Mindestlohns) liegt (Bednárík/Keselova 2020:20).

#### **9.4.2. 24-Stunden-Betreuung im Zielland Österreich**

Trotz anspruchsvoller Tätigkeiten und prekärer Arbeitsbedingungen erklärt sich die überwiegende Mehrheit der BetreuerInnen aus der Slowakei, die in der 24-Stunden-Betreuung in Österreich arbeiten, mit ihrer Arbeit als sehr zufrieden. Dies dürfte auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein: das Einkommensniveau und die geographische Nähe zu ihrem Herkunftsland sowie die kurze Zeitspanne ihrer Pendelmigration, die eine Vereinbarkeit von bezahlter Arbeit und Versorgungsgarbit zumindest teilweise ermöglicht (Sekulová/Rogoz 2018:22f.).

Das Hauptproblem, über das Betreuungs- und Pflegekräfte in Bezug auf die Arbeitsregelungen berichteten, bezog sich auf die Einstufung ihrer Arbeit im Privathaushalt als selbständige Tätigkeit (Sekulová/Rogoz 2019:49). Die Herausforderungen, über die berichtet wurde, betrafen die Beziehung zwischen den BetreuerInnen und der hilfebedürftigen Person bzw. dessen Familie, die Vermittlungsgebühren und die Nicht-Kennntnis des österreichischen Sozialversicherungs- und Steuersystems. Da die 24-Stunden-Betreuung in Österreich fast ausschließlich als selbständige BetreuerInnen und nicht als ArbeitnehmerInnen beschäftigt sind, finden das österreichische Arbeitsrecht (z.B. Arbeitszeiten, bezahlter Urlaub/Krankheit) oder auch kollektivvertragliche Regelungen keine Anwendung (Sekulová/Rogoz 2019:49) (siehe dazu näher: Länerbericht: Österreich).

### **9.5. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor**

Das slowakische Gesetz über Sozialdienste definiert grundsätzlich auch die Qualitätsstandards für Sozialdienstleistungen. Obwohl diese bereits 2008 definiert wurden, erfolgte bisher keine regelmäßige Bewertung der Qualität von Sozialdienstleistungen. Nach Aussagen der VertreterInnen des MLSAF sollte ab September 2019 ein System der regelmäßigen Qualitätsbewertung umgesetzt werden. Die Verschiebung der Qualitätsbewertung (auf der Grundlage gesetzlich festgelegter Standards) ist – laut Gerbery/Bednárík (2018:11) – darauf zurückzuführen, dass viele AnbieterInnen nicht in der Lage waren, alle Kriterien des Qualitätsbewertungssystems im Rahmen ihrer bestehenden finanziellen Unterstützung zu erfüllen.

Laut Gerbery/Bednárík (2018:12) weisen soziale Dienstleistungen folgende Mängel auf: mangelnde Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, unzureichenden sozialen Aktivierung der KlientInnen, fehlen eines Verhaltenskodex,

unklare Regeln für das Personal und eine Abwertung der Ausbildung und beruflichen Entwicklung der Fachkräfte.

Die Qualität der Langzeitpflege wird aktuell in einem Entwurf für ein Hintergrunddokument zum geplanten Gesetz zur Langzeitpflege und zur Unterstützung der Integration behinderter Menschen diskutiert. Dem Dokument zufolge entsprechen Kapazität und Qualität der Langzeitpflegedienste nicht den Bedürfnissen älterer Menschen. Dies ist das Ergebnis eines Versäumnisses, die gesundheitlichen und sozialen Interventionen vor Ort zu koordinieren und in ein koordiniertes System zu integrieren. Um die Lebensqualität älterer Menschen mit einer Behinderung zu erhöhen, schlägt das Dokument mehrere neue Maßnahmen vor, darunter die kontinuierliche Überwachung der Bedürfnisse der KlientInnen; das Recht der BürgerInnen, zwischen verschiedenen alternativen Formen der Versorgung entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen zu wählen; und eine strengere Kontrolle der Qualität der Dienstleistungen und der effektiven Nutzung der Ressourcen (Gerbery/Bednárík 2018:12).

## **9.6. Auswirkung der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in der Slowakei**

### **9.6.1. Auswirkungen auf Kinder**

Die Auswirkungen der (Pendel-) Migration von Frauen, um im benachbarten Ausland (etwa Österreich) als 24-Stunden-Betreuerin im Privathaushalt beschäftigt zu sein, wird auf nationaler Ebene aus zwei Hauptgründen nicht als negativ für das Wohlergehen oder auch die schulischen Leistungen von Kindern angesehen. Erstens sind die slowakischen Frauen, die in der Betreuung und Pflege im Ausland arbeiten eher älter und haben daher meist keine kleinen Kinder (mehr). Auf Basis einer repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2016 unter slowakischer Personenbetreuerinnen, die in Österreich arbeiten, beträgt das durchschnittliche Alter 47,7 Jahr, etwas über 15% haben Kinder unter 15 Jahren (Bahna 2020: 100). Zweitens wird davon ausgegangen, dass die Mobilitätsmuster bzw. der 14-tägige Wechsel, die Vereinbarkeit der Arbeit im Ausland mit Kinderbetreuung in einem gewissen Ausmaß ermöglichen (Sekulová/Rogoz 2019:28f.).

Slowakische PsychologInnen, die mit Schulen arbeiten, betrachten die Migration bzw. ihre Auswirkungen hingegen als ein sehr ernstes Problem, insbesondere in Bezug auf die schulische Bildung der Kinder (Sekulová/Rogoz 2019:28).

Die Wiedereingliederung von SchülerInnen in das slowakische Schulsystem, die Jahre im Ausland verbracht haben, wird sowohl vom slowakischen Bildungsministerium als auch von SchulvertreterInnen als durchaus wichtig erachtet. Die Gesamtzahl der in die Slowakei zurückgekehrten Migrantenkinder steht jedoch nicht zur Verfügung (Sekulová/Rogoz 2019:32)

### **9.6.2. Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und den LTC-Bereich**

Sowohl VertreterInnen nationaler Institutionen als auch slowakische ExpertInnen betonen, dass die Migration von Betreuungs- und Pflegekräften Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und andere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, einschließlich der Langzeitpflege hat (Sekulová/Rogoz 2019:33).

Obwohl die (Pendel-) Migration von Betreuungs- und Pflegekräften zum bestehenden Defizit in der Slowakei beiträgt, würde nach Ansicht von ExpertInnen die Rückkehr aller im Ausland arbeitenden KrankenpflegerInnen das Problem aber nicht lösen. Vielmehr werden derzeit zu wenige qualifizierte Arbeitskräfte ausgebildet, um den aktuellen Bedarf im Gesundheitssystem zu decken (Sekulová/Rogoz 2019:34).

Es besteht aber nicht nur ein Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Auch ausgebildete Kräfte zögern, laut slowakischer ExpertInnen, unter den bestehenden Bedingungen in diesem Bereich zu arbeiten. Obwohl die Lohnunterschiede zwischen den mittel- und osteuropäischen Ländern und anderen (west-)europäischen Ländern recht erheblich sind und als Motiv für die Abwanderung von KrankenpflegerInnen wirken können, sind auch die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Slowakei von Bedeutung (Sekulová/Rogoz 2019:34). Der niedrige soziale Status der KrankenpflegerInnen in der Gesellschaft, die mangelnde Anerkennung, die begrenzten Karrieremöglichkeiten und die niedrige Position in der Hierarchie des Gesundheitswesens sowie die Dominanz des ärztlichen Wissens tragen alle zur allgemeinen Demotivation bei und wirken folglich als Auslöser für Abwanderung (Sekulová/Rogoz 2019:34).

Das Ausmaß, in dem die (Pendel-) Migration von Betreuungs- und Pflegekräften zum bestehenden Arbeitskräftemangel beiträgt, wird – laut Sekulová/Rogoz (2019:35) – unterschätzt. Vielfach besteht kein Bewusstsein, dass etwa in Österreich ein beträchtlicher Anteil von qualifizierten Krankenpflegerinnen oder PflegeassistentInnen unter den 24-Stunden-BetreuerInnen zu finden ist. Sekulová/Rogoz (2019:35) schätzen, dass 2016 von den slowakischen PersonenbetreuerInnen, die in Österreich beschäftigt waren ca. 20% bzw. 6.000 qualifizierte KrankenpflegerInnen oder PflegeassistentInnen waren. Dies wird durch eine repräsentative Erhebung unter slowakischen Personenbetreuerinnen, die in Österreich arbeiten bestätigt: 2016 waren fast 18% ausgebildete Krankenpflegerinnen mit beruflicher Erfahrung (Bahna 2020:100). Aufgrund des offenen Zugangs der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu formalisierten Dienstleistungen ist dieser Anteil seit dem EU-Betritt 2004 und der Harmonisierung nationaler Bildungsstandards durch EU-Richtlinien zurückgegangen. Zudem wechseln qualifizierte KrankenpflegerInnen, die in Österreich zunächst in der privaten Personenbetreuung tätig waren in den formellen Gesundheits- oder Sozialdienstleistungssektor (Sekulová/Rogoz 2019:35).

Die (Pendel-) Migration von Betreuungs- und Pflegekräften kann andererseits auch einen (verspäteten) positiven Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung in den Herkunftsländern haben. Laut slowakischer ExpertInnen bringen Betreuungs- und

Pflegekräfte nach jahrelanger Praxis im Ausland verbesserte Fähigkeiten, Ideen und Kenntnisse mit, von denen das Herkunftsland profitieren kann (Sekulová/Rogoz 2019:35).

Auch laut dem slowakischen Gesundheitsministerium beeinflusst die Migration insbesondere von ÄrztInnen und qualifizierten KrankenpflegerInnen die aktuelle Situation im Gesundheitssystem. Ein Bericht des Gesundheitsministerium über den aktuellen Stand der Gesundheitsversorgung in der Slowakei identifiziert die starke Abwanderung bzw. Migration von jüngeren ÄrztInnen und qualifizierten KrankenpflegerInnen als einen wesentlichen Faktor für die verschlechterte Gesundheitsversorgung in bestimmten Regionen (Sekulová/Rogoz 2019:36).

Als mögliche Lösung im Hinblick auf den Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen kündigt das slowakische Gesundheitsministerium im Mai 2018 u.a. einen leichteren Zugang für qualifizierte KrankenpflegerInnen aus dem Ausland (sprich Ungarn, Polen, Rumänien, Serbien oder der Ukraine) an. Das Potenzial von Betreuungs- und Pflegekräften, die aus dem Ausland zurückkehren, z.B. diejenigen, die in der 24-Stunden-Betreuung in Österreich arbeiten, wird im Maßnahmenkatalog des Gesundheitsministeriums nicht berücksichtigt (Sekulová/Rogoz 2019:36f).

### **9.6.3. Auswirkungen auf die Gesundheit der 24-Stunden-BetreuerInnen**

Die (Pendel-) Migration wirkt sich aber auch auf den Gesundheitszustand der Betreuungs- und Pflegekräfte selbst negativ aus. In der Slowakei, so Bahna/Sekulová (2019), ist der schlechtere Gesundheitszustand der 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in Österreich tätig waren, auf die hohen Arbeitsanforderungen, das ständige Reisen zwischen den Ländern und psychologischen Problemen, die mit den prekären Arbeitsbedingungen zusammenhängen, zurückzuführen (Sekulová/Rogoz 2019:36).

Um die negativen Auswirkungen der (Pendel-) Migration auf die Gesundheit zu verringern, besteht ein hoher Bedarf an kostenloser psychologischer Unterstützung für 24-Stunden-BetreuerInnen. Dies stellt das slowakische Gesundheitssysteme ebenfalls vor Herausforderungen (Sekulová/Rogoz 2019:36).

### **9.6.4. Auswirkungen auf die Langzeitpflege**

Laut VertreterInnen nationaler öffentlicher Einrichtungen wirkt sich die (Pendel-) Migration von Betreuungs- und Pflegekräften in der Slowakei stärker auf die informelle Versorgung innerhalb der Familien als auf die formellen Betreuungs- und Pflegedienste aus. Bahna (2020:100) geht auf Basis einer repräsentativen Erhebung unter slowakischen Personenbetreuerinnen, die in Österreich leben, nicht davon aus, dass diese die Versorgung von älteren Menschen in der Slowakei stark beeinträchtigt, da nur 5,5% der Personenbetreuerinnen von derartigen Verpflichtungen berichten. Dennoch kommen Sekulová/Rogoz (2019:43) zum Schluß, dass die (Pendel-) Migration, wenn auch nicht im Bereich von Betreuung- und Pflege, ein wesentlicher Grund für den regionalen Anstieg von Einpersonenhaushalten älterer Menschen ist. Im Jahr 2015 lebten in der

Slowakei 30,4% der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber alleine (Sekulová/Rogoz 2019:43). Viele dieser befinden sich somit in einer äußerst problematischen Situation, da in ländlichen Gebieten die kommunalen Dienste unterentwickelt oder nicht verfügbar sind (Sekulová/Rogoz 2019:42).

Gemeinnützige slowakische Organisationen berichteten, dass sie formelle Betreuungs- und Pflegedienste für jene älteren Menschen bereitstellen, deren private/informelle Betreuungs- oder Pflegekraft das Land verlassen hat, um in Österreich als 24-Stunden-BetreuerIn zu arbeiten (Sekulová/Rogoz 2019:42). Auch VertreterInnen öffentlicher Einrichtungen sprechen von einem erhöhten Bedarf an Tagesbetreuung und mobilen Dienstleistungen aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der Abwanderung von Angehörigen hilfebedürftiger Menschen aus ländlichen Regionen (Sekulová/Rogoz 2019:43). Radvanský/Lichner (2013) berichten von einem massiven Bedarf an Betreuungs- und Pflegekräften im formellen Sektor.

Die Abwanderung von Betreuungs- und Pflegekräften ins Ausland spielt – laut ExpertInnen – in Bezug auf die strukturellen Defizite in der formellen Langzeitpflege jedoch nur eine geringe Rolle. Nach Angaben von Dienstleistungsanbietern und NGOs ist die Abwanderung in andere, nicht pflegebezogene Arbeitsbereiche entweder innerhalb der Slowakei oder ins Ausland bedeutender, denn der Betreuungs- und Pflegesektor ist schlecht bezahlt, feminisiert, physisch und psychisch anstrengend und hat einen niedrigen sozialen Status in der Gesellschaft (Sekulová/Rogoz 2019:43f). Im wirtschaftlich gut entwickelten westlichen Landesteilen der Slowakei ist es daher äußerst schwierig Betreuungs- und Pflegekräfte zu finden, während in den wirtschaftlich weniger entwickelten östlichen und südlichen Landesteilen Stellen im sozialen Dienstleistungsbereich nach wie vor attraktiv sind (Sekulová/Rogoz 2019:44).

Zusammenfassend kann hier mit Sekulová/Rogoz (2019:44) festgehalten werden, dass die Mobilität und Migration von Betreuungs- und Pflegekräften, insbesondere nach Österreich stärkere Auswirkungen auf die informelle Betreuung- und Pflege als den formellen Langzeitpflegesektor hat. Viele der privaten PersonenbetreuerInnen, die im Ausland arbeiten, haben informelle familiäre Betreuungspflichten zu Hause – für die eigenen Eltern, Kinder und Enkelkinder oder andere ältere Verwandte. Trotz der Arbeit im Ausland bleiben sie bis zu einem gewissen Grad für die familiäre Betreuung und Pflege verantwortlich und sind weiterhin an der Entscheidungsfindung darüber beteiligt (Bauer/Österle 2016; Sekulová/Rogoz 2019:44f.).

Die Beschäftigung von migrantischen BetreuerInnen im Privathaushalt aus weniger wohlhabenden Ländern ist in der Slowakei (bisher) keine Strategie, um den Mangel an Betreuungs- und Pflegekräften zu begegnen, die sich aus der Migration ergeben (Bauer/Österle 2016; Búriková 2016; Sekulová/Rogoz 2019:45)

## 10. POLEN

### 10.1. Organisation der Langzeitpflege

Auch in Polen ist die Pflege und Betreuung von Angehörigen primär Aufgabe der Familien bzw. der Frauen in den Familien (Sowa-Kofta 2018:5; Matuszczyk 2020: 54). Im internationalen Vergleich wird das polnische Langzeitpflegesystem als „expliziter struktureller Familialismus“ beschrieben (Safuta et al. 2016: 231). „Struktureller Familialismus“ deshalb, weil es in Polen kaum staatliche Unterstützung für die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen gibt und „expliziter Familialismus“, weil Kinder in Polen rechtlich verpflichtet sind ihre Eltern finanziell zu unterstützen und im Bedarfsfall zu pflegen (Safuta et al. 2016: 231)

Auf öffentlicher Ebene ist die Zuständigkeiten für die Langzeitpflege in Polen zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Familie, Arbeit und Sozialpolitik aufgeteilt. Betreuung- und Pflegeleistungen werden einerseits vom Gesundheitsbereich und andererseits vom Sozialhilfebereich bereitgestellt (Sowa-Kofta 2018:4). Es gibt keine klar definierten Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Bereichen (Chlabicz/Marcinowicz/Mojsa 2013:215).

Öffentliche Dienstleistungsangebote für Langzeitpflege werden auf lokaler Ebene organisiert. Dazu gehören **stationäre Einrichtungen** im Gesundheits- und im Sozialhilfebereich, **Tagespflegedienste** im Sozialhilfebereich sowie **mobile Betreuung- und Pflegedienste** im Gesundheits- und Sozialhilfebereich (Sowa-Kofta 2018:4).

**Öffentliche, stationäre Einrichtungen** im Gesundheitsbereich versorgen Personen aller Altersgruppen mit einem hohen vollzeitlichen, medizinischen Betreuungs- und Pflegebedarf. Gegenwärtig gibt es etwa 501 Pflegeheimen sowie 82 Hospizen und 72 Palliativstationen. Die Hälfte dieser Einrichtungen wird von privaten/gemeinnützigen Organisationen geführt (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 177).

Stationäre Einrichtungen im Sozialhilfebereich umfassen Sozialhilfeheime, Familienpflegeheime und bei den regionalen Regierungen registrierte private Pflegeeinheiten. Die Sozialhilfeheime, die am weitesten verbreitet sind, versorgen verschiedene Gruppen von EmpfängerInnen: ältere Menschen, chronisch Kranke, geistig behinderte Erwachsene, behinderte Kinder usw. (Sowa-Kofta 2018:5). Insgesamt beläuft sich die Zahl der Sozialhilfeheime auf etwas mehr als 800 (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 177).

Die Gesamtzahl der **BewohnerInnen von Langzeitpflegeheimen** in beiden Bereichen (Gesundheits- und Sozialhilfe) belief sich in den Jahren 2015-2016 auf etwa 135.000. Ältere Menschen (60/65+) machten 76% der BewohnerInnen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Gesundheitsbereich (definiert als Alter 65+) und 57% im Sozialhilfebereich (definiert als Alter 61+) aus (Sowa-Kofta 2018:7).

Für Plätze in stationären Einrichtungen gibt es jedoch lange Wartelisten. Bezogen auf die Einrichtungen im Sozialhilfereich standen 2017 6.000 Personen auf einer Warteliste (Sowa-Kofta 2018:7).

Gemeinnützigen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen werden hauptsächlich von kirchlichen und religiösen Organisationen betrieben. Ihre Bedeutung ist nicht nur Ausdruck der starken institutionellen Tradition der katholischen Kirche, sondern – laut Golinowska/Sowa-Kofta (2018: 178) – auch der Schwäche des öffentlichen Sektors. Schätzungsweise führen katholische Nonnen landesweit über 100 Heime für ältere und chronisch kranke Menschen. Diese katholischen Nonnen sind in der Regel gut qualifiziert, oft sind sie professionelle Krankenpflegerinnen, ein Fünftel von ihnen ist hoch qualifiziert (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178). Darüber hinaus betreibt die Caritas 170 Einrichtungen für ältere, chronisch kranke und behinderte Menschen und entwickelt ihre Aktivitäten in diesem Bereich ständig weiter (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178).

Die **Tagesbetreuung** wird in Polen seit einigen Jahren ebenfalls ausgebaut, trotzdem ist die Verfügbarkeit noch immer sehr begrenzt. Im Jahr 2016 gab es in Polen 308 Tagesbetreuungseinrichtungen für ältere Menschen, die verschiedene Arten von Integrations- und Aktivierungsdiensten (Gesundheitserziehung, Bildung, Spiel, soziale Unterstützung, Ausflüge usw.) für 21.700 Personen anbieten. Bis 2020 sollten zudem 323 neue Tagesbetreuungsstätten und 650 Clubs entstehen, die 51.000 Senioren betreuen (Sowa-Kofta 2018:8).

Im Gesundheitsbereich werden **mobile (medizinische) Betreuung- und Pflegedienste** von den Gemeinden und seit 2004 von mobilen LangzeitpflegerInnen erbracht. Im Sozialhilfereich werden soziale Betreuungsdienste/Heimhilfe und spezialisierte Betreuungs- und Pflegedienste entweder von SozialarbeiterInnen, SpezialistInnen (d.h. einer Physiotherapeutin) oder von ausgelagerten PflegedienstleisterInnen erbracht (Chlabicz/Marcinowicz/Mojsa 2013:215). Etwa 1.800 Menschen werden von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Hause betreut. Die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste des Sozialhilfesektors betreuen jährlich rund 90.000 Menschen (Sowa-Kofta 2018:8).

Eine der größten Hürden für den Zugang zu mobilen Betreuungs- und Pflegediensten stellen die finanziellen Selbstbehalte dar, welche von den pflegebedürftigen Menschen oft nicht aufgebracht werden können (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 176). Nur Personen mit einem Einkommen unterhalb der Sozialhilfekriterien haben Anspruch auf kostenlose Dienstleistungen (Chlabicz/Marcinowicz/Mojsa 2013:216). Zudem sind die Verfügbarkeit und Qualität der mobilen Dienste eingeschränkt. Die Dienstleistungen sind ungleich über das Land verteilt und hängen von den finanziellen Möglichkeiten der Kommunalverwaltungen ab, von der Verfügbarkeit von Fachpersonal oder vom Vorhandensein eines lokalen Netzes von PflegeanbieterInnen (Sowa-Kofta 2018:8).

Eine wachsende Alternative zu mobilen Betreuungs- und Pflegediensten stellen zunehmend unangemeldete **migrantische BetreuerInnen und PflegerInnen** dar (Sowa-Kofta 2018:8) (siehe dazu näher: weiter unten).

Die Anspruchskriterien für *mobile, krankenpflegerische und stationäre* Dienstleistungen unterscheiden sich je nach dem Bereich, der sie anbietet. In der medizinischen Versorgung werden Leistungen gewährt, wenn jemand auf der Grundlage einer ärztlichen Überweisung Vollzeitpflege, Krankenpflege und Rehabilitation benötigt. Im Sozialhilfereich werden Leistungen für Personen gewährt, die aufgrund eines niedrigen Einkommens, einer schwierigen Familiensituation oder des Alleinseins ihre eigene Versorgung und Pflege nicht sicherstellen können. Die Situation und die Bedürfnisse älterer Personen werden individuell von SozialarbeiterInnen beurteilt (Sowa-Kofta 2018:5).

Bei stationären Einrichtungen fallen ebenfalls *finanzielle Selbstbehalte* an. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird vom Management der jeweiligen Einrichtung in Abhängigkeit vom individuellen Einkommen festgelegt. Der Selbstbehalt sollte jedoch 70% des individuellen Monatseinkommens der hilfebedürftigen Menschen nicht überschreiten. Bei einem Aufenthalt in einem Sozialhilfeheim und in Fällen, in denen weder der hilfebedürftige Mensch noch seine Familie die Pflegekosten mitfinanzieren können, beteiligt sich die Kommunalverwaltung an den Kosten. Nach den Daten des Ministeriums für Familie, Arbeit und Sozialpolitik erhalten 68% der PatientInnen in Sozialhilfeheimen Unterstützung von der Kommunalverwaltung, um die Kosten ihres Aufenthalts zu decken (Sowa-Kofta 2018:6).

Neben den öffentlichen LTC-Einrichtungen stehen auch *private Vollzeitpflege-Einrichtungen* zur Verfügung. Etwa 360 privater Einrichtungen waren 2016 beim Ministerium für Familie, Arbeit und Sozialpolitik registriert. Daneben operiert noch eine große Zahl nicht registrierter privater Vollzeitpflegeanbieter auf dem freien Markt, der nicht überwacht und beaufsichtigt wird. Die Kosten der Vollzeitpflege in öffentlichen Familienpflegeheimen (sehr kleine Einheiten mit wenig Personen) und registrierten privaten Einrichtungen müssen vollständig von den hilfebedürftigen Menschen getragen werden. Die Kosten für die Betreuung und Pflege sind oft sehr hoch, und viele Menschen können sich diese Dienste nicht leisten (Sowa-Kofta 2018:6).

Insgesamt ist die Zahl der EmpfängerInnen von formellen Betreuungs- und Pflegedienste im Vergleich zur Gesamtzahl der hilfebedürftigen Personen (schätzungsweise 4,7 Millionen 2011), zur Gesamtzahl der Personen im Alter von 65+ (6,1 Millionen im Jahr 2015) oder zur Zahl älterer Behinderter (schätzungsweise 2,5 Millionen) sehr gering (Sowa-Kofta 2018:8). Schätzungen gehen davon aus, dass nur 4,6% der hilfebedürftigen Personen (d.h. aller Altersgruppen mit schweren funktionellen Einschränkungen) in Polen mobile Betreuung- und Pflege und 3,4% stationäre Betreuung- und Pflege erhalten (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 175).

Es gibt auch verschiedene *Geldleistungen* im Zusammenhang mit Betreuung und Pflege, obwohl nur einige davon der älteren Bevölkerung oder denjenigen, die ältere hilfebedürftige Menschen pflegen, zur Verfügung stehen. Im Allgemeinen gibt es mehr pflegebezogene Unterstützung für Eltern behinderter Kinder als für die Betreuung und Pflege älterer Menschen (Sowa-Kofta 2018:6).

Die häufigste Geldleistung ist der **Pflegezuschlag** (*dodatek pielęgnacyjny*), der allen Personen ab 75 Jahren gewährt wird, die Anspruch auf eine Alterspension haben. Die Leistung wird aus dem Sozialversicherungssystem finanziert. Die monatliche Leistung ist fast universell und betrug 2018 51 Euro. Diejenigen, die aufgrund fehlender Sozialversicherung keinen Anspruch auf den Pflegezuschlag haben, erhalten **Pflegegeld** (*zasilek pielęgnacyjny*), das ein Element des Familienleistungssystems ist und aus Mitteln der Kommunalverwaltung finanziert wird. Das Pflegegeld betrug 2018 35 Euro pro Monat. Beide Leistungen sind niedrig, lassen kaum den Zukauf von Betreuungs- und Pflegeleistungen zu. Sie stellen faktisch einen Beitrag zum Einkommen älterer Menschen dar und die Verwendung unterliegt keinerlei Kontrolle (Sowa-Kofta 2018:6).

Angehörige, die erwachsene Personen pflegen, die aufgrund eines medizinischen Gutachtens eine bescheinigte Behinderung haben, haben Anspruch auf **Sonderbetreuungsbeihilfe** (*specjalny zasilek opiekuńczy*), wenn sie aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden oder aufgrund von Betreuungspflichten nicht in der Lage sind, eine Beschäftigung aufzunehmen. Die Sonderbetreuungsbeihilfe beträgt monatlich 124 Euro, ist jedoch von Familieneinkommen abhängig (Sowa-Kofta 2018:6).

Es besteht eine erhebliche Ungleichheit zwischen der Unterstützung für Eltern behinderter Kinder und der für die Betreuung und Pflege behinderter Erwachsener: die Geldleistungen für Ersterer sind doppelt so hoch wie die für Letztere. So wird etwa der Pflegezuschlag für behinderte Kinder (*świadczenie opiekuńcze*) jährlich indexiert und entspricht der Höhe des Nettomindestlohns (Sowa-Kofta 2018:7).

## 10.2. Arbeitskräfte im LTC-Sektor

Insgesamt stieg die Zahl der Beschäftigten im stationären und mobilen LTC-Sektor in Polen zwischen 2004 und 2011 (letztverfügbare Datenschätzung für den Bereich des Sozialhilfesektors) von 60.400 auf 74.600 Personen. Dies entspricht 8,6% des Sektors Q bzw. 0,5% der gesamten Beschäftigung in Polen. Demnach waren 55.900 Personen im stationären Bereich und 18.700 im mobilen LTC-Bereich tätig (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:23).

Bei einer differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass im **stationären LTC-Bereich des Gesundheitswesens** 2012 insgesamt 18.812 medizinische, therapeutische, betreuende und pflegende Fachkräfte beschäftigt waren. Davon waren die Mehrzahl 9.766 Krankenpflegekräfte (nurses) und 2.799 Krankenpflegehilfskräfte (assistant nurses) (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:17).

In den frühen 2000er Jahren wurden neue Berufe eingeführt, darunter die Spezialisierung auf die Betreuung und Pflege von chronisch Kranken und Behinderten, sogenannte LTC-KrankenpflegerInnen. KrankenpflegerInnen, die im LTC-Sektor beschäftigt sind, müssen sich in diesem Bereich qualifizieren. Nach Angaben des Zentrums für postsekundäre Ausbildung von KrankenpflegerInnen und Hebammen gab es 2007 453 KrankenpflegerInnen mit einer Spezialisierung auf die Pflege chronisch Kranker und Behinderter (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:17).

Neben den Krankenpflegekräften und Krankenpflegehilfskräften sind medizinische Pflegekräfte mit 2.482 im Jahr 2012 eine weitere und zunehmend wichtige Berufsgruppe im LTC-Bereich des Gesundheitswesens. Der Beruf der medizinischen Pflegekraft wurde 2007 als Reaktion auf den wachsenden Pflegebedarf per Gesetz eingeführt. Die Ausbildung umfasst eine Berufsausbildung oder einen einjährigen postsekundären Schulabschluss. Die Regulierung des Ausbildungsweges in diesem Beruf hat – laut Golinowska/Kocot/Sowa (2014:18) – zu einem dynamischen Zustrom von neuem Personal in dieser Kategorie geführt.

Im *stationären LTC-Bereich des Sozialhilfesektors* waren 2011 insgesamt 36.982 Fachkräfte beschäftigt, wobei neben dem medizinischen Personal der Großteil therapeutische, betreuende und pflegerische Fachkräfte waren. Ihre Zahl ist zwischen 2001 und 2011 von 20.759 auf 29.768 angestiegen (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:19). Dieser Anstieg ist u.a. auf die Einführung von drei neuen spezialisierten Betreuungs- und Pflegeberufen zurückzuführen: Langzeitpflegekräfte in stationären Sozialhilfeeinrichtungen, AssistentInnen für ältere und behinderte Menschen. Entsprechende Qualifikationen für diese Berufe können in weiterführenden beruflichen oder postsekundären Bildungseinrichtungen erworben werden (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:19). Gleichzeitig ist die Zahl des medizinischen und physiotherapeutischen Personals zwischen 2001 und 2011 von 9.000 auf 7.214 zurückgegangen (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:19).

Im *mobilen LTC-Bereich des Gesundheitswesens* waren 2012 11.690 Familiengemeindekrankenschwestern (*family community nurses*) beschäftigt (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:21). Im *mobilen LTC-Bereich des Sozialhilfesektors* waren 2012 6.299 betreuende und pflegende Fachkräfte beschäftigt, 2001 waren es noch 8.065 (Golinowska/Kocot/Sowa 2014:22).

Berechnungen aus dem Jahre 2014, gehen zudem davon aus, dass der *Personalmangel im LTC-Bereich* im Jahr 2030 zwischen 11.010 und 16.439 für stationäre Betreuungs- und Pflegedienste und zwischen 5.790 und 10.178 für den mobilen Betreuungs- und Pflegedienste betragen wird (Zieleńska 2020: 13).

### **10.3. Migrantische Arbeitskräfte im LTC-Sektor**

Obwohl Polen traditionell ein Herkunfts- bzw. Auswanderungsland war, ist es in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend auch zu einem Zielland für osteuropäische MigrantInnen geworden (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:9). Die starke Migration von polnischen Frauen ins EU-Ausland (siehe dazu: weiter unten) hat – laut Matuszczyk (2020: 54) – neben anderen Ursachen dazu geführt, dass in Polen ein *care gap* entstanden ist, der unter anderem durch die Einwanderung von Care-ArbeiterInnen aus anderen Ländern gefüllt wird. Etwa die Hälfte der MigrantInnen in Polen kommen aus der Ukraine. Sie arbeiten vor allem in der Landwirtschaft und im Baugewerbe aber auch in der *Betreuung- und Pflege sowie im Haushalt*. Sie tun dies angemeldet (auf der

Grundlage einer von den regionalen Behörden erhaltenen Genehmigung) oder unangemeldet (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178).

Die Zahl der Personen, die über eine gültige Genehmigung verfügen, die zu einem Aufenthalt in Polen berechtigt (z.B. befristeter Aufenthalt, Daueraufenthalt, Asyl, Flüchtlingsstatus usw.), hat sich in den Jahren 2014-2018 von 175.066 auf 372.239 verdoppelt. Die Zahl der in Polen ansässigen ukrainischen Staatsangehörigen ist in diesem Zeitraum von 40.979 auf 179.154 angestiegen (Zieleńska 2020: 17). Es wird geschätzt, dass ukrainische Staatsbürgerinnen auch die größte Einwanderinnengruppe sind, die in **Privathaushalten Betreuung und Pflegeleistungen** erbringen. Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich über 100.000 Ukrainerinnen als Betreuungs- und Pflegekräfte in polnischen Privathaushalten tätig sind (Matuszczyk 2020: 56).

**Genehmigungen, die für MigrantInnen** ausgestellt werden, die LTC-Jobs ausüben, werden unter zwei breiteren statistischen Kategorien registriert: **private Hausangestellte** und **Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialhilfereich**. In der ersten Kategorie werden diejenigen erfasst, die in privaten Haushalten Dienstleistungen für Langzeitpflege erbringen, in der zweiten die in stationären Einrichtungen beschäftigt sind (Zieleńska 2020: 17). Ungefähr jede/r fünfte MigrantIn ist im Haushalt in der Reinigung und/oder Betreuung und Pflege, tätig, während eine geringe Anzahl von MigrantInnen eine Beschäftigung in formellen Betreuung- und Pflegeeinrichtungen findet (Sowa-Kofta 2017:4). Die überwältigende Mehrheit der MigrantInnen, die in Haushalten auch in der Betreuung und Pflege beschäftigt ist, ist jedoch nicht bei den Behörden registriert und arbeitet unangemeldet (Sowa-Kofta 2017:4). Laut Schätzungen des Polnischen Statistischen Zentralamts hatten im Jahr 2017 5% der polnischen Privathaushalte, unangemeldete migrantische Arbeitskräfte beschäftigte – vor allem in den Städten (Zieleńska 2020: 22).

Die Nachfrage nach **live-in BetreuerInnen und PflegerInnen**, die im gemeinsamen Haushalt wohnen, ist zwar immer noch eingeschränkt aber laut polnischer ExpertInnen sichtbar und nimmt zu (Matuszczyk 2020). Sie ergibt sich aus zwei Faktoren: Zum einen ist die Versorgung mit stationären Einrichtungen in Polen immer noch sehr begrenzt, zum anderen ist die Akzeptanz einer stationären Unterbringung der Eltern gering (Kindler, Kordasiewicz, Szulecka 2016).

Der große Anteil eines grauen Wirtschaftsbereiches in Polen und die gesellschaftliche Akzeptanz unangemeldeter Arbeit, insbesondere im Bereich der Hausarbeit, sind Pull-Faktoren für MigrantInnen. Die unangemeldete Beschäftigung von MigrantInnen wird auf 50.000 bis 300.000 geschätzt, manche Quellen gehen sogar von einer Million aus (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:10). Obwohl das Gesetz über den Zugang zum Arbeitsmarkt für MigrantInnen liberalisiert wurde und Beschränkungen für die Kontrolle der Legalität der von MigrantInnen geleisteten Arbeit eingeführt wurden (siehe dazu näher: Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:12ff), ist noch nicht klar, ob dies tatsächlich zu einem Rückgang der unangemeldeten Arbeit geführt hat (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:10).

#### **10.4. Polnische LTC-Arbeitskräfte im EU-Ausland und deren Vermittlung**

Viele PolInnen emigrieren in andere EU-Staaten, um dort sowohl im Gesundheitssektor als auch im LTC-Sektor als KrankenpflegerInnen, persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte (*personal care workers*) (siehe dazu näher: Bericht Gesundheitsberufe, Kapitel 2) oder auch als mobile und häusliche Betreuungs- und Pflegekräfte (*home-based care workers*) sowie Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalt (*domestic care worker*) zu arbeiten (siehe dazu näher: Kapitel 1 Migrationsströme). Nach der Volkszählung von 2011 sind 52% der ausgewanderten PolInnen Frauen. Die meisten (62%) der MigrantInnen sind jung (im Alter von 20-39 Jahren). Polnische Frauen üben in Ländern wie Deutschland, Österreich, Belgien, Italien oder dem Vereinigten Königreich u.a. angemeldete und unangemeldete Betreuungs- und Pflegetätigkeiten in privaten Haushalten (*domestic care worker*) aus (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:6). Häufig handelt es sich dabei um GrenzgängerInnen oder auch PendelmigrantInnen (OECD, Migration Outlook 2015:122). Einige polnische Großeltern, darunter vor allem Frauen, wandern auch aus, um ihre Enkelkinder im Ausland zu betreuen (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:6).

Dabei kommt polnischen Vermittlungsagenturen vor allem seit der EU-Osterweiterung eine bedeutende Rolle zu. Bei diesen Agenturen handelt es sich um Einpersonenunternehmen, klassische Arbeitsvermittlungsunternehmen, größere und kleinere Familienbetriebe, nicht gewinnorientierte Vereine aber auch große internationale Kapitalgesellschaften (Palenga-Möllenbeck 2021:109). Die Gründung einer Agentur ist in Polen sehr einfach, da lediglich ein Eintrag in ein spezielles Register notwendig ist, das Arbeitsvermittlungsagenturen erfasst (Palenga-Möllenbeck 2021:110). Viele dieser Agenturen sind auf Altenbetreuung spezialisiert. Seit 2010 gibt es innerhalb des polnischen Verbands der Arbeitsvermittlungsagenturen eine eigene Sektion für Betreuungsagenturen, die sich speziell der Altenbetreuung in Deutschland widmet und darauf abzielt, „den Markt für legale Betreuungsdienstleistungen in Deutschland mitzugestalten“ (Palenga-Möllenbeck 2021:110). Diese Agenturen bieten nicht nur die Vermittlung von Arbeitsstellen an, sondern „ein Gesamtpaket mit Zusatzdienstleistungen wie Organisation des Transports, umfassende administrative Unterstützung, Vertragsgestaltung und -unterzeichnung, Buchhaltung, Abführen von Sozialbeiträgen, Überweisung der Vergütung“ (Palenga-Möllenbeck 2021:110). Polnische Vermittlungsagenturen werben mit Beschäftigungssicherheit, verlässlichen Arbeitsbedingungen, sozialer Sicherheit und Weiterbildungsmöglichkeiten. Wie Palenga-Möllenbeck (2021:113ff.) ausführt, trifft all dies meist aber nicht zu (siehe dazu auch weiter unten).

#### **10.5. Rekrutierung und Organisation von transnationalen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten**

Bei der Rekrutierung und Arbeitssuche sind transnationale Beschäftigte in polnischen Privathaushalten hauptsächlich auf soziale Netzwerke angewiesen. Vor allem

UkrainerInnen haben starke Netzwerke, an denen sowohl andere Beschäftigte als auch private Haushalte beteiligt sind. Diese Netzwerke arbeiten in großen Städten und decken manchmal auch Deutschland ab (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178). Laut ExpertInnen sind „diese Netzwerke Gelegenheitsstrukturen, wenn es um Stellenangebote, nützliche Informationen, alltägliche Unterstützung und Hilfe in Notsituation geht, aber sie sind aufgrund ihres hierarchischen Charakters und der Erwartung von Gegenseitigkeit auch ein mächtiges Instrument, um Kontrolle über andere Netzwerkmitglieder auszuüben“ (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:28).

Es kommen auch sogenannte „Rotationssysteme“ zur Anwendung, ein informelles Organisationsschema, das den Austausch von Beschäftigten ermöglicht: Wenn eine Beschäftigte in die Ukraine zurückkehren muss, vereinbart sie mit einer anderen Migrantin, sie zu ersetzen. Es kommt auch vor, dass für diese „Arbeitsvermittlung“ bezahlt werden muss. Aber manchmal ist es nur eine Vereinbarung zwischen drei Parteien, die manchmal über mehrere Jahre hinweg funktioniert (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:28). Zu anderen Möglichkeiten der Arbeitssuche gehörten Ankündigungen in der Kirche, im Internet oder in der Zeitung (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:28).

Eine begrenzte Rolle bei der Migration ukrainischer Beschäftigter in polnische Privathaushalten spielen zwischengeschaltete Arbeits- oder Vermittlungsagenturen, die MigrantInnen aus der Ukraine vorwiegend in saisonalen Arbeitsfeldern – Landwirtschaft und Bauwesen – vermitteln (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:23).

Qualitative Studien über die von UkrainerInnen erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen zeigen, dass beide Seiten – Beschäftigte und Haushalte – zur Mittelschicht gehören. Ukrainische Betreuungs- und Pflegekräfte sind Personen mit mindestens Sekundarschulbildung, die an einem wirtschaftliche und sozialen Aufstieg Interesse haben (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178).

Die Hauptgruppe der MigrantInnen in Polen sind Ukrainerinnen, die häufig pendeln. Sie reisen alle zwei oder drei Monate zwischen Polen und der Ukraine hin und her (Kaczmarczyk 2015). Polen zeichnet sich durch geografische, kulturelle und sprachliche Nähe aus und wird von ukrainischen MigrantInnen im Allgemeinen als „sicher“ und vertraut wahrgenommen, jedoch mit niedrigeren Löhnen als in anderen EU-Ländern wie Deutschland oder Italien. Es gibt auch historische Verbindungen zwischen Polen und insbesondere der Westukraine, die vor dem Zweiten Weltkrieg Teil des polnischen Staates war. Eine Reihe von UkrainerInnen haben polnische Wurzeln und können daher einen besonderen Aufenthaltsstatus beantragen, z.B. durch die Polnische Charta (*Karta Polaka*), die ihnen wiederum erlaubt, sich frei zwischen den beiden Ländern zu bewegen oder einen Aufenthalts- und Arbeitsstatus in Polen zu behalten (Kordasiewicz, 2011; Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:10; Sowa-Kofta 2017:4)

Ihre Aufgaben reichen dabei vom Putzen, Waschen und Kochen bis zur Kinderbetreuung sowie Betreuung und Pflege von älteren, hilfebedürftigen Menschen. Es scheint jedoch, dass Kinderbetreuung aufgrund von Sprachbarrieren und des Pendel-Charakters der Migration weniger, Reinigungsarbeiten sowie Betreuung und Pflege von älteren,

hilfebedürftigen Menschen hingegen häufig vorkommen  
(Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:10f.).

### **10.6. Regelung der Betreuung und Pflege in polnischen Privathaushalten und von entsendeten Betreuungskräften**

Reguläre Arbeit in Privathaushalten kann entweder auf einem *Arbeitsvertrag* oder auf einem zivilrechtlichen Vertrag (*Deinstvertrag* oder *Werkvertrag*) beruhen. Im Falle eines *Arbeitsvertrags* muss der Mindestlohn bezahlt werden (Polen: im Jahr 2015 für die Vollzeitbeschäftigung 1.750 PLN brutto = rund 393 Euro). Es gelten auch die arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen, wodurch ArbeitnehmerInnen Anspruch auf bezahlten Urlaub, Krankengeld, Mutterschafts- (26 Wochen) oder Elternurlaub (weitere 26 Wochen) und Arbeitslosengeld haben. Die Dauer der Arbeit ist bei Vollzeitbeschäftigung auf 40 Stunden pro Woche begrenzt, und Überstunden oder Arbeit an Feiertagen (Sonntag, Weihnachten, Ostern usw.) sollten zusätzlich bezahlt werden. Darüber hinaus wird die Beschäftigungsdauer als Grundlage für künftige Ansprüche herangezogen, d.h. je länger die angemeldete Beschäftigung dauert, desto höher ist der Lohn (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:12).

Ein Arbeitsvertrag kommt jedoch nur sehr selten zur Anwendung und wenn ja, ist oft nur ein Teil der Arbeit vertraglich abgedeckt (d.h., es wird ein Teilzeitvertrag abgeschlossen, obwohl Vollzeit gearbeitet wird) (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:12). ArbeitgeberInnen sind selten bereit, Arbeitsverträge mit Hausangestellten zu unterzeichnen, vor allem wegen des hohen Anteils der von ihnen zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge und Steuern sowie der erforderlichen Formalitäten (siehe dazu näher: Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Auch die Beschäftigten in den Haushalten sind häufig nicht an einem Vertrag interessiert, da dies ein geringeres Einkommen bedeutet. In einigen Fällen erklären sich ArbeitnehmerInnen, vor allem MigrantInnen, bereit, solche Verträge zu unterzeichnen und die SV-Beiträge aus ihrem eigenen Gehalt zu zahlen; der Vertrag hilft ihnen, nachzuweisen, dass sie angemeldet arbeiten, wenn sie ihre Aufenthaltsgenehmigung verlängern oder ein neues Visum mit dem Recht auf Arbeit erhalten möchten (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Sowohl bei der Beschäftigung von Betreuungskräften in polnischen Privathaushalten als auch von Betreuungskräften die z.B. nach Deutschland entsendete werden, kommen meist Werkverträge oder Dienstverträge zur Anwendung (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:28; Palenga-Möllenbeck 2021:118f). Im Falle eines *Werkvertrags* (*umowa o dzieło*) sind die erforderlichen Formalitäten geringer, es müssen keine SV-Beiträge, sondern lediglich Steuern gezahlt werden. Werkverträge bieten daher weder einen arbeits- noch einen sozialrechtlichen Schutz (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Angemeldete, migrantische Hausangestellte benötigen für ihre Aufenthaltszeit in Polen einen Nachweis über eine Krankenversicherung. Die Versicherung kaufen sie in der

Regel bei privaten Versicherungsgesellschaften, aber die medizinischen Leistungen, die über eine solche Versicherung erbracht werden, sind begrenzt (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:22).

Bei einem **Dienstvertrag** (*umowa zlecenie*) müssen neben den Steuern auch Sozialversicherungsbeiträge entrichtet werden. Daher ist diese Art von Vertrag für Haushalte einerseits teurer und andererseits für Arbeitskräfte weniger lukrativ (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Zivilrechtlichen Verträge bieten nur einen begrenzten Schutz und werden in Polen daher auch als „Müllverträge“ (*umowy śmieciowe*) bezeichnet, da sie zwar das Arbeitsverhältnis formalisieren, aber keinen ausreichenden Zugang zu Arbeits- (Dienstvertrag) sowie Sozialversicherungsrechten (Werkvertrag) bieten (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14; Palenga-Möllenbeck 2021:112).

ExpertInnen gehen davon aus, dass zudem unangemeldete Arbeit weit verbreitet ist und selbst in Fällen angemeldeter Beschäftigung notorisch gegen die Arbeitsvorschriften verstoßen wird (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:12).

### 10.7. **Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor**

In Polen wurden in den frühen 2000er Jahren in der Langzeitpflege neue Berufe etabliert, darunter LangzeitpflegerInnen, medizinische Pflegekräfte, GemeindegemeindepflegerInnen und AssistentInnen für ältere Menschen. Das Interesse an diesen Berufen ist jedoch gering, da die Arbeit bezogen auf das Ausmaß an Verpflichtungen und Verantwortung in der Regel schlecht bezahlt wird. Es gibt Ungleichheiten zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialhilfebereich. Im Gesundheitsbereich sind die Qualitätsstandards gut etabliert und die Gehälter sind in der Regel höher (Sowa-Kofta 2018:8f.).

Im Gesundheits- und Sozialbereich gelten gesonderte Qualitätsstandards für die stationäre Langzeitpflege im Hinblick auf Beschäftigung, Verfahren (insbesondere in der Pflege) und Unterbringungsstandards (Anzahl der Betten usw.). Insgesamt wurde die Qualität der Betreuung und Pflege in öffentlichen Einrichtungen von der Obersten Rechnungskontrollbehörde positiv bewertet. Betreuung und Pflege in privaten Wohneinheiten wird weniger überwacht (Sowa-Kofta 2018:9).

Es gibt keine gemeinsamen und klaren Standards für gemeindenahe Betreuungs- und Pflegedienste. Im Programm Senior+ (Senior-Wigor bis 2017) wurden Kriterien in Bezug auf Beschäftigung und Mindeststandards in Tagesbetreuungseinrichtungen definiert: Der Oberste Rechnungshof weist jedoch darauf hin, dass diese oft schwer zu erfüllen waren, insbesondere in ärmeren Gemeinden. Dies führte 2017 zu einer Lockerung der Programmstandards und -anforderungen. Die Aktivitäten von Tagesbetreuungsstätten und Klubs werden nicht regelmäßig überwacht (Sowa-Kofta 2018:9).

Über die Löhne und Gehälter im privaten LTC-Sektor liegen keine Informationen vor. Im öffentlichen Sektor werden die Löhne und Gehälter durch zwei verschiedene Rechtsakte

geregelt: 1) Das Gesetz vom 21. November 2008 über die Beschäftigten der Kommunalverwaltungen legen das Mindestgrundgehalt und die Zulage im **Sozialhilfesektor**, d.h. in Sozialhilfeheimen (*domy pomocy społecznej* – DPS) und Sozialhilfezentren (*ośrodki pomocy społecznej* – OPS) fest; 2) Das Gesetz vom 8. Juni 2017 über die Methode zur Bestimmung des Mindestgrundgehalts bestimmter Angestellter legt das Mindestgrundgehalt für LTC-Beschäftigte fest, die im **Gesundheitswesen**, d.h. in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (*zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze* – ZPO) und in Pflege- und Behandlungseinrichtungen (*zakłady opiekuńczo-lecznicze* – ZOL) beschäftigt sind (Zieleńska 2020: 23)

Abgesehen vom erwähnten Gesetz richten sich die Gehälter im Sozialhilfesektor nach den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Kommunalverwaltungen sowie nach dem politischen Willen, in diesen Bereich zu investieren. Hinzu kommt, dass ein Teil der Finanzierung der Sozialhilfeheime) aus dem Haushalt der Zentralregierung stammt.

Im Jahr 2018 belief sich der Durchschnittslohn der Kategorie "Gesundheitsversorgung und Sozialhilfe" (Abschnitt Q, NACE 86 ,87, 88), die die gesamte Gesundheitsversorgung und Sozialhilfe umfasst auf 4.414 PLN (= rund 992 Euro) und lag damit leicht unter dem nationalen Durchschnittslohn von 4.589 PLN (=rund 1031 Euro) (Zieleńska 2020: 25).

Die Löhne in der mobilen Betreuung und Pflege, die der Sozialhilfesektor anbietet, wurden durch die Einführung eines Mindeststundenlohns im Januar 2017 beeinflusst. Wie aus dem Bericht der Obersten Rechnungskontrollbehörde hervorgeht, führte die Einführung des Mindeststundenlohns in den meisten 2017 inspizierten Sozialhilfezentren (22 von 23) zu einem Anstieg der Kosten für die mobile Betreuung und Pflege, da die Beschäftigten höher entlohnt werden müssen (Zieleńska 2020: 25).

Wie bereits erwähnt, werden die Löhne im LTC-Sektor durch zwei verschiedene Rechtsakte geregelt, so dass im Sozialhilfe- und Gesundheitssektor unterschiedliche Mindestgrundgehälter gelten. Im Sozialhilfebereich (stationär und mobil) beträgt das Mindestgrundgehalt zwischen 1.900 PLN (= rund 427 Euro) (z.B.: AltenbetreuerInnen, PhysiotherapeutInnen) und 1.960 PLN (=rund 440 Euro) (LeiterInnen des Krankenpflegeteams) (Zieleńska 2020: 26f.). Es ist wichtig zu betonen, dass die Mindestgrundgehälter nicht den tatsächlichen Verdienst der LTC-Arbeitskräfte darstellen. Im Sozialhilfebereiche wird dieser auf der Ebene der Kommunalverwaltung oder sogar auf der Ebene des Arbeitsplatzes festgelegt. Zum Beispiel werden in Warschau die Löhne in Sozialhilfeheimen auf Ebene jeder Einrichtung gesondert festgelegt. Abgesehen davon sind in Warschau alle mobilen Betreuungs- und Pflegedienste ausgelagert, und die tatsächliche Bezahlung der Betreuungs- und Pflegekräfte ist unbekannt (obwohl der Mindeststundenlohn gilt). Es gibt jedoch auch Kommunen, in denen Beschäftigte der mobilen Betreuung und Pflege über individuelle Arbeitsverträge beschäftigt sind (Zieleńska 2020: 27).

Im Gesundheitsbereich beträgt das Mindestgrundgehalt zwischen 2.688 PLN (=rund 604 Euro) (Krankenpflegekräfte) und 4.410 PLN (=rund 991 Euro) (PhysiotherapeutIn mit Spezialisierung, Krankenpflegekräfte mit Spezialisierung und höherer Ausbildung) (Zieleńska 2020: 27).

## 10.8. Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten

Die Beschäftigungsverhältnisse in Polen reichen von einer Kombination aus wöchentlichen Reinigungsjobs, die pro Stunde oder pro Arbeitsbelastung bezahlt werden, bis hin zu (*live-in*) 24-Stunden-Betreuungsarbeit. Viele davon sind Pendel-MigrantInnen, die maximal drei Monate in Polen bleiben, dann für ein paar Monaten nach Hause zurückkehren, um dann wieder zu kommen. Der entscheidende Unterschied betreffend Arbeitsbedingungen besteht zwischen Betreuungspersonen, die im gemeinsamen Haushalt mit den hilfebedürftigen Menschen leben und jenen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben. Letztere haben mehr Autonomie und in der Regel ein besseres Einkommen (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:11).

Manchmal schlafen die BetreuerInnen mit den Pflegebedürftigen in einem Raum, weil kein separater Raum zur Verfügung steht. Ein gemeinsamer Haushalt ist jedoch eher für MigrantInnen charakteristisch, die ihre Arbeit in Polen gerade erst aufnehmen – was durch die Bereitschaft motiviert ist, die Lebenshaltungskosten zu minimieren. Mit der Zeit, wenn sie neue Kontakte knüpfen und ein besseres Verständnis des Arbeitsmarktes erlangen, ziehen sie meist aus und beginnen für mehrere Haushalte zu arbeiten, was ihnen mehr Autonomie und bessere Verdienstmöglichkeiten bietet (Zieleńska 2020: 19).

Die häufigsten Probleme der Betreuungsarbeit im Falle von MigrantInnen sind keine Freizeit oder mehr Aufgaben als ursprünglich vereinbart. Es kommt auch vor, dass die Entlohnung geringer ist als vereinbart oder dass diese gar nicht bezahlt werden (Zieleńska 2020: 19). Im Hinblick auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen und potenziell ausbeuterische Praktiken, die sich bei einer Beschäftigung im Privathaushalt ergeben, wurde in einer polnischen Studie aus dem Jahr 2014 von den Beschäftigten selbst Folgendes genannt: eine geringere Bezahlung als mündlich vereinbart, lange Arbeitszeiten, keine Freizeit im Fall der Betreuung und Pflege älterer Menschen, mehr Betreuungs-, Pflege- oder Haushaltsarbeit als ursprünglich vereinbart, sowie Zahlungsverweigerung (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:29).

Polnischen Studien zufolge ist die Mehrheit der MigrantInnen, die Dienstleistungen für Privathaushalte erbringt (einschließlich Betreuung und Pflege älterer Menschen), unangemeldet (Zieleńska 2020: 22). Im Falle von MigrantInnen gibt es zwei Arten von unangemeldeter Arbeit – Arbeit ohne Arbeitserlaubnis und Arbeit mit Arbeitserlaubnis, aber ohne Vertrag (Górny et al. 2019). Abgesehen davon gibt es auch „Scheinbeschäftigungen“ – einige der MigrantInnen unterzeichnen Verträge, die nicht die Realität ihrer Arbeit widerspiegeln, d.h. sie decken nicht alle Aufgaben ab, die sie ausführen, sie spiegeln nicht die Löhne wider, die sie tatsächlich erhalten, sie werden für einen kürzeren Zeitraum unterzeichnet als die ausgeübte Tätigkeit, sie werden nur für eine der vielen Tätigkeiten unterzeichnet, die sie ausüben, usw. (Zieleńska 2020: 22).

Als Gründe, warum ausländische Arbeitskräfte unangemeldet werden, gelten einerseits die Vielzahl und Komplexität der Regelungen der Anmeldung und der Abgabenleistung und andererseits finanzielle Gründe. Durch die Zahlung von Steuer und Sozialabgaben

wird die Beschäftigung teurer und MigrantInnen erhalten dadurch ein geringeres Einkommen (Zieleńska 2020: 22).

Der Verdienst für die Haushaltsreinigung belief sich auf Basis einer Studie aus dem Jahr 2014 auf 20 PLN (=rund 4,5 Euro) pro Stunde oder 200 PLN (=rund 45 Euro) pro Wohnung/Haus. Für die Kinderbetreuung betrug der Verdienst 3.000 PLN (=rund 674 Euro) pro Monat und für die Betreuung und Pflege von alten Menschen 4.000 PLN pro Monat (=rund 899 Euro). Migrantische Beschäftigte in Privathaushalten gaben jedoch niedrigere Stundenlöhne als polnische ArbeitnehmerInnen an (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:29).

Polnische Vermittlungsagenturen, die 24-Stunden-BetreuerInnen nach Deutschland vermitteln, werben – wie bereits erwähnt – mit Beschäftigungssicherheit, verlässlichen Arbeitsbedingungen, sozialer Sicherheit und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die so genannten „Müllverträge“ (siehe dazu näher: weiter oben) bieten aber keinen ausreichenden Zugang zu Arbeits- (Dienstvertrag) und Sozialversicherungsrechten (Werkvertrag) (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14). „Dies bedeutet, dass keine arbeitsrechtlichen Kündigungsfristen eingehalten werden müssen und kein Anspruch auf Urlaub, Krankengeld oder Mutterschutz besteht“ (Palenga-Möllnbeck 2021:118). Bezogen auf die soziale Sicherheit führt Palenga-Möllnbeck (2021:116) zudem aus, dass in der „Praxis viele Agenturen nur einen verschwindend geringen Anteil der eigentlich vorgesehenen Sozialversicherungsbeiträge abführen“ und die Arbeitskräfte auch über die genauen Regelungen und die Höhe der zu leistenden Beiträge im Ungewissen lassen.

Im Hinblick auf die „verlässlichen“ Arbeitsbedingungen zeigt sich, dass die Angaben der Agenturen über den tatsächlichen Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Menschen nicht immer stimmen und der anfallende Arbeitsaufwand daher unterschätzt wird. Damit müssen 24-Stunden-BetreuerInnen die Arbeitsbedingungen häufig selbst mit den Haushalten, in den sie arbeiten aushandeln (Palenga-Möllnbeck 2021:117). Auch bei der Verpflegung bzw. beim Verpflegungsgeld, das den 24-Stunden-BetreuerInnen rechtlich zusteht, werden diese mit ihren Problemen von den polnischen Agenturen meist alleine gelassen.

Manche der polnischen Agenturen bieten Weiterbildungen – vor allem Sprachkurse und fachliche Ausbildung in der Altenbetreuung – an, jedoch bleibt es in der Eigenverantwortung der 24-Stunden-Betreuungskräfte sich dafür neben ihre Rund-um-die-Uhr Beschäftigung zu motivieren (Palenga-Möllnbeck 2021:115).

### **10.9. Ausbildung und Qualitätssicherung/Kontrolle im LTC-Sektor**

Seit 2011 umfasst die Ausbildung von Betreuungs- und Pflegekräften eine postsekundäre Ausbildung (2-4 Semester). Folglich wurden die folgenden Berufe eingeführt: Altenpfleger/in, Pflegekraft in der stationären Pflege (DPS) und Gemeindepfleger/in und Assistent/in für behinderte Menschen. Außerdem wurden Betreuungs- und Pflegestandards entwickelt (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 179.).

Die Qualitätsanforderungen und -standards unterscheiden sich je nach Art der Langzeitpflege und dem Sektor, in dem die Leistungen erbracht werden, stark. Im Prinzip gelten im Gesundheitssektor und in stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen anspruchsvollere Qualitätsstandards. Bei gemeindenahen und mobilen Betreuungs- und Pflegediensten, insbesondere im Sozialhilfesektor, sind die Qualitätsanforderungen viel flexibler und hängen stark von lokalen Vorschriften und Entscheidungen ab und stehen im Wettbewerb mit dem begrenzten Finanz- und Humankapital (Sowa-Kofta 2018:8).

Die Qualitätsstandards der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste im Gesundheitsbereich werden durch die AuftragnehmerInnen streng definiert, wobei die Standards und Anforderungen durch den Nationaler Gesundheitsfonds (*Narodowy Fundusz Zdrowia*) festgelegt werden. Die Tätigkeiten werden von zertifiziertem Personal erbracht: Gemeindecranken- oder LangzeitpflegerInnen (Sowa-Kofta 2018:9).

Für die mobile Betreuung und Pflege im Sozialhilfereich gibt es kaum universelle Standards. Tätigkeiten (Haushaltsführung, Reinigung, Kochen etc.) werden individuell gewährt, wobei es keine klar definierten Standards und Zertifizierungsregeln für das Personal gibt. Es wird häufig berichtet, dass die Dienstleistungen vom "billigsten" Anbieter erbracht werden, was die Qualität der Betreuung und Pflege beeinträchtigt (Sowa-Kofta 2018:9).

Insgesamt ist die Überwachung der Dienstleistungsqualität schwach ausgeprägt. Im Gesundheitsbereich sind die Standards klar festgelegt, da sie eine Vertragsverpflichtung darstellen. Im Sozialhilfereich sind, mit Ausnahme der stationären Einrichtungen, Standards kaum etabliert. Die Überwachung erfolgt nur gelegentlich, entweder durch den Obersten Rechnungshof oder als Folge einer Intervention in Missbrauchsfällen. Laut Sowa-Kofta (2018:9) besteht die Notwendigkeit, Betreuungs- und Pflegestandards für den Sozialhilfesektor sowie Methoden zur regelmäßigen Bewertung der Qualität der in beiden Sektoren geleisteten Betreuung und Pflege festzulegen.

Die Arbeitsaufsichtsbehörde (PIP) kann eingreifen, wenn die Arbeit auf einem Arbeitsvertrag basiert und das Problem von ArbeitnehmerInnen gemeldet wird, oder wenn die Behörde selbst bei einer ihrer regelmäßigen Inspektionen Unregelmäßigkeiten aufdeckt. In Privathaushalten werden jedoch keine Inspektionen durchgeführt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die meisten Beschäftigten in Privathaushalten ohne Arbeitsvertrag arbeiten, bedeutet dies, dass die PIP kaum Möglichkeiten zum Eingreifen hat (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:26).

Matuszczyk (2020: 56) fasst die Situation für den Bereich der 24-Stunden-Betreuung wie folgt zusammen: „Wie im Fall der polnischen Frauen, die in Deutschland arbeiten, haben die Ukrainerinnen keine angemessene Ausbildung für die Betreuung und Pflege älterer Menschen. Die überwiegende Mehrheit der ukrainischen Betreuungs- und Pflegekräfte hat nur eine Sekundar- oder Berufsausbildung abgeschlossen, und daher gibt es viele Fragen zur Qualität der erbrachten Dienstleistungen und zum System der Überprüfung von Personen, die eine Beschäftigung in diesem Bereich aufnehmen“ (Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin).

### **10.10. Auswirkungen der Migration von Betreuungs- und Pflegekräften auf die Betreuungssituation in Polen**

Laut Kindler/Kordasiewicz/Szulecka (2016:6) gibt es keine dokumentierten Beispiele für explizite Betreuungs- und Pflegeketten (*care chains*) – eine Situation, in der ein Haushalt, der eine Person ins Ausland schickt, um selbst Pflegearbeit zu verrichten, EinwanderInnen beschäftigt, um bezahlte Betreuungs- und Pflegearbeit zu verrichten. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass ein Teil der emigrierten Frauen andernfalls Hausarbeit in anderen polnischen (hauptsächlich städtischen) Haushalten verrichten würde, so dass die Situation dem so genannten *care drain* nahe kommt. Dies ist besonders in den Regionen mit hoher Abwanderung sichtbar und stellt eine Herausforderung für die lokalen Regierungen dar.

Safuta et al. (2016: 233) kommen in ihrer Untersuchung ebenfalls zum Schluss, dass nicht von Pflegeketten gesprochen werden kann: „Ukrainische MigrantInnen, die nach Polen kommen, pflegen nicht die Kinder und Eltern, die von polnischen MigrantInnen ‚zurückgelassen‘ wurden, sondern versorgen und pflegen in Häusern der reichen Warschauer Mittelklasse“ (Safuta et al. 2016: 223). „Tatsächlich ist pflege- und haushaltsbezogene Migration ein stark klassenspezifisches und geografisch beschränktes Phänomen: Polnische Frauen, die ins Ausland emigrieren um in diesen bestimmten Sektor zu arbeiten, kommen vor allem aus den ländlichen Regionen und kleinen Dörfern Ostpolens, während die ArbeitgeberInnen der ukrainischen Pflege- und Hausarbeitskräfte vor allem unter den relativ reichen Mittelklassefamilien Warschaus zu finden sind“ (Safuta et al. 2016: 223).

Die Kinder oder auch pflegebedürftigen Eltern werden nicht durch andere MigrantInnen betreut oder versorgt, sondern durch andere Familienmitglieder, NachbarInnen und FreundInnen übernommen (Safuta et al. 2016: 229).

## 11. INTERNATIONALE MAßNAHMENEMPFEHLUNGEN

Internationale Organisationen befassen sich vor allem im Rahmen von zwei Themenbereichen mit der Frage der migrantischen/transnationalen Personenbetreuung in Privathaushalten: im Bereich häusliche und mobile Betreuungs- und Pflegekräfte (*home-based care worker*) aber vor allem auch im Bereich Hausangestellte (*domestic (care) worker*). So wie bereits im Kapitel Migrationsströme und auch in einzelnen Länderberichten ersichtlich, werden Betreuung und Pflege in Privathaushalten auch von Arbeitskräften übernommen, die als Hausangestellten bezeichnet bzw. in Statistiken und Schätzungen als solche geführt werden. Darin enthalten sich auch 24-Stunden-BetreuerInnen bzw. Hausangestellte in einem *live-in*-Arrangement. Dabei kann es sich um PendelmigrantInnen aber auch um MigrantInnen handeln, die für längere Zeiträume im Zielland leben und arbeiten. Daneben beziehen sich aber auch Berichte zu persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften (*personal care worker*) und migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften (*migrant care workers*) auf den Problembereich der migrantischen/transnationalen Personenbetreuung im mobilen aber eben auch im privaten Bereich.

### 11.1. ILO Policy Brief zu migrantischen Hausangestellten

Im ILO *Policy Brief* „*Making decent work a reality for migrants domestic workers*“ wird zunächst erörtert, warum es weltweit zu einer starken Arbeitsmigration von Frauen im Bereich Hausarbeit kommt und worin die größten politischen Herausforderungen bestehen. Dabei wird unterstrichen, dass die **erhöhte Nachfrage nach bezahlten häuslichen Dienstleistungen** neben dem **demografischen Wandel** und der **steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen** auch auf die **unveränderte geschlechtliche Arbeitsteilung in den Zielländern** zurückzuführen ist (ILO 2015:3). Frauen in den **Herkunftsändern** sehen sich aufgrund **niedriger Einkommen** und einem **Mangel an existenzsichernden Arbeitsplätzen** gezwungen eine Beschäftigung im Ausland zu suchen und akzeptieren dabei – bezogen auf das Zielland – sehr oft niedrige Löhne und schlechte Arbeitsbedingungen (ILO 2015:3).

Eine besondere Herausforderung bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für migrantische Hausangestellte wird darin gesehen, dass sich diese an der **„Schnittstelle zweier souveräner Staaten** befinden, die oft unterschiedliche oder sogar divergierende Interessen, politische Ziele und gesetzliche Rahmenbedingungen in Bezug auf Hausangestellte und migrantische Arbeitskräfte haben“ (ILO 2015:4; Übersetzung durch die Autorin). Zudem führt die **fehlende Übereinstimmung von nationalen Migrationspolitiken mit der Handhabung von Angebot an und Nachfrage nach häuslichen/privaten Dienstleistungen** dazu, dass „migrantische Hausangestellte irreguläre Wege einschlagen und/oder in einen irregulären Migrations- und Beschäftigungsstatus geraten“ (ILO 2015:4; Übersetzung durch die Autorin). Ein restriktive Migrationspolitik bzw. die Schließung von regulären Migrationskanälen, etwa

weil versucht wird den Bedarf mit inländischen Arbeitskräften abzudecken, kann ebenfalls dazu führen, dass **irreguläre Migrationskanäle** entstehen und somit undokumentierter Migration, unangemeldeter Beschäftigung und damit Ausbeutung Vorschub geleistet wird (ILO 2015:4).

Weitere Herausforderungen bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für migrantische Hausangestellte sind – laut ILO (2015:4) – der **Ausschluss von Hausangestellten aus nationalen arbeitsrechtlichen Regelungen** (ILO 2016:12f.), eine **geringe Regulierung von Vermittlungsagenturen** und **hohe Vermittlungsgebühren**, die MigrantInnen in die Verschuldung und damit Abhängigkeit treiben (ILO 2015:4). ILO-Studien zeigen, dass Hausangestellte zu den am wenigsten geschützten Beschäftigten im Rahmen von nationalen Arbeitsgesetzen zählen bzw. die Umsetzung und Überwachung bestehender Gesetze besonders mangelhaft ist. In den Fällen, in denen der Haushaltssektor durch das nationale Arbeitsrecht abgedeckt ist, können MigrantInnen davon ausgeschlossen sein bzw. haben diese es – auch aufgrund mangelnder Informationen oder Sprachkenntnisse – besonders schwer ihre Rechte einzufordern bzw. durchzusetzen (ILO 2015:4).

Zudem zeigt sich, dass auch in den Fällen, in denen die Migration von häuslichen/privaten Arbeitskräften direkt oder indirekt von den Herkunfts- und Zielländern gefördert wird, die **Vermittlung weitgehend in den Händen privater Agenturen** liegt. Studien zeigen hier eine missbräuliche Handhabung durch Vermittlungsagenturen und informelle Vermittler auf, die außerhalb des gesetzlichen und regulatorischen Rahmens agieren (ILO 2015:4).

Darüber hinaus sind migrantische Hausangestellte auch mit **direkter Diskriminierung** konfrontiert. So gibt es etwa Belege für erhebliche Lohnunterschiede zwischen einheimischen und migrantischen Hausangestellten und in einigen Fällen auch zwischen migrantischen Hausangestellten unterschiedlicher Nationalitäten (ILO 2015:5).

Im erwähnten ILO-Policy Brief (2015:5ff.) werden **ausgewählte Ansätze und Praktiken für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen** für migrantische Hausangestellte vorgestellt, die sich auf diese beschriebenen Herausforderungen beziehen. Grundsätzlich wird darauf verwiesen, dass sowohl „die **Regierungen der Herkunfts- als auch der Zielländer eine gemeinsame Verantwortung** für eine faire und effiziente Steuerung unter voller Einhaltung der Arbeitsnormen und in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes haben“ (ILO 2015:5; ILO 2016:13). In der ILO-Studie „*Decent Work für Workers: Moving the Agenda Forward*“ wird dazu festgehalten: „Das Fehlen bilateraler, regionaler und interregionaler politischer Rahmenregelungen zur Migration und Arbeit gering qualifizierter Arbeitskräfte ist ein Hindernis für die Verwirklichung der Rechte migrantischer Hausangestellter, selbst dort, wo auf nationaler Ebene erhebliche gesetzliche Verbesserungen stattgefunden haben“ (ILO 2016:13, Übersetzung durch die Autorin).

Maßnahmenempfehlungen der ILO beziehen sich sowohl auf die Ebene der Regulierung als auch auf die Schaffung von unterstützenden Dienstleistungen. Wie bereits erwähnt, ist eine **Ausweitung des Geltungsbereichs des nationalen Arbeitsrechts auf**

*migrantische Hausangestellte* erforderlich. Dies bedeutet, u. a. ein Recht auf gerechte Entlohnung, auf begrenzte Arbeitszeit und auf ausreichende Ruhe- und Urlaubszeiten, auf freie Zeiteinteilung außerhalb der Arbeitszeit, und auf Privat- und Familienleben (ILO 2015:5f). Um undokumentierte Migration und unangemeldete Beschäftigung hintanzuhalten, sind u.a. die Schaffung von *regulären Migrationskanäle* notwendig sowie von Systemen, die ein *adäquates Job-Matching* ermöglichen (ILO 2015:6). „Es ist sehr wichtig, dass die Zielländer eine Politik einführen, die den Bedarf an Hausangestellten und das Ausmaß berücksichtigt in dem Engpässe in diesem Sektor durch ausländische Arbeitskräfte gefüllt werden sollten“ (ILO 2016:13, Übersetzung durch die Autorin).

Auch die *Regulierung von, Aufsicht über und Kontrolle von Vermittlungsagenturen* würde dazu beitragen, dass MigrantInnen nicht in die Hände von missbräuchlichen, nicht registrierten Arbeitsvermittlern fallen. Dies sollte – laut ILO (2015:6) – zu den Handlungsprioritäten der Regierungen gehören. Obwohl der internationale Rechtsrahmen klar unterstreicht, dass etwa Anwerbegebühren nicht von den ArbeitnehmerInnen getragen werden dürfen, ist dies – laut ILO (2015:6) – weltweit nach wie vor gängige Praxis und in mehreren Ländern auch gesetzlich zulässig. Wichtig wären auch *kostenlose Informationen und Schulungen vor der Abreise/Migration*, um eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen und zuverlässige Informationen über die in allen Phasen der Migration geltenden Rechte und Pflichten, über verfügbare Unterstützungsdienste sowie über die vorherrschenden soziokulturellen Normen der Zielländer zu liefern (ILO 2015:7). Um den Schutz von migrantischen Hausangestellten zu verbessern, können *Zielländer standardisierte Arbeitsverträge* einführen und *bilaterale Abkommen mit den Herkunftsländern* abschließen. Die ILO (2015:7) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass derartige Standardverträge allerdings kein Ersatz für eine Einbeziehung in arbeitsrechtliche Regelungen darstellen, sondern eine Ergänzung dazu sind, weil sie für sich allein keinen angemessenen Rechtsschutz bieten. Um die Durchsetzungsmöglichkeiten der Rechte von migrantischen Hausangestellten zu verbessern, sollten Staaten ihre *Umsetzungs- und Kontrollmechanismen – einschließlich der Arbeitsinspektorate* – stärken und Unterstützungsdienste bereitstellen – wie mehrsprachige Hotlines – sowie besondere *Rechtsberatung und Vertretung* anbieten (ILO 2015:8). Da eines der Haupthindernisse für effektiven Schutz und Missbrauchsprävention das fehlende Wissen über Rechte oder auch eine fehlende Stimme zu deren Wahrung ist, besteht hier auch die Notwendigkeit, die *Organisation von Interessensvertretungsstrukturen* zu fördern. Dies bezieht sich auch auf die Zusammenarbeit oder bilaterale Abkommen zwischen gewerkschaftlichen Organisationen in den Herkunfts- und Zielländern (ILO 2015:8f). „Die Zusammenarbeit dient dazu, die Koordination zwischen verschiedenen nationalen und internationalen Rechtssystemen zu fördern, insbesondere im Hinblick auf die internationale Arbeitsvermittlungsbranche, in der ArbeitgeberInnen und Vermittlungsagenturen in einem Land existieren, während Vermittlungsagenturen und die Familien der ArbeitnehmerInnen in einem anderen Land sind“ (ILO 2016:14, Übersetzung durch die Autorin).

Programme zur Förderung der Professionalisierung durch **Qualifizierung und Kompetenztrainings** sollten sowohl in Herkunfts- als auch Zielländern angeboten werden. Damit könnten die für die Arbeit erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen vermittelt und gleichzeitig der Wert dieser Arbeit erhöht werden (ILO 2015:9).

Weitere Maßnahmenempfehlungen der ILO (2015:10f.) beziehen sich auf die **Schaffung des Zugangs zur sozialen Sicherheit in den Zielländern** und Mitnahmen von sozialrechtlichen Ansprüchen in die Herkunftsländer – etwa durch die Verabschiedung von bilateralen Vereinbarungen –, auf die **Verbesserung der finanziellen aber auch sozialen Rücküberweisungen (remittances)** – wie etwa Know-how, Verhaltensweisen, Praktiken und Fähigkeiten – von Hausangestellten sowie die **Förderung der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit**, wie etwa durch bilaterale Arbeitsabkommen und gemeinsame Absichtserklärungen (*Memorandum of Understanding*).

### **11.2. ILO-Studie über Arbeitskräfte im Betreuungs- und Pflege- sowie Hausangestelltensektor**

In der ILO-Studie „*Care Work and Care Jobs. For the Future of Decent Work*“, die sich sowohl auf Arbeitskräfte im Betreuungs- und Pflegesektor als auch im Hausangestelltensektor bezieht, wird festgehalten: „Ein guter Weg zur Betreuung-Pflegearbeit bedeutet, menschenwürdige Arbeit für Betreuungs- und Pflegekräfte zu erreichen, einschließlich von Hausangestellten und MigrantInnen“ (ILO 2019:15; Übersetzung durch die Autorin). Dies erfordert die **Ausweitung des Arbeits- und Sozialschutzes auf alle Betreuungs- und Pflegekräfte**, die **Förderung der Professionalisierung** bei gleichzeitiger Vermeidung von Dequalifizierung, die **Gewährleistung von Arbeitnehmervertretungen und Kollektivvertragsverhandlungen** sowie die **Vermeidung von Kostensenkungsstrategien** sowohl im privaten als auch im öffentlichen Betreuungs- und Pflegesektor, die das Einkommen drücken oder die direkten Betreuungs- und Pflegezeiten reduzieren (ILO 2019:15). Ein guter Weg zur Betreuung-Pflegearbeit bzw. ein High-Road-Szenario erfordert – laut ILO (2019:16) – daher eine **Verdoppelung der aktuellen Investitionen in Bildung, Gesundheit und Soziales bis 2030**.

Für einen guten Weg der Betreuungs- und Pflegearbeit und um gleichzeitig eine Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen, sind – laut ILO (2019:18; 2018:287ff) – eine Palette von Maßnahmen notwendig, die sich auf die drei Bereiche beziehen:

1) **Anerkennung, Reduzierung und Umverteilung der unbezahlten Betreuungs- und Pflegearbeit** (siehe dazu näher: OECD 2018:289ff).

2) **Mehr und bessere Arbeit für (migrantische) Betreuungs- und Pflegekräfte**: Dabei geht es um bessere Arbeitsbedingungen und die Umsetzung des gleichen Lohnes für gleichwertige Arbeit für alle Betreuungs- und Pflegekräfte, die Gewährleistung eines sicheren, attraktiven und anregenden Arbeitsumfelds für weibliche und männliche Betreuungs- und Pflegekräfte sowie um den gesetzlichen Schutz von migrantische Betreuungs- und Pflegekräften (ILO 2018:315ff.). **Konkrete Vorschläge** beziehen sich

etwa auf ein *Verbot bzw. die Beschränkung von befristeten Beschäftigungsverhältnissen bzw. von Leiharbeit*, aber auch die *Einbeziehung von Hausangestellten in nationale Mindestlohnregelungen*, auch im Falle einer Beschäftigung durch Subunternehmen. Vor allem im Zusammenhang mit dem Mindestlohn für Hausangestellte wird zudem eine *strengere Kontrolle der tatsächlichen Umsetzung* gefordert (2018:316.). Weiters wird hier eine stärkere Transformation der informellen Betreuungs- und Pflegearbeit im Haushalt in Richtung formelle Beschäftigung angeführt, etwa durch Steuererleichterung bzw. auch durch eine entsprechende Ausgestaltung von cash-for-care Leistungen (z.B. Frankreich) (ILO 2018:218). Im Zusammenhang mit Personalentwicklung und Qualifizierung wird u.a. eine *bessere staatliche Regulierung von Vermittlungsagenturen* gefordert, um somit neben einer menschenwürdigen Beschäftigung in Privathaushalten auch den Zugang von Hausangestellten zu Weiterbildung zu gewährleisten (ILO 2018:322).

In Bezug auf *migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte* werden verschiedene gesetzliche Regelungen und Maßnahmen gefordert, die sich in erster Linie auf eine *volle Einbeziehung in das Arbeits- und Sozialrecht* und eine *faire Rekrutierung* beziehen (ILO 2018:323ff.). Dies ist laut ILO (2018:190ff) notwendig, da sich migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in allen Zielländern mit einer Reihe von Hindernissen konfrontiert sehen, die ihre Arbeitsrechte einschränken, insbesondere im Falle von gering qualifizierten LTC-Beschäftigten und Hausangestellten. Dies bedeutet in der Regel niedrigere Löhne, längere Arbeitszeiten, schlechtere Arbeitsbedingungen, geringere Entwicklungschancen und unsicherer Arbeitsplatz. Darüber hinaus sind *migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte sowie Hausangestellte*, oft von *arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen ausgeschlossen*. „Sie können aufgrund ihres Status, ihrer Staatsangehörigkeit oder der *unzureichenden Dauer ihrer Beschäftigungs- und Aufenthaltszeiten* keinen oder nur eingeschränkten Zugang zur Sozialversicherung im Zielland haben. Ihr Zugang kann aufgrund mangelnder Kenntnisse und mangelnden Bewusstseins über ihre Rechte und Pflichten weiter eingeschränkt sein. Gleichzeitig können sie aufgrund ihrer *vorübergehenden Abwesenheit ihre Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen in ihrem Herkunftsland verlieren*“ (ILO 2020:324; Übersetzung durch die Autorin). Ziel sollte es daher sein, dass *migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte sowie Hausangestellte durch die Sozialversicherungs- und Sozialhilfesysteme, einschließlich Mutterschutz und Schutz vor Arbeitsunfällen*, abgedeckt sind und das erworbene sozialversicherungsrechtliche Anspruch vom auch mitgenommen werden können (ILO 2020:324).

Erwähnung findet hier auch das Übereinkommen über private Arbeitsvermittlungsagenturen von 1997 (Nr. 181) und die dazugehörige Empfehlung Nr. 188, die für migrantische Betreuungs- und Pflegearbeitskräfte besonders wichtig sind, da sie vielfach über private Agenturen angeworben bzw. vermittelt werden. Im Übereinkommen bzw. in der Empfehlung wird festgelegt, dass Staaten für ArbeitsmigrantInnen, die von *privaten Arbeitsvermittlungen* angeworben werden, einen *angemessenen Schutz gewährleisten und einen Missbrauch verhindern* sollten (etwa im Hinblick auf die Erhebung von übermäßig hohen Anwerbegebühren) und dass die

Agenturen die ArbeitsmigrantInnen über die Art der angebotenen Stelle und die geltenden Arbeitsbedingungen informieren sollten (ILO 2018:323ff).

Eine faire Rekrutierung bezieht sich hier auch auf die **Anerkennung der Qualifikationen und Berufserfahrungen** von migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften. Hier könnten vor allem bilaterale oder multilaterale Vereinbarungen Abhilfe schaffen (ILO 2020:325).

3) **Interessensvertretung, sozialer Dialog und Kollektivvertragsverhandlungen für Betreuungs- und Pflegekräfte**: Dies beinhaltet u.a. die Förderung des Aufbaus von Allianzen zwischen Gewerkschaften, die Betreuungs- und Pflegekräfte vertreten und zivilgesellschaftlichen Organisationen, die Pflegebedürftige und unbezahlte Betreuungs- und Pflegekräfte vertreten (ILO 2019:18).

### **11.3. OECD-Studie zu Krankenpflegekräften und persönliche Betreuungs- und Pflegekräften**

In der OECD-Studie „*Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*“, die sich auf Krankenpflegekräfte und persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte im stationären und mobilen Bereich bezieht, wird festgehalten, dass eine geringe Arbeitsplatzqualität dazu führt, dass Betreuungs- und Pflegekräfte den LTC-Sektor verlassen (OECD 2020:95). LTC-Beschäftigte sind mit Einkommen, Arbeitsbedingungen und Karriereaussichten oft unzufrieden. Dies verstärkt den physischen und psychischen Stress der Arbeit zusätzlich. **LTC-Beschäftigte verdienen viel weniger als Beschäftigte in Krankenhäusern in ähnlichen Berufen**. So betrug der Medianlohn für LTC-Beschäftigte in den europäischen Ländern 9 Euro pro Stunde, verglichen mit 14 Euro pro Stunde für Krankenhausbeschäftigte in weitgehend ähnlichen Berufen. Zudem sind **atypische Beschäftigungen, wie Teilzeit und befristete Beschäftigung, im LTC-Sektor sehr stark verbreitet** (OECD 2020:95ff).

Die OECD (2020:10) unterstreicht zudem, dass **unzureichende Ausbildung und Kompetenzen Risiken für die Qualität der Betreuung und Pflege** darstellen können. So werden in der OECD rund 70% der LTC-Betreuung und Pflege durch persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte (*personal care worker*) geleistet, wobei die **Qualifikationsanforderungen in vielen Ländern sehr niedrig** sind und eine geriatrische Schulung meist fehlt. Dabei gehen ihre Aufgaben in mehr als zwei Drittel der OECD-Länder weit über die Hilfe bei grundlegenden Tätigkeiten wie Waschen, Aufstehen und Hilfe bei der Essensaufnahme hinaus. Sie sind häufig an der Überwachung der Gesundheit beteiligt, wirken bei der Umsetzung von Pflegeplänen mit und führen Gesundheitsakten. Gleichzeitig verlangen weniger als die Hälfte der untersuchten Länder, dass Pflegekräfte eine Lizenz oder Zertifizierung besitzen (OECD 2020:66ff.).

Im genannten OECD-Bericht wird zudem betont, dass es **vor allem an mobilen Betreuungs- und Pflegekräften fehlt**. Obwohl mehr als die Hälfte der OECD-Staaten damit begonnen hat, die Langzeitpflege aus den stationären Einrichtungen in den mobilen Bereich zu verlagern, stellen stationäre Betreuungs- und Pflegekräfte noch immer 56 % der gesamten LTC-Arbeitskräfte (OECD 2020:33).

Im Durchschnitt sind innerhalb der OECD mehr als 20% der LTC-Arbeitskräfte im Ausland geboren. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, da sie länger im LTC-Sektor verbleiben und mehr Stunden als Einheimische arbeiten. Die meisten Länder fördern ihre Anwerbung jedoch nicht durch spezifische Migrationskanäle. Nur wenige Länder außerhalb EU haben derartige *Migrationskanäle* eingerichtet, allerdings *beziehen sich diese meist auf KrankenpflegerInnen und nicht auf persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte* (OECD 2020:34).

Um mehr Menschen in den LTC-Sektor zu bringen und dort auch zu halten, sind – laut OECD (2020:94ff) – nicht nur Imagekampagnen notwendig, sondern auch vermehrt *Investitionen in Ausbildungsprogramme* u.a. auch für erwerbslose Personen. *Höhere Einkommen* sowie *bessere Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen* (etwa weniger Teilzeit und befristete Beschäftigung, weniger Mehr- und Überstunden, eine bessere Arbeitsorganisation, psychische und physische/technische Unterstützung) sind entscheidende Faktoren, wobei den *Kollektivverträgen* hier eine wichtige Rolle zugeschrieben wird.

#### **11.4. WHO-Bericht zu Gesundheitsdienstleistungen für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte und ihre Familien**

Im WHO-Bericht „*Women on the move: migration, care work and health*“ stehen die Gesundheit und der *Zugang von migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften und ihren Familien zu Gesundheitsleistungen* im Fokus. „Der Status von weiblichen Betreuungs- Pflegekräften mit Migrationshintergrund muss sowohl in den Aufnahme- als auch in den Entsendeländern anerkannt werden; sie sind sowohl AnbieterInnen als auch KonsumentInnen von Gesundheits- und Sozialleistungen in den Herkunfts- und Zielländern“ (WHO 2017:81).

Im Bericht werden drei nächste Schritte angeführt, die notwendig sind, um die Gesundheitsbedarfe bzw. die damit verbundenen Rechte der migrantischen, weiblichen Betreuungs- und Pflegekräfte sowie ihrer Familien in den Herkunftsländern zu gewährleisten (WHO 2017:74ff.). Diese drei Schritte werden im Folgenden kurz beschrieben:

1) *Empirische Studien über transnationale Betreuungs- und Pflegeketten*, die u.a. folgende Fragen beantworten: Welche Arbeit verrichten migrantische, weibliche Betreuungs- und Pflegekräfte unter welchen Lebens- und Arbeitsbedingungen? Wie wirkt sich dies auf ihr Leben, ihre eigene Gesundheit sowie auf ihre Familien in den Herkunftsländern aus? (WHO 2017:76f.)

2) *Verbesserung des Zugangs durch Nicht-Diskriminierung und Partizipation*: Dies bezieht sich u.a. auf einen *diskriminierungsfreien Zugang zu allen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen* unabhängig von Staatsangehörigkeit, vom rechtlichen oder sozioökonomischen Status sowie die *Sicherstellung einer Mitsprache* und Beteiligung an Politikentwicklung, Programmplanung, Bedarfsanalyse, Evaluierung und Monitoring. (WHO 2017:78f.). Hier wird auch speziell auf die *Lage der Familienangehörigen in den*

**Herkunftsländern** verwiesen: „Die Aufmerksamkeit muss stärker auf die Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbedarfe und die damit verbundenen Rechte derjenigen gerichtet werden, die in den Herkunftsländern zurückbleiben und immer noch weitgehend unsichtbar sind bzw. ignoriert werden. Diese Menschen haben oft nur einen minimalen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung aufgrund von Armut, einem niedrigeren Entwicklungsstand des Wohlfahrtsstaates und der Abwanderung von medizinischen Fachkräften“ (WHO 2017:79; Übersetzung durch die Autorin). **Zielländer sollten daher auch die sozialen, psychologischen und wirtschaftlichen Kosten** (einschließlich des Betreuungsdefizites), die in den Herkunftsländern entstehen, anerkennen und entsprechend **adressieren** (WHO 2017:80).

3) **Wertschätzung der Betreuung und Pflege als öffentliches Gut und Harmonisierung der Politiken**: Dies beinhaltet u.a., dass Mitgliedstaaten die empirische Evidenz (Schritt 1) nutzen, um den positiven Beitrag von ArbeitsmigrantInnen in der Betreuung und Pflege im öffentlichen Diskurs explizit zu artikulieren. Der WHO-Bericht betont insbesondere, dass die **persönliche Betreuungs- und Pflegearbeit** (*personal care work*) weltweit unterbewertet wird, diese aber **einen wesentlichen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit** leistet. „Persönliche Betreuungs- und Pflegearbeit ist eine wesentliche Ressource, die Gesundheitssysteme unterstützt, Defizite und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung behebt und das individuelle und kollektive Wohlbefinden fördert und unterstützt“ (WHO 2017:80).

Weiteres soll die Entwicklung und/oder **Stärkung von Vereinbarungen zwischen Herkunfts- und Zielländern und -regionen** dazu beitragen, ungleiche Betreuungsangebote und -kapazitäten auszugleichen. Laut WHO (2017:80) „ist eine regierungsübergreifende Zusammenarbeit erforderlich, um politische Maßnahmen zu harmonisieren und die soziale Ausgrenzung zu verringern, mit der viele Betreuungs- und Pflegekräfte, darunter auch Migrantinnen, konfrontiert sind“ (Übersetzung durch die Autorin). Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz soll eine **behördenübergreifende Zusammenarbeit** und die **Einbeziehung von unterschiedlichen Interessensgruppen** bei Regulierung und Maßnahmenentwicklung gewährleisten (WHO 2017:80f).

## ZUSAMMENFASSUNG UND SYNTHESE

**Migrationsströme:** Die Beschreibung der Migrationsströme von Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten der EU-Länder stellt aus verschiedenen Gründen eine besondere Herausforderung dar. Einerseits handelt es sich häufig um undokumentierte Migration und/oder unangemeldete Beschäftigungen. Damit scheinen diese in offiziellen Statistiken nicht auf und es muss meist auf nationale Schätzungen zurückgegriffen werden, die untereinander nicht vergleichbar sind. Zudem werden GrenzgängerInnen oder auch PendelmigrantInnen in den offiziellen Statistiken nicht immer bzw. unterschiedlich erfasst. Andererseits gibt es ein Problem bei der Abgrenzung zwischen mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräften (*home-based personal care worker*) und Betreuungs- und Pflegekräften, die von privaten Haushalten beschäftigt werden (*domestic care worker*). Zudem ist im Bereich der Hausangestellten (*domestic worker*) – darunter fallen in manchen Ländern auch die 24-Stunden-BetreuerInnen – der Anteil der unangemeldeten Beschäftigungen sehr hoch.

Auf Basis der aktuellsten internationalen Zahlen waren 2012/13 in Europa etwas mehr als 29% der mobilen und häuslichen Betreuungs- und Pflegekräfte (*home-based personal care worker*) im Ausland geboren und kamen (nur Europa betrachtend) vor allem aus Rumänien, der Ukraine, Moldawien, Polen und der Slowakei. Aus den beiden letztgenannten Ländern sowie aus Ungarn kamen zusätzlich noch viele GrenzgängerInnen. Zielländer dieser offiziellen migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte waren vor allem Italien, Spanien, Schweden, die Niederlande, Österreich sowie das Vereinigte Königreich (OECD 2015:122f.).

Bei vielen Betreuungs- aber auch Pflegekräften, die in Privathaushalten beschäftigt sind, handelt es sich aber um angemeldete und vielfach auch um unangemeldete migrantische Hilfskräfte bzw. Hausangestellte (*domestic worker*). Laut ILO gab es 2015 offiziell 2,2 Millionen migrantische Hausangestellte in Europa, wobei aufgrund des häufig informellen Charakters dieser Arbeit die tatsächliche Zahl viel höher ist. Alleine in Italien wird geschätzt, dass 2018 neben den rund 302.000 angemeldeten migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften (*badanti*) zusätzlich rund 603.000 unangemeldete Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten beschäftigt waren (Fosti/Notarnicola 2019:48). In Österreich arbeiteten Ende des Jahres 2020 offiziell rund 60.100 24-Stunden-BetreuerInnen, sie kommen als PendelmigrantInnen vor allem aus Rumänien und der Slowakei (WKO 2021:11). Für Deutschland gehen aktuelle Schätzungen – hier gibt es keine offiziellen Zahlen – von etwa 300.000 bis zu 600.000 migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften aus. Dabei handelt es sich ebenfalls vor allem um PendelmigrantInnen, die vor allem aus Polen kommen (Steiner et al. 2019: 4f). Migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte in den niederländischen Haushalten sind zum allergrößten Teil angemeldet beschäftigt und kommen nahezu ausschließlich aus Mittel- und Osteuropa (Da Roit/van Bochoven 2017:82). Sowohl in den Niederlanden als auch in Schweden haben Einschränkungen bei den öffentlich bereitgestellten Betreuungsleistungen (*social care work*) zu einer (starken) Entwicklung eines legalen privaten Marktes für Haushalts- und Betreuungsdienstleistungen geführt. Es fehlen

jedoch Angaben darüber wie hoch der Anteil der migrantischen, angemeldeten oder auch unangemeldeten Arbeitskräfte dabei ist. In Frankreich werden offiziell rund 165.000 Betreuungs- und Pflegekräfte direkt von Privathaushalten beschäftigt (Turlan 2020:21). Der Anteil der migrantischen Arbeitskräfte wird als hoch eingeschätzt, neben den EU-Ländern Portugal und Polen kommen viele aus Drittstaaten bzw. ehemaligen Kolonien (Cordon et al. 2013:8).

Rumänien ist eines der wichtigsten Herkunftsländer für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in der EU. Viele arbeiten unangemeldet und/oder als PendelmigrantInnen und werden von den offiziellen Statistiken nicht erfasst (Ghiță/Boboc 2020:13). Es wird geschätzt, dass 2016 insgesamt fast drei Millionen RumänInnen in anderen europäischen Ländern lebten und arbeiteten, sehr viele davon in der Betreuung und Pflege (Sekulová/Rogoz 2018:24). Die Zielländer sind – aufgrund traditioneller Ruten und geographischen Bindungen – vor allem Italien, Spanien, Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich.

Die traditionelle Ost-West-Migration innerhalb der EU ist ein Hauptmerkmal der Betreuung und Pflege in den Privathaushalten, wobei auch die Ukraine ein wichtiges Herkunftsland für Hausangestellte ist, vor allem für Italien und Polen (Tayah 2016:37; Sowa-Kofta 2017:4). Gleichzeitig werden einige der traditionellen Herkunftsländer, wie etwa Polen, die Tschechische Republik, Ungarn und Slowenien, zunehmend auch zum Ziel für Betreuungs- und Pflegekräfte. In diesem Fall kommen die Betreuungs- und Pflegekräfte aus anderen, meist nicht zur EU gehörigen Ländern wie der Ukraine, Weißrussland oder anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion (Sowa-Kofta 2017:3). Schätzungen gehen etwa davon aus, dass jährlich alleine über 100.000 ukrainische Betreuungs- und Pflegekräfte in polnischen Privathaushalten tätig sind (Matuszczyk 2020:56).

**Italien:** Im italienischen LTC-System kommt der Familie und damit hauptsächlich den Frauen die vorrangige Rolle bei der Betreuung und Pflege von Angehörigen zu. Im Laufe der Jahre wurde dieses System, das auch als „Frau in der Familie“ (*woman in the family*) beschrieben wird durch das Modell „Migrantin in der Familie“ (*migrant in the family*) ergänzt (King-Dejardin 2019:65). Das öffentliche mobile und stationäre Betreuungs- und Dienstleistungsangebot ist – auch im EU-Vergleich – sehr eingeschränkt und regional sehr unterschiedlich ausgebaut. Die wichtigste Leistung des italienischen LTC-Systems stellt die Betreuungsbeihilfe (*cash for care*) dar. Ähnlich wie in Österreich ist die Gewährung der Betreuungsbeihilfe nur vom Betreuungs- bzw. Pflegebedarf abhängig und an keine finanzielle Bedarfsprüfung gebunden, und es gibt auch keine Rechenschaftspflicht darüber, wie die Beihilfe verwendet wird. Das Betreuungsgeld wird u.a. für den privaten Zukauf von Betreuung und Pflege am informellen Arbeitsmarkt verwendet. Häufig übernehmen migrantische Arbeitskräfte die Betreuung und Pflege in den Privathaushalten. Von den 2018 rund 402.000 offiziellen und damit angemeldeten Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten waren rund  $\frac{3}{4}$  MigrantInnen, der Großteil von ihnen kommt aus Osteuropa, vor allem aus Rumänien (Pedersini 2020:6; Sekulová/Rogoz 2019:7). Neben den offiziellen Beschäftigten gibt es eine große Zahl an

unangemeldeten Betreuungs- und Pflegekräften, die für 2018 auf rund 603.000 geschätzt wurden (Fosti/Notarnicola 2019:48).

Die Rekrutierung einer migrantischen Betreuungs- und Pflegekraft erfolgt häufig über sogenannte Migrationsketten, d.h. die Vermittlung erfolgt über eine Verwandte, Freundin, Nachbarin, die bereits in Italien im Privathaushalt beschäftigt ist (Salaris/Tedesco 2020:15). Darüber hinaus gibt es in Italien seit rund zehn Jahren in vielen Regionen sogenannte Register oder auch öffentliche Vermittlungsschalter für Betreuungskräfte in Privathaushalten. Diese offiziellen Kanäle, die vor allem einer Legalisierung der privaten Betreuungskräfte dienen sollten, führen in der Praxis jedoch kaum zu offiziellen Vermittlungen (Pasquinelli/Rusmini 2013:103f; Guarna 2018:3).

Angemeldete Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten unterliegen in Italien der Sozialversicherungspflicht sowie dem nationalen Kollektivvertrag für Hausangestellte. Darin werden u. a. die Arbeitszeiten, Ruhebestimmungen, Urlaubsansprüche und der Mindestlohn (in Abhängigkeit vom Pflegegrad der zu betreuenden Personen und der Wohnsituation – *live-in* oder *live-out* Arrangement) definiert. Es gibt offiziell keine selbständigen Betreuungs- und Pflegekräfte in italienischen Privathaushalten. Gleichzeitig wird in Italien nicht angemeldete (migrantische) Arbeit toleriert (King-Dejardin 2019:66).

Bei den migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften handelt es sich einerseits um PendelmigrantInnen, es gibt aber auch MigrantInnen, die grundsätzlich in Italien bleiben wollen. Andererseits gibt es migrantische Betreuungs- und Arbeitskräfte, die im Haushalt der pflegebedürftigen Menschen leben (*live-in*) und jene, die dies nicht tun (*live-out*), wobei sich die Arbeitsbedingungen und auch die Entlohnung der *live-in* und *live-out* BetreuerInnen unterscheiden. Betreuungs- und Pflegekräfte, die im gemeinsamen Haushalt leben, haben sehr häufig sehr lange Arbeitszeiten bzw. werden die täglichen und wöchentlichen Ruhezeiten nicht eingehalten. Zudem werden sie auch für andere Tätigkeiten (Gartenarbeit etc.) oder für andere Familienmitglieder bis hin zur medizinischen Grundversorgung herangezogen. Die Arbeit gilt als physisch und psychisch sehr belastend, da auch die Möglichkeit das Haus zu verlassen sehr eingeschränkt ist (King-Dejardin 2019:67).

Fast alle italienischen Regionen haben Ausbildungsstandards für Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten – zwischen 100 und 400 Stunden – festgelegt. Die Ausbildung kann für bereits beschäftigte Personen auch während der Arbeitszeit erfolgen (Guarna 2018:49).

Obwohl die Arbeitsaufsichtsbehörde in Italien ein allgemeines Mandat für den Hausangestelltensektor hat (Basten 2015:19) gibt es de facto keine Kontrolle der Arbeitsverhältnisse in den Privathaushalten. Es wird jedoch angemerkt, dass diese für missbräuchliche Praktiken, Nichtzahlung von Löhnen, Schuldknechtschaft, schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen oder psychologischen Missbrauch besonders anfällig sind (Castagnone et al. 2013:40).

**Österreich:** Zentral für das österreichische LTC-System ist das 1993 eingeführte Pflegegeld (*cash-for-care*). Die Höhe der Geldleistung hängt alleine vom festgestellten Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ab und ist weder an eine Einkommensprüfung noch an einen bestimmten Verwendungszweck geknüpft. Da die anfallenden Pflegekosten nur teilweise abgegolten werden, baut das Pflegegeld auf der kostengünstigen Betreuung und Pflege im Rahmen der Familie auf (Mairhuber 2000:179ff.). Trotz des Ausbaus von – vor allem mobilen – Diensten reicht das Angebot insgesamt bei weitem nicht aus, um den steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf in Österreich zu decken (Maier 2011:78f.). Die überwiegende Mehrheit der PflegegeldbezieherInnen (rund 78%) wird zu Hause durch Angehörige alleine oder in Kombination mit professionellen mobilen Diensten versorgt (Rudda et al. 2008: 331). Rund 5% der PflegegeldbezieherInnen erhalten eine 24-Stunden-Betreuung (*live-in*) (BMSGPK 2020b:36).

Ende 2020 waren in Österreich über 60.000 aktive, selbständige PersonenbetreuerInnen gemeldet, die als 24-Stunden-BetreuerInnen in Privathaushalten arbeiten (WKO 2021: 11). Dabei handelt es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen, die vor allem aus Rumänien und der Slowakei stammen (Leiblfinger/Prieler 2018:13). Diese pendeln meist in einem zwei- bis vierwöchigen Rhythmus zwischen Österreich und ihrem Herkunftsland hin und her. Der Lebensmittelpunkt wird im Herkunftsland gesehen, eine permanente Migration ist meist nicht geplant oder angestrebt (Österle 2016: 253).

Bei der Rekrutierung der 24-Stunden-BetreuerInnen spielen neben persönlichen Kontakten (Leiblfinger/Prieler 2018:15) vor allem seit der EU-Osterweiterung 2004 Agenturen eine zentrale Rolle (Steiner et al. 2019:2). Ende 2021 waren in Österreich über 880 Agenturen tätig (WKO 2021: 11). Es handelt sich dabei sowohl um Ein-Personen- bzw. Kleinunternehmen, Vereine, Wohlfahrtsträger als auch um transnationale Konzerne und Aktiengesellschaften (Prieler 2020:265).

Die 24-Stunden-Betreuung (*live-in*) wurde in Österreich 2007 durch ein neues Hausbetreuungsgesetz und die Novellierung der Gewerbeordnung gesetzlich geregelt. Seither können pflegebedürftige Menschen (bzw. ihre Angehörigen) eine unselbständige Betreuungskraft anstellen oder einen Vertrag mit einer selbständigen Betreuungskraft abschließen. Für beide Modelle gibt es eine finanzielle Förderung. Für unselbständige BetreuerInnen gelten Arbeitszeit- und Mindestlohnregelungen sowie ein vollständiger Sozialversicherungsschutz. Für selbständige BetreuerInnen gibt es keine gesetzlichen Arbeitszeit- und Mindestlohnregelungen und der Sozialversicherungsschutz ist eingeschränkt (Haidinger 2016:103). 99% der in Österreich tätigen 24-Stunden-Betreuungskräfte sind selbständig (Leiblfinger/Prieler 2018:13).

Die Arbeitsbedingungen blieben durch die Regulierung 2007 weitgehend unberührt, vielmehr kam es zu einer Legalisierung der bestehenden Zustände (Österle/Bauer 2016:208). Diese sind geprägt durch Schein-Selbständigkeit, *live-in* Arrangements und die Pendeltätigkeit. Die *live-in* Arrangements werden vor allem aufgrund von Kommunikationsproblemen, wenig Freizeit, fehlendem privatem Raum, aber auch bei besonderen körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen und im Zusammenhang mit den Erwartungen der pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer Angehörigen als sehr belastend erlebt (Leichsenring 2015:69). Das regelmäßige Pendel zwischen Österreich

und dem Herkunftsland wird hier sowohl als willkommene Auszeit erlebt, gleichzeitig aber auch als Herausforderung im Zusammenhang mit der Reorganisation der familiären Versorgungsarbeit im Herkunftsland (Österle/Bauer 2016:203). Eine Belastung stellt aber die auch in der Praxis sehr häufige Übernahme von pflegerischen und (einfachen) ärztlichen Tätigkeiten durch die 24-Stunden-Betreuungskräfte dar, wie etwa die Verabreichung von Arzneimittel und subkutanen Insulinspritzen oder der Verbandswechsel (Leiblfinger/Prieler 2018:58).

Die gesetzlichen Regelungen der 24-Stunden-Betreuung enthalten keine Bestimmungen zur erforderlichen Qualifikationen. Um eine finanzielle Förderung für eine 24-Stunden-Betreuungskraft zu erhalten, muss diese jedoch entweder eine heimhilfeähnliche Ausbildung von 200 Stunden oder mindestens sechs Monate Erfahrung in der Personenbetreuung besitzen (BMSGPK 2020a:19).

Maßnahmen der Qualitätssicherung, die von Österreich gesetzt werden (Hausbesuche und Qualitätszertifikat für Agenturen), konzentrieren sich vor allem auf das korrekte Verhalten der 24-Stunden-BetreuerInnen oder auch der Agenturen gegenüber den pflegbedürftigen Personen und ihren Angehörigen. Den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der BetreuerInnen kommt hingegen wenig Bedeutung zu.

Arbeitsinspektorate in Österreich haben zwar ein Mandat für den Hausangestelltensektor allerdings nur, wenn Hausangestellte von Agenturen oder Institutionen beschäftigt werden, jedoch nicht, wenn diese bei einem Privathaushalt direkt beschäftigt sind (Basten 2015:20).

Trotz der belastenden und prekären Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen werden Pendelmigration und *Live-in* Arrangements akzeptiert, weil das Einkommen im Verhältnis zu den Lebenshaltungskosten im Herkunftsland gut ist und die Pendelmigration eine zumindest phasenweise Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Versorgungsarbeit im Herkunftsland ermöglicht (Österle/Bauer 2016:202). Die (negativen) Auswirkungen auf die Versorgung von Kindern und anderen Angehörigen im Herkunftsland hängen u.a. von Umverteilungsmöglichkeiten innerhalb der Herkunftsfamilie, der Schichtdauer, aber auch der öffentlichen Infrastruktur im Herkunftsland ab. Daher stellt sich die Situation für 24-Stunden-BetreuerInnen aus Rumänien schwieriger dar als für jene aus der Slowakei (Leiblfinger/Prieler 2018:14f.).

Die (Pendel-)Migration sowie die belastenden und prekären Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen haben aber auch negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräfte selbst (Sekulová/Rogoz 2019:36).

**Deutschland:** In Deutschland wurde nach langjähriger Diskussion 1995/96 die Pflegeversicherung auf Basis des Grundsatzes „mobil vor stationär“ eingeführt. Diese garantiert als finanzielle Teilabsicherung der Langzeitpflegekosten pauschalisierte Geld- bzw. Sachleistungen (Theobald 2016:144). Pflegebedürftige Menschen können frei zwischen Pflegegeld und mobilen, teilstationären sowie stationären Dienstleistungen oder eine Kombination dieser wählen. Sachleistungen werden nur finanziert, wenn sie durch

anerkannte Anbieter erbracht werden. Pflegegeld wird hingegen „unkontrolliert“ vergeben und dient der Stärkung der Pflege im Rahmen der Familie oder sozialer Netzwerke (Theobald 2016:145). Auch in Deutschland wird die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen (rund 76%) zu Hause durch Angehörige alleine oder in Kombination mit professionellen mobilen Diensten versorgt (Thüsing 2019:1). Zusätzlich kommen noch verschiedene private Dienstleistungsangebote – meist im Bereich der Körperpflege oder hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – hinzu (Theobald 2016: 147). Einen wichtigen Beitrag zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten auch in Deutschland 24-Stunden-Betreuungskräfte, wobei es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen aus Osteuropa (vor allem aus Polen) handelt (Theobald 2016: 148). In Deutschland gibt es keine offiziellen Zahlen zu den 24-Stunden-Betreuungskräften. Aktuelle Schätzungen gehen jedoch von etwa 300.000 bis zu 600.000 migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften aus (Steiner et al. 2019: 4f.). Es gibt drei Arten der Beschäftigung von migrantischen 24-Stunden-Betreuungskräften: der eher seltene Fall der direkten Anstellung im Privathaushalt, ein Arbeitsverhältnis zwischen einer Agentur im EU-Ausland und einer entsendeten Betreuungskraft – dies ist das häufigste Modell – oder ein Dienstvertrag mit einer selbständigen Betreuungskraft. Sowohl die entsendeten als auch die selbständigen migrantischen Betreuungskräfte werden in der Regel durch Agenturen vermittelt, wobei in Deutschland ansässige Agenturen mit Anbietern in den osteuropäischen Herkunftsländern zusammenarbeiten (Leiber et al. 2019: 384ff).

Dabei zeigt sich, dass die Agenturen und somit auch die Privathaushalte in einem gesetzlichen „Graubereich“ arbeiten, vor allem weil die Beschäftigungs- und Arbeitsrealitäten der migrantischen 24-Stunden-Beteuungskräfte nicht mit den geltenden gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmen (Thüsing 2019). So gelten im Falle von entsendeten Betreuungskräften die sozialrechtlichen Bestimmungen des Herkunftslandes, betreffend Arbeitsrecht, Arbeitszeit (Höchstarbeitszeit etc.) und Mindestlöhne aber die deutschen Bestimmungen. Selbstständige migrantische Betreuungskräfte müssen im Herkunftsland sozialversichert sein, ein Gewerbe anmelden und ihre Dienstleistung auf eigene Rechnung anbieten. In der Praxis dürfte es sich nach deutschem Recht jedoch vielfach um Scheinselbständigkeit handeln, da wesentliche Kriterien der Selbständigkeit nicht gegeben sind (Theobald 2016: 157).

Obwohl die Agenturen mit der 24-Stunden-Pflege werben, dürfen die Arbeitskräfte zudem „nur“ Betreuungsarbeiten leisten, die Gabe von Medikamenten oder Verbandswechsel sind z.B. verboten. Dies scheint in der Praxis aber nicht immer befolgt zu werden (Schilgen et al. 2019:4). Auch die gesetzlichen Arbeitszeiten und Mindestlohnregelungen werden im Alltag häufig nicht eingehalten (Thüsing 2019:49ff.). Der Alltag der 24-Stunden-Betreuungskräfte schein durch völlig entgrenzte Arbeitszeiten, keinen Feierabend, kein Wochenende und nicht bezahlten Urlaub gekennzeichnet (DGB 2019).

Bezogen auf die vielen entsendeten polnischen 24-Stunden-Betreuungskräfte muss noch auf die schlechten zivilrechtlichen Arbeitsverträge im Herkunftsland hingewiesen werden, die keinen ausreichenden sozialversicherungsrechtlichen Schutz bieten (Steiner et al. 2019:5)

Als Gründe für die Migration aus den osteuropäischen EU-Staaten werden wirtschaftliche Probleme, Arbeitsmarktschwierigkeiten, niedrige Sozialleistungen (z.B. auch Pensionsleistungen) und eine allgemeine Perspektivenlosigkeit angeführt (Theobald 2016: 154). Viele der (Pendel-)MigrantInnen betrachten ihre Tätigkeiten als vorübergehend und wollen sich nicht in Deutschland niederlassen. „Dies führt dazu, dass sie Arbeitsbedingungen akzeptieren, dies selbst unter den Standards in ihren Herkunftsländern liegen“ (Theobald 2016: 155). Ständige Verfügbarkeit, Schlaflosigkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte sind Teil der alltäglichen Arbeitsbelastungen der 24-Stunden-Betreuungskräfte (Schilgen et al. 2019:5). Nicht alle 24-Stunden-Betreuerinnen haben ein eigenes Zimmer oder sie müssen Aufgaben übernehmen, die vertraglich nicht vereinbart wurden (z.B. Medikamentengabe, Kochen für ein Familienfest). Gleichzeitig gibt es aber auch positive Aspekte wie z.B. das Erlernen von berufsspezifischen Kompetenzen (Schilgen et al. 2019: 4).

Je nach Betreuungs- und Pflegebedarf werden von den Agenturen Arbeitskräfte mit unterschiedlichem Qualifikationsniveaus angeboten. Die Kosten hängen dann maßgeblich von diesem Qualifikationsniveau – und den Deutschkenntnissen ab (Thüsing 2019:20).

In Deutschland gibt es weder eine Qualitätssicherung zum Schutz der Pflegebedürftigen noch eine staatliche Kontrolle zur Einhaltung der rechtlichen Regelungen der 24-Stunden-Arbeitsverhältnisse (DGB 2019), sondern eher eine „komplizenhafte Mitwisserschaft“ bezüglich der nicht rechtskonformen Praxis (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010: 425f.).

**Niederlande:** In den Niederlanden gab es lange Zeit ein uneingeschränktes individuelles Recht auf professionelle Betreuung und Pflege. Bereits Ende der 1960er Jahre war eine Pflichtversicherung für Langzeitpflege eingeführt worden, die qualitativ hochwertige stationäre und mobile Betreuung und Pflege finanziert. Hohe Kosten und der steigende Bedarf führten zu mehreren Reformen, die eine Verlagerung von den stationären Einrichtungen hin zur familiäre bzw. informellen Betreuung und Pflege zum Ziel hatten und haben (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019: 603). Häusliche Unterstützung und soziale Betreuung (*social care*) fallen nun in den Verantwortungsbereich der Kommunen und werden nur mehr gewährt, wenn dies nicht durch familiäre oder soziale Netzwerke geleistet werden können. Der Zugang zu einer stationären Betreuung und Pflege wurde auf Personen mit höherem Pflegebedarf eingeschränkt (Ginneken/Korneman 2015:48).

Das „persönliche Budget“, stellt seit 2000 eine Alternative zu Sachleistungen dar und trug wesentlich zur Entwicklung eines legalen privaten Betreuungs- und Pflegemarktes bei (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019: 602). Seit 2012 besteht der Geldleistungsanspruch nur mehr, wenn die vorhandenen Sachleistungen nicht ausreichen. Darüber hinaus muss der niederländischen „Sozialversicherungsbank“, welche die persönlichen Budgets verwaltet und die PersonenbetreuerInnen auch bezahlt, ein Betreuungs- und Budgetplan vorgelegt werden (Ginneken/Korneman 2015:48). Aufgrund der relativ starken Regulierung der Geldleistung stellt diese keinen Anreiz für die Beschäftigung von unangemeldeten migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte dar (Da Roit/van Bochove 2017: 81).

Dennoch gibt es einige Hunderte migrantische PersonenbetreuerInnen, die auch in niederländischen Privathaushalten leben (*live-in*) und das Phänomen scheint im Steigen. Die Betreuungs- und Pflegekräfte stammen nahezu ausschließlich aus mittel und osteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten (Da Roit/van Bochove 2017:82). Häufig handelt es sich um PendelmigratInnen, aber es gibt auch MigrantInnen, die für einen längeren Zeitraum in den Niederlanden bleiben, aber nur wenige möchten sich dauerhaft niederlassen (Van der Graaf/Maas 2020:7).

Migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in niederländischen Privathaushalten werden hauptsächlich von Vermittlungsagenturen rekrutiert. Diese verwalten dabei nicht nur das Beschäftigungsverhältnis zwischen den pflegebedürftigen Menschen und den Betreuungs- und Pflegekräften, sondern bieten zudem eine Ausbildung an. Beschäftigungen außerhalb der Agenturen scheinen nur äußerst selten vorzukommen. Die meisten Vermittlungsagenturen arbeiten mit lokalen Organisationen in den Herkunftsländern zusammen. Es kommen vor allem zwei Beschäftigungsmodelle zur Anwendung: In einem Falle werden die migrantischen PersonenbetreuerInnen von einem ausländischen Unternehmen „entsendet“ und sind damit auch bei diesen beschäftigt. Im anderen Fall sind diese direkt bei der niederländischen Agentur angestellt (Da Roit/van Bochove 2017:83ff.). Zudem gibt es noch selbständige oder auch freischaffende DienstleisterInnen, dabei handelt es sich aber vielfach um niederländische oder andere ortsansässige Fachkräfte. Die „Sozialversicherungsbank“ bietet eine Vielzahl von unterschiedlichen Modellverträgen für die Beschäftigung von Betreuungs- und Pflegekräften im Privathaushalt an. Vollständig ins Arbeits- und Sozialrecht einbezogen sind jedoch nur Betreuungs- und Pflegekräfte, die mehr als drei Tage pro Woche arbeiten, unter der Bedingung, dass die Steuerbehörde den „formalen“ Charakter des Arbeitsverhältnisses anerkennt. Dies ist allerdings nur selten der Fall (Grootegoed/Knijl/Da Roit, 2010:470). Für angestellte Betreuungs- und Pflegekräfte gelten die Regelungen betreffend Arbeitszeit, Mindestlohn und Urlaubsgeld. Diese gelten nicht, wenn es sich um eine Betreuungsvereinbarung mit einer Einrichtung oder einer freischaffenden oder selbständigen Betreuungs- und Pflegekraft handelt (<https://www.svb.nl/nl/pgb>).

Die meisten migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten in den Niederlanden scheinen – im Gegensatz zu den PersonenbetreuerInnen in Österreich, Deutschland oder auch Italien – eine beschränkte Anzahl von Stunden zu arbeiten. Wenn Personen eine 24-Stunden-Betreuung benötigen, teilen sich oft zwei BetreuerInnen die Arbeit: Die eine arbeitet z.B. bis 3 Uhr morgens, dann übernimmt die andere (Da Roit/van Bochove 2017: 85). Ein Problem ist jedoch, dass sich die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen oft mehr erwarten als die migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte – laut Vertrag – leisten müssen, wie etwa Arbeit am Wochenende oder auch medizinische Grundpflege, die sie laut Gesetz gar nicht erbringen dürfen (Da Roit/Van Bochove 2017: 86f.)

Migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte, die über ein „Persönliche Budget“ eingestellt werden, müssen kein spezifisches Ausbildungsprofil oder andere formale Anforderungen erfüllen (Da Roit/Van Bochove 2017: 88).

In den letzten Jahren hat das niederländische Inspektorat für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung dieser Form der 24-Stunden-Betreuung besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da sich die Betreuungskräfte in einer abhängigen und isolierten Position befinden und davon ausgegangen wird, dass sie nicht immer frei über ihre eigene Zeit verfügen können (Van der Graaf/Maas 2020: 7).

**Schweden:** Ähnlich wie in den Niederlanden garantiert das schwedische LTC-System grundsätzlich ein umfassendes Angebot an öffentlich finanzierten Betreuungs- und Pflegedienstleistungen für alle pflegebedürftigen Menschen unabhängig von finanziellen und familiären Ressourcen (Schön/Heap 2018:5). Mit der Verlagerung der Bereitstellung der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auf die kommunale Ebene und einer Neuausrichtung der LTC-Politik auf „Pflege daheim“ kam es jedoch zu einer *de facto* Einschränkung des Rechtes auf professionelle Betreuung und Pflege (King-Dejardin 2019:74). Der Rückbau von stationären Einrichtungen führte dazu, dass in der Praxis nur mehr Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf Zugang zu diesen haben (Celik 2020: 23f.). Gleichzeitig wurde auch der Zugang zu mobilen Dienstleistungen verengt und auf persönliche Pflege (*personal care*) konzentriert (Szebehely/Meagher 2018:300).

Neben dieser De-Institutionalisierung kam es auch zu einer starken Kommerzialisierung (Anttonen/Karsio 2017:226). Dies führte zu einem massiven Anstieg an gewinnorientierten stationären sowie mobilen Dienstleistern. Heute ist der LTC-Sektor stark dereguliert, wird aber weiterhin öffentlich finanziert (Szebehely/Meagher 2018:301). Private Dienstleister bieten außerdem Zusatzleistungen an, die anstelle oder zusätzlich zu öffentlich subventionierten Angeboten privat gekauft und seit 2007 steuerlich geltend gemacht werden können (Szebehely/Meagher 2018:302). Schweden hat einen der größten privaten Märkte für Haushalts-, Betreuungs- und Pflegedienstleistungen unter den nordischen Ländern (Hobson et al. 2018:388). Die Neuausrichtung der LTC-Politik hat auch zu einer Zunahme der informellen Betreuung und Pflege bzw. Re-Familialisierung geführt (Szebehely/Meagher 2018:302f.). So haben 2014 mehr als 140.000 Personen aufgrund von Angehörigenpflege ihren Arbeitsplatz aufgegeben oder ihre Arbeitszeit reduziert (Schön/Johansson 2016).

Seit der EU-Erweiterung 2004 hat die Zuwanderung von Arbeitskräften auch in Schweden zugenommen, wobei Polen und Rumänien Hauptherkunftsländer sind (King-Dejardin 2019:75). Die migrantischen Arbeitskräfte sind sowohl im öffentlichen sowie privaten Gesundheitsbereich, im Bereich der Betreuung und Pflege als auch als Haushaltskräfte in Privathaushalten beschäftigt (Celik 2020:18). Zudem wird geschätzt, dass in Schweden 50.000 bis 75.000 undokumentierte MigrantInnen leben, die zum Teil auch in Privathaushalten arbeiten (Hobson et al. 2015:13).

Es gibt für Schweden bisher kaum Hinweise auf migrantische PersonenbetreuerInnen, die im Privathaushalt leben (Hobson et al. 2018:390; Celik 2020:29). Dennoch wird davon ausgegangen, dass es sie gibt und die Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese zunehmen werden (Hobson et al. 2015: 34).

Der Steuernachlass aus dem Jahr 2007 führte laut Schätzungen dazu, dass sich der Prozentsatz der unangemeldeten Hausangestellten in Schweden von 20% auf 10%

reduzierte (Hobson et al. 2018:391ff.). Ein formeller Arbeitsvertrag bietet für Hausangestellte theoretisch arbeits- und sozialrechtlichen Schutz. In der Praxis werden jedoch Ansprüche wie Krankenstand und Urlaub aus Angst den Arbeitsplatz zu verlieren nicht immer wahrgenommen (Hobson et al 2015:31).

Die Beschäftigung im schwedischen LTC-System ist geprägt durch Teilzeitarbeit (Stranz/Szebehely 2018:47), befristeten Verträgen oder Verträgen auf Stundenbasis (vor allem bei migrantischen Arbeitskräften) sowie unbezahlter Mehrarbeit und Überstunden (Celik 2020:2ff.). Hierbei – ebenso wie bei den Löhnen und Gehältern – schneiden öffentliche Anbieter etwas besser ab als private Unternehmen (Celik 2020:20). Aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen, niedrigen Einkommen und der Unterbeschäftigung bedauern viel der Beschäftigten im LTC-Sektor ihre Berufswahl bzw. ziehen einen Arbeitsplatzwechsel in Erwägung (Celik 2020:6f.).

Auch migrantische Hausangestellte werden aufgrund eines möglichst flexiblen Arbeitseinsatzes fast ausschließlich Teilzeit bzw. auf Stundenbasis beschäftigt (Hobson et al. 2015:35). Gleichzeitig sind die Beschäftigten gezwungen, Überstunden zu machen, um die mit den KundInnen vereinbarten Aufgaben auch tatsächlich erledigen zu können (Hobson et al. 2018:395).

Undokumentierte MigrantInnen, die im Haushalt arbeiten, haben die schlechtesten Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, sie erhalten weniger als ein Drittel bis die Hälfte des Lohns der formell Beschäftigten und haben keine Möglichkeit, diese Bedingungen anzufechten (Hobson et al. 2018:397f.).

Für private Anbieter von mobiler Betreuung und Pflege oder/und häuslichen Hilfsdiensten gibt es keine obligatorische Akkreditierung, es besteht nur eine Registrierungspflicht (Fagerström/Willman 2013:273).

Die Arbeitsbedingungen werden in Schweden nicht durch Arbeitsinspektoren, sondern von den Sozialpartnern überprüft. Doch seit 2008 ist die Arbeitsaufsichtsbehörde für die Überwachung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Arbeitsstunden, Überstunden sowie tägliche und wöchentliche Ruhezeiten verantwortlich (Basten 2015:20).

**Frankreich:** „Pflege daheim“ gilt in Frankreich bereits seit Jahrzehnten als die beste Lösung für die Deckung des Betreuungs- und Pflegebedarfs älterer Menschen. Diese basiert dabei in erster Linie auf den pflegenden Angehörigen aber auch auf mobilen, professionellen Betreuungs- und Pflegekräften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:104). Im Zentrum der LTC-Politik steht auch in Frankreich seit 1997 eine Geldleistung (*cash for care*). Die Höhe der Geldleistung richtet sich nach dem Betreuungs- und Pflegebedarf sowie dem Einkommen der betreuungs- und pflegebedürftigen Person (Le Bihan 2018:6). Mit der Geldleistung kann eine stationäre Unterbringung oder auf Basis eines individuellen Pflegeplanes eine mobile Betreuung und Pflege zu Hause finanziert werden. 2015 lebten rund 40% der BezieherInnen der Geldleistung in stationären Einrichtungen und 60% zu Hause (Le Bihan 2018:6). Mobile Betreuungs- und Pflegekräfte – dies können mit Ausnahme der EhepartnerInnen auch Angehörige sein –, müssen jedenfalls angemeldet sein (Dussuet/Ledoux 2019:594). Da

die Verwendung der Geldleistung – etwa im Gegensatz zum österreichischen Pflegegeld – von der öffentlichen Hand kontrolliert wird, spielen unangemeldete Betreuungs- und Pflegekräfte in Frankreich eine sehr geringe Rolle (Condon et al. 2013:3).

Offiziell leisten rund 383.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte Unterstützung in Privathaushalten, davon arbeiten 333.000 als HeimhelferInnen. Sie sind bei gemeinnützigen Vereinen und Organisationen (70%), den Kommunen (10%) und seit Anfang der 2000er Jahre zunehmend bei privaten gewinnorientierten Unternehmen (20%) beschäftigt. Zusätzlich werden offiziell rund 165.000 mobile Betreuungs- und Pflegekräfte direkt von privaten Haushalten beschäftigt (Turlan 2020: 21).

Insgesamt ist der französische LTC-Sektor durch eine starke Feminisierung und einen relativ hohen Anteil an zugewanderten Arbeitskräften gekennzeichnet (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:107). Neben EU-Ländern wie Portugal und Polen kommen die migrantischen Haushalts- sowie Betreuungs- und Pflegekräfte auch aus Drittstaaten (Cordon et al. 2013:8). Die migrantischen Arbeitskräfte kommen einerseits über die sogenannten „Care-Routen“ (aus Osteuropa oder den Philippinen) direkt oder über andere Länder nach Frankreich, weil es in Europa eine Nachfrage in diesen Bereichen gibt. Andererseits gibt es „postkoloniale MigrantInnen“ – vor allem Frauen aus den nordafrikanischen Ländern, – die vom Bereich für häusliche und persönliche Dienstleistungen „aufgesogen“ werden nachdem sie in Frankreich angekommen sind. In beiden Fällen kommen sie jedoch zunächst über unangemeldete, informelle Arbeit für Privathaushalte in diesen Arbeitsbereich und akzeptieren daher auch sehr schlechte Arbeitsbedingungen (Cordon et al. 2013:10ff.).

2005 wurde mit dem Ziel unangemeldete und informelle Betreuungs- und Pflegearbeit in Privathaushalten in bezahlte Beschäftigung umzuwandeln die Etablierung eines neuen Wirtschaftssektors für „persönliche Dienstleistungen“ gestartet. Damit kam es zu einer Zusammenführung der sehr unterschiedlichen Tätigkeiten der Hausangestellte einerseits und der mobilen Betreuungs- bzw. Pflegekräfte andererseits. Dies hatte eine Verschlechterung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und der Ausbildung im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege zur Folge (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:105f.).

Mobile Betreuungs- und Pflegekräfte arbeiten in Frankreich als direkte Beschäftigte der pflegebedürftigen Personen bzw. ihrer Angehörigen, oder sie sind bei einem gemeinnützigen Verein oder einem gewinnorientierten Unternehmen angestellt, oder sie werden durch eine Agentur vermittelt, aber dann ebenfalls von der pflegebedürftigen Person oder deren Angehörigen angestellt. In allen Fällen handelt es sich jedoch – im Unterschied zu den 24-Stunden-Betreuungskräften in Österreich – um ein Angestelltenverhältnis, das durch einen rechtsverbindlichen Arbeitsvertrag definiert ist (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:106f.). Für die unterschiedlichen Arten der Beschäftigung kommen verschiedene Kollektivverträge zur Anwendung. Dabei ist es nicht ungewöhnlich, dass Betreuungs- und Pflegekräfte mehrere ArbeitgeberInnen haben, wodurch sie im Laufe eines einzigen Arbeitstages gleichzeitig von verschiedenen Kollektivverträgen, verschiedenen Arbeitsverhältnissen und unterschiedlichen Stundensätzen abhängig sind (Le Bihan/Sopadzhyan 2018:107). Die

Beschäftigungssituation ist durch prekäre Arbeitsbedingungen, Unterbeschäftigung, geteilte Dienste, unbezahlte Wegzeiten sowie Mehrarbeit und unzureichende Ausbildung gekennzeichnet, wobei es erhebliche Unterschiede je nach Art des Beschäftigungsverhältnisses gibt (Le Bihan/Sopadzhiyan, 2018:108ff.).

Obwohl bereits Ende der 1980er Jahre spezielle Diplome für Betreuung und Pflege in Privathaushalten geschaffen und mehrfach reformiert wurden, um die Ausbildung zu verbessern, ist dieser Bereich immer noch durch ein niedriges Ausbildungsniveau gekennzeichnet (Le Bihan 2018:9).

Agenturen unterliegen unterschiedlichen nationalen Regelungen bezüglich „Genehmigungen“ und „Qualitätsvereinbarungen“ (Naiditch 2013:100). Sie müssen nachweisen, dass sie fachspezifisches Personal beschäftigen und ein Qualitätsmanagementsystem und ein Beschwerdemanagementverfahren eingerichtet haben. Außerdem sind die Agenturen für die Kontrolle der Tätigkeiten ihrer MitarbeiterInnen verantwortlich, dies beinhaltet gelegentlich auch Hausbesuche (Naiditch 2013:100).

In Frankreich haben die Arbeitsaufsichtsbehörden ein allgemeines Mandat für den Hausangestelltensektor. Zudem sind ArbeitgeberInnen verpflichtet, Hausangestellten Lohnabrechnungen mit Angaben zu Löhnen, Arbeitszeiten und Prämien oder Zulagen auszustellen (Basten 2015:19).

**Rumänien:** Das rumänische LTC-System beruht fast ausschließlich auf der informellen Betreuung und Pflege innerhalb der Familie. Stationäre Einrichtungen und vor allem mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen stehen nur in einem sehr geringen Ausmaß und nur für Personen zur Verfügung, die nicht von Familienangehörigen betreut werden können und über kein ausreichendes Einkommen verfügen (Glacis/Popescu 2013:238). Schwerstbehinderte Menschen können theoretisch zwischen der formellen Beschäftigung von persönlichen AssistentInnen oder auch Familienangehörigen und einer monatlichen Geldleistung wählen. Insgesamt profitieren höchstens 30% der behinderten Menschen von formal angestellten, persönlichen AssistentInnen, der Anteil der BetreuerInnen für ältere Menschen, die formal angestellt sind, ist unbedeutend. Die meisten BetreuerInnen bzw. PflegerInnen arbeiten informell bzw. nicht angemeldet (Pop 2018:8).

Von privaten, mobilen BetreuerInnen und PflegerInnen wird keine spezifische Ausbildung verlangt. Der Besitz einer (EU-weit) anerkannten Qualifikation ist zwar ein Vorteil stellt aber meist eine Rampe in Richtung Arbeit im Ausland dar (Pop 2018:11).

Besonders problematisch für ältere Menschen, deren Kinder im Ausland beschäftigt sind, ist, dass sie zwar etwas Geld erhalten, dieses aber meist nicht ausreicht, um eine private Betreuungsperson im Haushalt zu beschäftigen. Gleichzeitig ist es aber zu viel, um staatliche oder karitative Unterstützung zu erhalten (Sekulová/Rogoz 2018:27).

Rumänien ist eines der wichtigsten Herkunftsländer für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte in der EU. Es gibt jedoch keine genauen Zahlen, da viele unangemeldet im EU-Ausland arbeiten oder als PendelmigrantInnen von den offiziellen Statistiken nicht

immer erfasst werden (Ghiță/Boboc 2020:13). Es wird geschätzt, dass 2016 insgesamt fast drei Millionen RumänInnen in anderen europäischen Ländern lebten und arbeiteten, sehr viele davon in der Betreuung- und Pflege (Sekulová/Rogoz 2018:24). Die Zielländer für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte sind – aufgrund traditioneller Routen und geographischen Bindungen – vor allem Italien, Spanien, Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich.

Gründe für die Migration sind neben den relativ großen Einkommensunterschieden zwischen Rumänien und den Zielländern die schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Einkommen – auch in den rumänischen Gesundheits- und Pflegeberufen –, hohe Armutsraten und Arbeitslosigkeit (Sekulová/Rogoz 2019:7).

Es handelt sich dabei vielfach um Pendelmigration, die auch mehrere Monate betragen kann, aber auch um eine dauerhafte Migration mit dem Wunsch sich im Ausland niederzulassen. Rumänische Betreuungs- und Pflegekräfte arbeiten in den Zielländern entweder als 24-Stunden-BetreuerInnen (*live-in*), oder sie leben in einer eigenen Wohnung (*live-out*) und arbeiten für eine oder mehrere Haushalte. Dies wird zu einem großen Teil von den Bedarfen und gesetzlichen Regelungen in den Zielländern bestimmt (Sekulová/Rogoz 2018:28).

Die Vermittlung von rumänischen Betreuungskräften ins EU-Ausland erfolgt einerseits über sogenannte Migrationsketten (sprich über Verwandte und Bekannte, die bereits im EU-Ausland beschäftigt sind) oder auch über (registrierte) Vermittlungsagenturen. Über diese Vermittlungsagenturen liegen nur wenige Angaben vor. Es gibt jedoch Hinweise, dass es zu missbräuchlichen Praktiken etwa betreffend der Vermittlungsgebühren kommt (Sekulová/Rogoz 2019:14).

Die (negativen) Auswirkungen der Migration (von privaten BetreuerInnen und PflegerInnen) auf die „zurückgelassenen Kinder“ ist eines der am besten erforschten migrationsbezogenen Themen in Rumänien. Obwohl die Anzahl der betroffenen Kinder sehr groß ist, werden entsprechende Unterstützungsmaßnahmen nur von NGOs angeboten. Öffentliche schulbezogene Pilotprojekte gibt es nur für schulpflichtige Kinder, die nach der gemeinsamen Migration mit den Eltern nach Rumänien zurückkehren (Sekulová/Rogoz 2019:31f.).

Im Gegensatz zur Migration von ÄrztInnen und ausgebildeten KrankenpflegerInnen wird die Migration von privaten BetreuerInnen und PflegerInnen offiziell nicht als problematisch für das rumänische Gesundheitswesen gesehen, da angenommen wird, dass diese keine pflegerische Ausbildung haben (Sekulová/Rogoz 2019:34). Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass 2016 alleine in Österreich ca. 4.400 rumänische 24-Stunden-BetreuerInnen tätig waren, die ausgebildete KrankenpflegerInnen sind (Sekulová/Rogoz 2019:35).

Gleichzeitig zeigt sich, dass 24-Stunden-BetreuerInnen selbst – aufgrund der psychisch und physisch belastenden Tätigkeiten sowie der Migrationserfahrungen – zum Teil unter massiven gesundheitlichen Folgen leiden. Das sogenannte „Italienische Syndrom“ bezeichnet dabei eine spezifische psychische Pathologie von Frauen, die aus Osteuropa auswandern, um als private familiäre Betreuungs- und Pflegekräfte zu arbeiten, und sich

gelegentlich auch auf die Kinder erstreckt, die sie zu Hause zurücklassen (Sekulová/Rogoz 2019:36).

Die Migration von privaten BetreuerInnen und PflegerInnen hat auch negative Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung und Pflege älterer Menschen in Rumänien, da auch ausgebildetes Pflegepersonal migriert und durch unzureichend ausgebildete MitarbeiterInnen ersetzt wird. Noch größer sind die negativen Auswirkungen der Migration – nicht nur von Betreuungs- und Pflegekräften – jedoch auf die informelle Betreuung und Pflege innerhalb der Familie (Sekulová/Rogoz 2019:44).

**Slowakei:** Ähnlich wie in Rumänien liegt die Verantwortung für die Betreuung und Pflege von Angehörigen im slowakischen LTC-System vor allem bei den weiblichen Familienmitgliedern. Daneben werden wenige stationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen und/oder geringe bedarfsgeprüfte Geldleistungen auch für pflegende Angehörige angeboten (Sekulová/Rogoz 2019:41).

Schwerbehinderte Personen haben – ähnlich wie in Rumänien – Anspruch auf eine Beihilfe für persönliche Assistenz. Persönliche AssistentInnen erbringen ihre Dienstleistungen auf Grundlage eines Vertrags mit der behinderten Person oder einer Dienstleistungsagentur (Gerbery/Bednárík 2018:9).

Eine offizielle Nachfrage nach *live-in* 24-Stunden-BetreuerInnen gibt es in der Slowakei – ebenso wie in Rumänien – nicht, da sich dies kaum jemand leisten kann (Bednárík/Keselova 2020:16). Gleichzeitig arbeiten Tausende slowakische Frauen als 24-Stunden-BetreuerInnen (*live-in*) im benachbarten europäischen Ausland, sehr viele davon in Österreich. Sie sind auch in Deutschland präsent, aber die räumliche Nähe und die Möglichkeit der Pendelmigration im zweiwöchentlichen Rhythmus machen Österreich zum bevorzugten Zielland (Sekulová/Rogoz 2018:20).

Slowakische Betreuungs- und Pflegekräfte sind fast ausschließlich PendelmigrantInnen, die sich nicht im Zielland niederlassen wollen. Vermittelt werden diese vielfach durch slowakische und ausländische Agenturen (Sekulová/Rogoz 2019:7). Häufig handelt es sich um Frauen mittleren Alters aus den südlichen und östlichen Teilen der Slowakei (Bednárík/Keselova 2020:14).

Gründe für die Migration sind – ähnlich wie in Rumänien – der relativ große Einkommensunterschied zwischen der Slowakei und den Zielländern und auch die niedrigen Einkommen im slowakischen Gesundheits- und Langzeitpflegesektor. Aber auch die niedrigen Pensionen tragen dazu bei, dass ältere Frauen im Ausland Betreuungs- und Pflegearbeit leisten. Die Regionen mit hoher Abwanderung zeichnen sich u.a. durch hohe Arbeitslosigkeit, und eine weniger entwickelte Verkehrs- und Dienstleistungsinfrastruktur aus (Sekulová/Rogoz 2018:22).

Trotz anspruchsvoller Tätigkeiten und prekärer Arbeitsbedingungen erklärt sich die überwiegende Mehrheit der 24-Stunden-BetreuerInnen aus der Slowakei mit ihrer Arbeit in Österreich als sehr zufrieden. Dies wird u. a. auf das erzielte Einkommen und die zweiwöchige Pendelmigration und damit die temporäre Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und familiärer Versorgungsarbeit im Heimatland zurückgeführt

(Sekulová/Rogoz 2018:22f.). Als großes Problem wird allerdings die gängige Einstufung ihrer Arbeit als Selbständige in den österreichischen Privathaushalten definiert, da sie damit nicht in den Genuss von Arbeitszeit, Arbeitsrecht und Arbeitsschutz sowie kollektivvertraglichen Regelungen kommen (Sekulová/Rogoz 2019:49).

Die Auswirkungen der (Pendel-)Migration von slowakischen Frauen auf das Wohlergehen der Kinder werden von offizieller Seite nicht negativ gesehen, da es sich eher um ältere Frauen handelt, die keine kleinen Kinder mehr haben und der zweiwöchige Rhythmus eine temporäre Vereinbarkeit zulässt (Bahna 2020: 100). Es gibt aber auch Untersuchungen, die zu anderen Ergebnissen kommen (Sekulová/Rogoz 2019:28).

Die Migration von Betreuungs- und Pflegekräften hat jedenfalls negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und andere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, einschließlich der Langzeitpflege. Schätzungen gehen davon aus, dass 2016 von allen slowakischen 24-Stunden-BetreuerInnen, die in Österreich beschäftigt waren ca. 20% bzw. 6.000 qualifizierte KrankenpflegerInnen oder PflegeassistentInnen waren (Sekulová/Rogoz 2019:35). Allerdings ist die Migration nicht alleine für den Mangel an qualifiziertem Personal verantwortlich, sondern auch die Tatsache, dass grundsätzlich zu wenige Arbeitskräfte ausgebildet werden und das qualifizierte Personal aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen nicht in diesem Bereich arbeiten will (Sekulová/Rogoz 2019:33f.).

Ähnlich wie in Rumänien wird auch für die Slowakei festgestellt, dass sich die (Pendel-)Migration – nicht nur von 24-Stunden-Betreuungskräften – stärker auf die informelle Versorgung innerhalb der Familien als auf die formellen Betreuungs- und Pflegedienste auswirkt. Gleichzeitig erhöht die Abnahme des informellen Betreuungs- und Pflegepotentials den Bedarf an formellen Dienstleistungen – vor allem auch in ländlichen Gebieten, in denen diese wenig entwickelt sind (Sekulová/Rogoz 2019:43).

Laut slowakischen ExpertInnen bringen Betreuungs- und Pflegekräfte nach jahrelanger Praxis im EU-Ausland aber auch verbesserte Fähigkeiten, Ideen und Kenntnisse mit, von denen das Herkunftsland profitieren kann (Sekulová/Rogoz 2019:35).

Gleichzeitig wirkt sich die (Pendel-) Migration auch auf den Gesundheitszustand der Betreuungs- und Pflegekräfte selbst negativ aus. Der schlechte Gesundheitszustand der slowakischen 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in Österreich tätig sind, wird auf die hohen Arbeitsanforderungen, das ständige Reisen zwischen den Ländern und psychologische Probleme, die mit den prekären Arbeitsbedingungen zusammenhängen, zurückgeführt (Sekulová/Rogoz 2019:36; Bahna/ Sekulová 2019).

**Polen:** Auch in Polen ist die Langzeitpflege von Angehörigen primär Aufgabe der Familien bzw. der Frauen in den Familien (Sowa-Kofta 2018:5; Matuszczyk 2020: 54). Stationäre, teilstationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen stehen im polnischen LTC-System nur sehr wenigen Menschen zur Verfügung (Golinowska/Sowa-Kofta 2018:175). Für Plätze in stationären Einrichtungen gibt es lange Wartelisten, die Verfügbarkeit und Qualität der mobilen Dienste ist sehr eingeschränkt und regional sehr ungleich verteilt (Sowa-Kofta 2018:7f.). Gemeinnützige Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen werden hauptsächlich von kirchlichen und

religiösen Organisationen betrieben (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178). Neben diesen gibt es zusätzlich private öffentlich registrierte und nicht registrierte Vollzeitpflegeeinrichtungen. Die Kosten sind jedoch oft sehr hoch, und nur wenige Menschen können sich diese Dienste leisten (Sowa-Kofta 2018:6).

Daneben gibt es sehr niedrige Geldleistungen, wie den Pflegezuschlag oder das Pflegegeld, den pflegebedürftige Menschen erhalten. Sie stellen faktisch einen Beitrag zum Einkommen älterer Menschen dar, die Verwendung unterliegt keinerlei Kontrolle (Sowa-Kofta 2018:6). Menschen, die aufgrund von Angehörigenpflege aus der Erwerbstätigkeit aussteigen, erhalten unter bestimmten Bedingungen eine Sonderbetreuungsbeihilfe, diese ist jedoch vom Familienkommen abhängig (Sowa-Kofta 2018:6).

Eine wachsende Alternative zu mobilen Betreuungs- und Pflegediensten stellen unangemeldete, migrantische BetreuerInnen und PflegerInnen, auch *live-in* Arbeitskräfte dar (Matuszczyk 2020:56). Obwohl Polen traditionell ein Herkunfts- bzw. Auswanderungsland war, ist es in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend zu einem Zielland für osteuropäische und vor allem ukrainische MigrantInnen geworden (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:9). Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich alleine über 100.000 ukrainische Betreuungs- und Pflegekräfte in polnischen Privathaushalten tätig sind (Matuszczyk 2020:56). Die überwältigende Mehrheit dieser MigrantInnen ist nicht bei den Behörden registriert und arbeitet unangemeldet (Sowa-Kofta 2017:4).

Gleichzeitig emigrieren viele Polinnen vor allem nach Deutschland, Österreich, Belgien, Italien oder in das Vereinigte Königreich, um dort im Gesundheits- und LTC-Sektor oder auch als Betreuungs- und Pflegekraft in Privathaushalten angemeldet oder unangemeldet zu arbeiten (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:6).

Bei der Rekrutierung und Arbeitssuche sind migrantische Beschäftigte in polnischen Privathaushalten hauptsächlich auf soziale Netzwerke angewiesen (Golinowska/Sowa-Kofta 2018: 178). Eine begrenzte Rolle bei der Migration ukrainischer Arbeitskräfte in polnische Privathaushalte spielen Vermittlungsagenturen (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:23). Polen zeichnet sich für die Ukraine durch die geografische, kulturelle und sprachliche Nähe sowie historische Gemeinsamkeiten aus und wird daher als sicher und vertraut wahrgenommen (Sowa-Kofta 2017:4).

Bei der Vermittlung von polnischen 24-Stunden-Betreuungskräften ins EU-Ausland, vor allem nach Deutschland, spielen seit der EU-Osterweiterung Agenturen hingegen eine zentrale Rolle (Palenga-Möllenbeck 2021:107). Polnische Vermittlungsagenturen werben mit Beschäftigungssicherheit, verlässlichen Arbeitsbedingungen, sozialer Sicherheit und Weiterbildungsmöglichkeiten. All dies trifft allerdings meist nicht zu (Palenga-Möllenbeck 2021:113ff.)

Sowohl bei der Beschäftigung von Betreuungs- und Pflegekräften in polnischen Privathaushalten als auch von ins EU-Ausland entsendeten Betreuungs- und Pflegekräften, kommen meist nicht Arbeitsverträge, sondern zivilrechtliche Dienst- oder Werkverträge zur Anwendung. Diese bieten nur einen sehr begrenzten Schutz und werden

in Polen daher auch als „Müllverträge“ bezeichnet, da sie zwar das Arbeitsverhältnis formalisieren, aber keine ausreichenden Zugang zu Arbeits- und Sozialversicherungsrechten bieten (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Die Arbeit von migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften in polnischen Privathaushalten reicht von stündlichen bzw. wöchentlichen Reinigungstätigkeiten bis hin zur 24-Stunden-Betreuung (*live-in*). Viele sind Pendel-MigrantInnen, die im Ausmaß von maximal drei Monaten zwischen Herkunftsland und Polen hin und her pendeln. Der entscheidende Unterschied hinsichtlich der Arbeitsbedingungen besteht zwischen *live-in* und *live-out* Betreuungspersonen. Letztere haben mehr Autonomie und in der Regel ein besseres Einkommen (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:11). Manchmal schlafen die 24-Stunden-BetreuerInnen mit den Pflegebedürftigen in einem Raum, weil kein separater Raum zur Verfügung steht. *Live-in* Arrangements sind eher für MigrantInnen charakteristisch, die ihre Arbeit in Polen gerade erst aufnehmen (Zieleńska 2020: 19). Die häufigsten Probleme sind keine Freizeit oder mehr Aufgaben als ursprünglich vereinbart sowie geringere oder gar keine Entlohnung (Zieleńska 2020:19).

Die ukrainischen Arbeitskräfte haben meist keine angemessene Ausbildung für die Betreuung und Pflege älterer Menschen (Matuszczyk 2020: 56). Eine Qualitätssicherung der erbrachten Dienstleistungen oder auch eine Kontrolle der Arbeitsbedingungen findet auch aufgrund der Tatsache, dass die meisten Beschäftigten in Privathaushalten ohne Arbeitsvertrag arbeiten, nicht statt (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:26).

ExpertInnen kommen für Polen zum Schluss, dass nicht von direkten Betreuungs- und Pflegeketten (*care chains*) gesprochen werden kann (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:6), denn die ukrainischen MigrantInnen, die nach Polen kommen, pflegen nicht die „zurückgelassenen“ Kinder oder pflegebedürftigen Eltern der MigrantInnen aus Ostpolen, sondern betreuen und pflegen Personen der Warschauer Mittelschicht. Die Kinder oder auch pflegebedürftige Eltern der polnischen MigrantInnen werden durch andere Familienmitglieder, NachbarInnen und FreundInnen versorgt (Safuta et al. 2016: 223ff.).

**Synthese der Länderberichte:** Italien, Österreich und Deutschland sind Länder, in denen das (öffentliche) LTC-Dienstleistungsangebot traditionell wenig ausgebaut ist und die Verantwortung für die Betreuung und Pflege bei den Familien bzw. den weiblichen Familienangehörigen (*woman in the family*) liegt. Der steigende Bedarf an Betreuung und Pflege durch die Alterung der Gesellschaft hat bei gleichzeitiger Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit sowie anhaltender geschlechtlicher Arbeitsteilung (ILO 2015:3) und Einführung von nicht bzw. kaum regulierten Geldleistungen (*cash for care*) zur Etablierung der 24-Stunden-Betreuung durch migrantische PersonenbetreuerInnen (*migrant in the family*) geführt. In Österreich bzw. Deutschland handelt es sich dabei meist um selbständige bzw. schein-selbständige oder entsendete Pendelmigrantinnen aus Rumänien und der Slowakei bzw. aus Polen (WKO 2021:11; Steiner et al. 2019:4f.). In Italien sind es vielfach nicht angemeldete Migrantinnen aus Rumänien und der Ukraine, diese pendeln ebenfalls oder lassen sich für eine längere Zeit im Land nieder (Fosti/Natarnicola 2019:18).

Der zum Teil stattgefundenen Ausbau im Bereich der mobilen Betreuung und Pflege in diesen Ländern reicht bei weitem nicht, um die steigende Nachfrage nach flexiblen (z.B. auch während der Nacht angebotenen) LTC-Dienstleistungen zu decken bzw. ist dies (bisher) auch nicht das erklärte politische Ziel.

In den Niederlanden und Schweden gibt es hingegen ein „Recht auf professionelle Betreuung und Pflege“ bzw. ist der öffentliche LTC-Dienstleistungssektor traditionell (sehr) gut ausgebaut. Allerdings kam es in diesen Ländern in den letzten Jahrzehnten zu einem starken Rückbau von öffentlichen Betreuungs- und Pflegeangeboten und einer *de facto* Einschränkung des Rechtes auf professionelle Betreuung und Pflege (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019:60). Unter dem Motto „Pflege daheim“ bzw. „häuslich vor mobil vor stationär“ wurde der Zugang zu stationären Einrichtungen auf Menschen mit sehr hohem Pflegebedarf und die mobilen Angebote auf persönliche Betreuung und Pflege (*personal care*) eingeschränkt (Ginneken/Korneman 2015:48; Szebehely/Meagher 2018:300). Eine alternde Bevölkerung hat bei gleichzeitigem Rückzug des Wohlfahrstaates in diesen Ländern vor allem zu einer wachsenden Nachfrage nach privaten und marktorientierten Haushaltsdienstleistungen (*domestic work/social care*) geführt (Basten 2015:12). Die niederländische Geldleistung für Betreuung und Pflege stellt aufgrund der relativ starken Regulierung – im Gegensatz zu den Geldleistungen in Italien, Österreich und Deutschland – keinen Anreiz für die Beschäftigung von unangemeldeten (migrantischen) Betreuungs- und Pflegekräften im Privathaushalt dar (Da Roit/van Bochoven 2017:81). Allerdings gibt es in den Niederlanden – in Schweden in einem noch geringeren Ausmaß – auch Anzeichen für den Einsatz von (*live-in*) PersonenbetreuerInnen, die aus mittel- und osteuropäischen EU-Ländern stammen (Da Roit/van Bochove 2017:82). Zudem haben sich auch in diesen Ländern die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der professionellen – nun auch häufiger privat angebotenen – Betreuung und Pflege in den letzten Jahrzehnten verschlechtern (Teilzeitarbeit und befristete Beschäftigungen, starker Zeitdruck, Trennung in Haushalt-, Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, hohe Dokumentationspflichten etc.). Im Bereich der mobilen Betreuung- und Pflege (*home-based personal care work*) sind in beiden Ländern vielfach auch auch migrantische Arbeitskräfte beschäftigt (OECD 2015:123).

In Frankreich ist der stationäre LTC-Dienstleistungssektor relativ gut ausgebaut (Le Bihan 2018:6) und gleichzeitig wird die Verwendung der Geldleistung für Betreuung und Pflege (*cash for care*) von der öffentlichen Hand kontrolliert. Private Betreuungs- und Pflegekräfte müssen jedenfalls angestellt sein (Dussuet/Ledoux 2019:594). Dies führt – ähnlich wie in den Niederlanden – dazu, dass unangemeldete (migrantische) Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten nur eine sehr geringe Rolle spielen (Condon et al. 2013:3). Mobile (migrantische) Betreuungs- und Pflegekräfte werden entweder direkt von den Privathaushalten oder über gemeinnützige Vereine oder gewinnorientierte Unternehmen beschäftigt (Le Bihan 2018:7).

Auch in Frankreich haben sich die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der professionellen Betreuung und Pflege, vor allem im mobilen Bereich, in den letzten Jahren verschlechtert. Dies ist auch auf die Schaffung eines neuen Wirtschaftssektors für „persönliche Dienstleistungen“ zurückzuführen. Damit kam es zu einer

Zusammenführung der sehr unterschiedlichen Tätigkeiten der Hausangestellten mit denen der mobilen Betreuungs- und Pflegekräfte (Le Bihan/Sopadzhiyan 2018:105f.).

Rumänien, die Slowakei und Polen zählen vor allem seit der EU-Osterweiterung zu den wichtigsten Herkunftsländern für persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte sowie 24-Stunden-BetreuerInnen innerhalb der EU. Gründe für die Migration sind neben den relativ großen Einkommensunterschieden zwischen diesen Ländern und den Zielländern, die schlechten Beschäftigungschancen und Arbeitsbedingungen – auch im Gesundheits- und Langzeitpflegesektor – sowie niedrige Sozialleistungen in den Herkunftsländern (Sekulová/Rogoz 2019:7ff.). Die Vermittlung der rumänischen, slowakischen und polnischen Betreuungs- und Pflegekräfte erfolgt einerseits über Migrationsketten, sprich Verwandte und Bekannte, die bereits im EU-Ausland beschäftigt sind, oder über meist gewinnorientierte Vermittlungsagenturen, die häufig auch mit Agenturen in den Zielländern zusammenarbeiten. Vor allem polnische Vermittlungsagenturen werben dabei mit Beschäftigungssicherheit, verlässlichen Arbeitsbedingungen, sozialer Sicherheit und Weiterbildungsmöglichkeiten (Palenga-Möllnbeck 2021:113ff.). Es gibt jedoch vielfach Erkenntnisse und Hinweise auf missbräuliche Praktiken bezogen auf die Einhebung von Vermittlungsgebühren, aber auch die Arbeitszeiten, Ruhezeiten, Urlaubsansprüche und die Bezahlung betreffend (Sekulová/Rogoz 2019:14).

Die Migration von Frauen als Personenbetreuerinnen hat neben den positiven Aspekten der finanziellen und sozialen Rücküberweisungen (*remittances*) aber auch negative Auswirkungen, etwa im Sinne einer unzureichenden Versorgung von Kindern. Darüber hinaus leidet die Qualität der Betreuung und Pflege in den Herkunftsländern, wenn auch ausgebildetes Gesundheits- und Pflegepersonal migriert und durch unzureichend ausgebildetes Personal ersetzt wird. Noch größer sind die negativen Auswirkungen der Migration von Frauen – nicht nur von Betreuungs- und Pflegekräften – jedoch auf die informelle Betreuung und Pflege innerhalb der Familie bzw. die Angehörigenpflege (Sekulová/Rogoz 2019:35ff). Die Reduzierung des informellen Betreuungs- und Pflegepotenzials ist umso problematischer als diese auf einen eklatanten Mangel an wohlfahrstaatlichen Geld- und Dienstleistungen in diesen Ländern trifft.

Gleichzeitig zeigt sich, dass 24-Stunden-BetreuerInnen selbst zum Teil unter massiven gesundheitlichen Folgen leiden. Das sogenannte „Italienische Syndrom“ bezeichnet dabei eine spezifische psychische Pathologie von Frauen, die aus Osteuropa auswandern, um als private familiäre Betreuungs- und Pflegekräfte zu arbeiten, und sich gelegentlich auch auf die Kinder in den Herkunftsländern erstreckt (Sekulová/Rogoz 2019:36).

Obwohl Polen traditionell ein Herkunfts- bzw. Auswanderungsland ist, wurde es in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend auch zu einem Zielland für osteuropäische und vor allem ukrainische MigrantInnen (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:9). Sowohl bei der Beschäftigung von Betreuungs- und Pflegekräften in polnischen Privathaushalten als auch von ins EU-Ausland entsendeten Betreuungs- und Pflegekräften – vor allem nach Deutschland – kommen meist nicht Arbeitsverträge, sondern zivilrechtliche Dienst- oder Werkvertrag zur Anwendung. Diese bieten nur einen sehr begrenzten arbeits- und sozialrechtlichen Schutz und werden in Polen daher auch als „Müllverträge“ bezeichnet (Kindler/Kordasiewicz/Szulecka 2016:14).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Regulierung der 24-Stunden-Betreuung, wie sie etwa in Österreich stattgefunden hat, vor allem eine Festschreibung der bestehenden Situation bedeutete und damit auch die sehr schlechten Arbeitsbedingungen legitimiert wurden, die weit unter den üblichen Standards liegen (Aulenbacher/Lutz/Schwiter 2021:241). Migrantische Arbeitskräfte akzeptieren diese Arbeitsbedingungen trotzdem, weil sie diese Beschäftigungen als „Übergangslösung“ betrachten bzw. nur für eine begrenzte Dauer ausüben wollen oder als undokumentierte MigrantInnen auch keine andere Wahl haben und das Einkommen im Verhältnis zu den Einkommensmöglichkeiten im Herkunftsland relativ gut ist. Schein-Selbständigkeit, tatsächliche Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit, Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch nicht entsprechend ausgebildetes Betreuungspersonal sind nur drei negative Aspekte dieser Beschäftigungsverhältnisse, die nicht nur im deutschen Modell klar zu Tage treten.

Doch solange der Betreuungs- und Pflegebedarf nicht durch leistbare formelle LTC-Dienstleistungsangebote abgedeckt werden kann, wird auch weiterhin eine Nachfrage nach migrantischer, nicht-angemeldeter oder auch schein-selbständiger Betreuung und Pflege bestehen. Eine Regulierung der 24-Stunden-Betreuung, so zeigt auch das österreichische Modell, stellt sich eher als problematisch dar, denn es kommt damit eher zur Legitimierung eines Unrechtszustandes, da das „Kernstück der Live-in-Betreuung“ (...) die allzeitige Verfügbarkeit der BetreuerInnen unberührt bleibt“ (Aulenbacher/Lutz/Schwiter 2021:2412). So beziehen sich auch Maßnahmen der Qualitätskontrolle in Privathaushalten in Österreich vor allem auf die Qualität der Betreuung und Pflege und nicht auf die Kontrolle der Arbeitsbedingungen der im Haushalt beschäftigten Arbeitskräfte.

**Internationale Maßnahmenempfehlungen:** Im *ILO Policy Brief zu migrantischen Hausangestellten* (ILO 2015) wird grundsätzlich betont, dass bei der Entwicklung von Maßnahmen und Regelungen die *Zusammenarbeit zwischen Herkunfts- und Zielländern* eine entscheidende Rolle spielt. Dabei werden folgende Maßnahmen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von migrantischen Hausangestellten gefordert:

- Eine Ausweitung des Geltungsbereichs des nationalen Arbeitsrechts auf migrantische Hausangestellte. Dies bedeutet, u. a. ein Recht auf gerechte Entlohnung, auf begrenzte Arbeitszeit, auf ausreichende Ruhe- und Urlaubszeiten, auf freie Zeiteinteilung außerhalb der Arbeitszeit, und auf Privat- und Familienleben.
- Die Schaffung von regulären Migrationskanälen sowie von Systemen, die ein adäquates Job-Matching ermöglichen, um undokumentierte Migration und unangemeldete Beschäftigung zu vermeiden.
- Die Regulierung und Kontrolle von sowie die Aufsicht über Vermittlungsagenturen, damit MigrantInnen nicht in die Hände von missbräuchlichen, nicht registrierten Arbeitsvermittlern fallen.
- Kostenlose Informationen und Schulungen vor der Abreise/Migration, um u.a. eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen sowie zuverlässige Informationen über geltende Rechte und Pflichten zu erhalten.
- Die Einführung von standardisierten Arbeitsverträgen in den Zielländern und von bilateralen Abkommen mit den Herkunftsländern.

- Die Stärkung und Bereitstellung von Umsetzungs- und Kontrollmechanismen (einschließlich der Arbeitsinspektorate), von Unterstützungsdiensten – wie mehrsprachige Hotlines – sowie einer besonderen Rechtsberatung und Vertretung.
- Die Förderung der Organisation von Interessensvertretungsstrukturen zur Gewährleistung eines effektiven Schutzes und einer Missbrauchsprävention. Dies beinhaltet auch die Zusammenarbeit oder bilaterale Abkommen zwischen gewerkschaftlichen Organisationen der Herkunfts- und Zielländer.
- Ein Angebot an Programmen zur Förderung der Professionalisierung durch Qualifizierung und Kompetenztrainings sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielländern.
- Die Schaffung eines Zugangs zur sozialen Sicherheit in den Zielländern und die Möglichkeit der Mitnahme von sozialrechtlichen Ansprüchen in die Herkunftsländer.
- Die Verbesserung der finanziellen aber auch sozialen Rücküberweisungen (*remittances*) – wie etwa Know-how, Verhaltensweisen, Praktiken und Fähigkeiten – in die Herkunftsländer.

In der ***ILO-Studie über Arbeitskräfte im Betreuungs-, Pflege- sowie Hausangestelltensektor*** (ILO 2018, 2019) werden neben einzelnen Forderungen, die bereits im ILO Policy Brief aus dem Jahr 2015 enthalten sind, noch folgende Maßnahmen empfohlen:

- Ein Verbot bzw. die Beschränkung von befristeten Beschäftigungsverhältnissen bzw. von Leiharbeit vor allem im Bereich der mobilen und häuslichen Betreuung und Pflege.
- Die Einbeziehung von Hausangestellten in nationale Mindestlohnregelungen und gleichzeitig eine strengere Kontrolle der tatsächlichen Umsetzung.
- Eine faire Rekrutierung bzw. die Anerkennung der Qualifikationen und Berufserfahrungen von transnationalen/migrantischen Betreuungs- und Pflegekräften. Hier könnten vor allem bilaterale oder multilaterale Vereinbarungen Abhilfe schaffen.

Die ***OECD-Studie zu Krankenpflegekräften und persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften*** (OECD 2020) weist ähnlich wie die ILO-Studie (2018, 2019) darauf hin, dass atypische Beschäftigungen, wie Teilzeit und befristete Beschäftigung, im LTC-Sektor sehr stark verbreitet und daher entsprechende Maßnahmen erforderlich sind. Darüber hinaus sollte das unterdurchschnittliche Einkommensniveau der LTC-Arbeitskräfte angehoben werden. Bei der Verbesserung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wird den Kollektivverträgen eine entscheidende Rolle zugewiesen.

Da unzureichende Ausbildungen und Kompetenzen auch Risiken für die Qualität der Betreuung und Pflege darstellen, sollten die derzeit sehr geringen Qualifikationsanforderungen angehoben und mehr in die Ausbildung der persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte (*personal care worker*) investiert werden. Ähnlich wie im ILO-Policy Brief (2015) und in der ILO-Studie (2018, 2019) werden reguläre Migrationskanäle vor allem auch für persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte als wichtig erachtet, denn bestehende offizielle Migrationskanäle beziehen sich meist nur auf das Krankenpflegepersonal.

Der WHO-Bericht zu ***Gesundheitsdienstleistungen für migrantische Betreuungs- und Pflegekräfte und ihre Familien*** (WHO 2017) führt folgende Verbesserungsnotwendigkeiten an:

- Empirische Studien über transnationale Betreuungs- und Pflegeketten, die neben den Lebens- und Arbeitsbedingungen auch die Frage der Gesundheit der migrantischen Betreuungs- und Pflegekräfte und ihrer Familien untersuchen.
- Schaffung eines diskriminierungsfreien Zuganges zu allen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen unabhängig von Staatsangehörigkeit, vom rechtlichen oder sozioökonomischen Status.
- Anerkennung und Adressierung der sozialen, psychologischen und wirtschaftlichen Kosten (einschließlich des Betreuungsdefizites), die in den Herkunftsländern entstehen.
- Anerkennung der persönlichen Betreuungs- und Pflegearbeit (*personal care work*) als wesentlicher Beitrag zur öffentlichen Gesundheit und zum Wohlbefinden weltweit.
- Entwicklung und/oder Stärkung von Vereinbarungen zwischen Herkunfts- und Zielländern und -regionen, um ungleiche Betreuungsangebote und -kapazitäten auszugleichen.
- Förderung einer behördenübergreifende Zusammenarbeit und Einbeziehung von unterschiedlichen Interessensgruppen bei der Regulierung und Maßnahmenentwicklung.

## LITERATUR

- Anttonen, Anneli/Karsio, Olli (2017): How marketisation is changing the Nordic model of care for older people. In: Martinelli, Flavia/Anttonen, Anneli/Mätzke, Margitta (Hrsg.) *Social Services Disrupted. Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (<https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781786432100/9781786432100.00020.xml>)
- Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helma/Schwiter, Karin (2021): Live-in-Betreuung – (k)ein Zukunftsmodell guter Sorge und guter Arbeit? In: Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helm/Schwiter, Karin (Hrsg.): *Gute Sorge ohne gute Arbeit? Weinheim Basel*, 238-252
- Auth, Diana, 2017: *Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland*. Münster
- Bachinger, Almut (2016): 24-Stunden-Betreuung in Österreich – Die Nutzung migrantisierter Arbeitskraft. Vorzeigemodell oder Arbeitsausbeutung? In: *Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*. 25 (1), 39-51
- Bahna, Miloslav (2015): Victims of Care Drain and Transnational Partnering? In: *European Societies* 17 (4) 447–466.
- Bahna, Miloslav (2015): Victims of Care Drain and Transnational Partnering? In: *European Societies* 17 (4) 447–466.
- Bahna, Miloslav (2016): Slowakische 24-Stunden-BetreuerInnen in Österreich: Nur ein weiterer Migrationsstrom aus der Slowakei? In: Weicht, B./Österle, A. (Hg), *Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*, Wien, 199–220.
- Bahna, Miloslav (2020): The economic rationales behind crossborder care among care workers from Slovakia. In: In: Katona, Noémi/Melegh, Attila (Hg.): *Towards Scarcity of Care? Tensions and contradictions in transnational elderly care systems in central and eastern Europe*, Friedrich Ebert Stiftung, Budapest, 92-114
- Bahna, Miloslav/Sekulová, Martina (2019): *Crossborder Care: Lessons from Central Europe*. New York: Palgrave Macmillan
- Barbabella, Francesco/Poli, Adrianna/Di Rosa, Mirko/Lamura, Giovanni (2019): L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei. In: *I luoghi della cura online*, 3/2019 (<https://www.luoghicura.it/network-non-autosufficienza/>) (Zugriff: 25.3.2020)
- Basten, Anna (2015): *Förderung der industriellen Beziehungen im Hausangestelltensektor in Europa, Studie im Auftrag der EFFAT (European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Unions)*, Berlin
- Bauer Gudrun (2017), *Transnational care work migration*, presentation at the BB Summer School of Social Welfare, European Center for Social Welfare Policy and Research, Vienna
- Bauer, Gudrun/Österle, August (2016): Mid and Later Life Care Work Migration: Patterns of Re-Organising Informal Care Obligations in Central and Eastern Europe, in: *Journal of Aging Studies*
- Bednárík, Rastislav/Keselova, Daniela (2020): *The long-term care workforce – Slovakia: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)*

- Benazha, Aranka, V. (2010): Verunsichtbart, prekär, systemrelevant. Transnational erbrachte Live-in-Betreuung in Deutschland. In: Zeitschrift Impulse für Gesundheitsförderung in Niedersachsen, Nr. 108 (<https://gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse> Zugriff: 10.3.2021)
- BMASK (2015): Pflegekarenz/Pflegezeit und Familienhospizkarenz/Familienhospizzeit. Ein Überblick, Wien
- BMASK (2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015, Wien
- BMASK (2019): Richtlinien für die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung nach dem Österreichischen Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung (ÖQZ-24), Wien.
- BMSGPK (2020a): Pflegekarenz/Pflegezeit und Familienhospizkarenz/Familienhospizzeit. Ein Überblick, Wien
- BMSGPK (2020b): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2019, Wien
- Búriková, Zuzana (2016): Exploring the Demand for Paid Domestic Workers in Slovakia through the Intersections of Welfare and Gender Regimes, in: *Laboratorium 8* (3): 28–51
- C.C.N.L (Contrato Collettivo Nazionale del Lavoro Domestico) (2019) (<https://www.netcolf.it/contratto-nazionale-colf-e-badanti-2017/>).
- Castagnone, Eleonora/ Salis, Ester/Premazzi, Viviana (2013): Promoting integration for migrant domestic workers in Italy. *International Migration Papers No.115*, ILO, Geneva
- Celik, Sirin (2020): The long-term care workforce – Sweden: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)
- Chlabicz, Sławomir/Marcinowicz, Ludmila/ Mojsa, Wiesława (2013): Home care across Europe - Poland. In: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) *Home Care across Europe. Case Studies*, European Observatory on Health Systems and Policies. S. 214-222
- Condon, Stephanie/Lada, Emmanuelle/Charrault, Amélie/Romanini, Agnès (2013): Promoting integration for migrant domestic workers in France. Executive Summary. ILO, Genf
- Da Roit, Barbara (2018). Long-term care reforms in the Netherlands: Care work at stake. In: Christensen, Karen/ Pilling, Doria (Hg.): *The Routledge Handbook of Social Care Work around the World*, London, S. 61-73
- Da Roit, Barbara/La Bihan, Blanche (2019): Cash for long-term care: Policy debates, visions, and designs on the move. In: *Social Policy & Administration* Vol. 53, S. 519-536
- Da Roit, Barbara/Le Bihan, Blanche/Österle, August (2016): Cash-For-Care Benefits. In: Gori, Christiano/Fernández, José-Luis/Wittenberg, Raphael (Hg.): *Long-Term Care Reforms In OECD Countries. Success And Failures*. Bristol, 143-166.
- Da Roit, Barbara/Moreno-Fuentes, Francisco (2019): Cash for care and care employment: (Missing) debates and realities. In: *Social Policy & Administration* Vol. 53, S. 596–611
- Da Roit, Barbara/van Bochove, Marianne (2017): Migrant Care Work Going Dutch? The Emergence of a Live-in Migrant Care Market and the Restructuring of the Dutch Long-term Care System. In: *Social Policy & Administration* Vol. 51, S. 76-94
- Deutscher Bundestag (2016): 24-Stunden-Pflege in Privathaushalten durch Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa. Rechtslage in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten, Wissenschaftlicher Dienst, Berlin

- Devetter, François-Xavier/Lefebvre, Marion (2015): Employment quality in the sector of personal and household services: status and impact of public policies in France. In: Carbonnier, Clément/Morel, Nathalie (eds): The political economy of household services in Europe. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 150–71.
- DGB (2019): Bulgarische Pflegerin klagt erfolgreich auf Lohnnachzahlung (<https://www.faire-mobilitaet.de/> Zugriff: 17.3.2021)
- Di Rosa, Mirko/, Barbabella, Francesca/Poli, Anna/Santini, Sara/Lamura, Giovanni (2018): Migrant care workers in Italian households. In: Christensen, Karen/Pilling Dora (Hrsg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World, London, New York, S. 142-156
- Di Santo, Patrizia/Ceruzzi, Francesca (2010): Migrant care workers in Italy. A case study, (interlinks, 7. Rahmenprogramm)
- DOMINA (2017): Il profilo del datore di lavoro domestico in Italia. Dimensioni del fenomeno, trend demografici, impatto economico e sociale, Roma, [https://www.osservatoriolavorodomestico.it/admin/public/cms/1561544013\\_0.pdf](https://www.osservatoriolavorodomestico.it/admin/public/cms/1561544013_0.pdf)
- Dussuet, Annie/Ledoux, Clémence (2019) Implementing the French elderly care allowance for home-based care: bureaucratic work, professional cultures and gender frames. In: Policy and Society, 38:4, S: 589-605
- Eurofound (2017): Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fagerström, Cecilia/Willmann, Ania (2013): Home care across Europe - Sweden. In: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) Home Care across Europe. Case Studies, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fahimi, Miriam/Rosoli, Silvia/Schalek, Kurt (2020): Dem EU-weiten Personalnotstand im Gesundheits- und Pflegebereich wirkungsvoll entgegenzutreten. Policy Brief 4/2020 ([www.akeuropa.eu](http://www.akeuropa.eu))
- Fedyuk, Olena (2020): Migrants' embodied geographies: spaces and boundaries of care work. Case study of Ukrainian care workers in Italy. In: Katona, Noémi/Melegh, Attila (Hg.): Towards Scarcity of Care? Tensions and contradictions in transnational elderly care systems in central and eastern Europe, Friedrich Ebert Stiftung, Budapest, 143-165
- Fizzala Arnaud, (2016), Dépendance des personnes âgées: qui paie quoi?, DREES, Les Dossiers de la DREES, n°1
- Földes, I. (2016), Elderly Parents, Adult Children and the Romanian Transnational Family: An Intergenerational Solidarity Approach. *Studia Universitatis Babes-Bolyai Sociologia*, 61(1): 77–108. (<https://www.degruyter.com/view/j/subbs.2016.61.issue-1/subbs-2016-0004/subbs-2016-0004.xml>) (Zugriff: 10.6.2020)
- Fosti, Giovanni/Notarnicola, Elisabetta (2019): Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, EGEA, Milano
- Fries-Tersch, Elena/Tugran, Tugce/ Rossi, Ludovica/Bradley, Harriet (2018): 2017 annual report on intra-EU labour mobility. Final Report January 2018, Second edition September 2018, Brüssel
- Gallotti, Maria/Mertens, Jesse (2013): Promoting integration for migrant domestic workers in Europe: A synthesis of Belgium, France, Italy and Spain, International Migration Papers No. 118, ILO, Genf

- Gavanas, Anna (2013): Migrant domestic workers, social network strategies and informal markets for domestic services in Sweden. In: *Women's Studies International Forum* 36, S. 54-64.
- Genet, Nadine/Boerma, Wienke (2013): Home Care across Europe - The Netherlands. In: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) *Home Care across Europe. Case Studies*, European Observatory on Health Systems and Policies, S. 197-206
- Geppert, Walter (1993): Pflegevorsorge. Neuordnung des Bundespflegegeldgesetzes und Bund/Länder – Staatsvertrag. In: *Soziale Sicherheit*. 6, 347-351.
- Gerbery, Daniel/Bednárík, Rastislav (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Slovakia, Brussels
- Ghiță, Simona/Boboc, Cristina (2020): The long-term care workforce – Romania: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)
- Golinowska, Stanisława (2010): The Long-Term Care System for the Elderly in Poland. Enepri Research Report No. 83 ([http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2083%20\(ANCIEN%20%20Poland\).pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2083%20(ANCIEN%20%20Poland).pdf))
- Golinowska, Stanisława/Kocot, Ewa/Sowa, Agnieszka (2014): Employment in the Long-term Care. Report on Poland. Warsaw, CASE-Center for Social and Economic Research on behalf of CASE Network
- Golinowska, Stanisława/Sowa-Kofta, Agnieszka (2018): Imbalance between demand and supply of long-term care. The case of post-communist Poland. In: Christensen, Karen/Pilling, Doria (Hg.): *The Routledge Handbook of Social Care Work around the World*, London, S. 171-184
- Grootegoed, E./Knijn, T./Da Roit, Barbara (2010). Relatives as paid care-givers: How family carers experience payments for care. *Ageing & Society*, 30, S. 467–489.
- Guarna, Anastasia (2018): Politiche regionali a sostegno del mercato privato di cura. In: *I luoghi della cura online*, 2/2018 (<https://www.luoghicura.it/network-non-autosufficienza/>) (Zugriff: 25.3.2020)
- Gubert, Ester (2019): Sostenere la domiciliarità: i nodi da sciogliere. In: *I luoghi della cura online*, 5/2019 (<https://www.luoghicura.it/network-non-autosufficienza/>) (Zugriff: 25.3.2020)
- Gulácsi, László/Popescu, Livia (2013): Home Care across Europe - Romania, in: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) *Home Care across Europe. Case Studies*, European Observatory on Health Systems and Policies. S. 236-242
- Haidinger, Bettina (2016): Flexibilität, Absicherung und Interessenvertretung in der 24-Stunden-Betreuung ... grenzenlos? /n: Weicht, Bernhard/Österle, August (Hg), *Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*, Wien, 87–114.
- Hammer, Elisabeth/Österle, August, 2003: Welfare State Policy And Informal Long-Term Care Giving In Austria. Old Gender Divisions And New Stratification Processes Among Women. In: *Journal Of Social Policy*. 32 (1), 37-53.
- Hobson, Barbara/Hellgren, Zenia/Bede, Luwam (2015): How institutional contexts matter: Migration and domestic care services and the capabilities of migrants in Spain and Sweden, *Families and Societies*, Working Paper Series 46.

- Hobson, Barbara/Hellgren, Zenia/Serrano, Inma (2018): Migrants, markets and domestic work: Do institutional contexts matter in the personal household service sector? In: *Journal of European Social Policy*, Vol. 28(4), S. 386–401
- ILO (2015): Making decent work a reality for migrant domestic worker. Domestic Work Policy Brief 9, Geneva (Gallotti, Maria)
- ILO (2016): Decent Work for Migrant Domestic Workers: Moving the Agenda Forward. Geneva (Tayah, Maria-José)
- ILO (2018): Care work and care jobs for the future of decent work, International Labour Office, Geneva
- ILO (2019): Care work and care jobs for the future of decent work, Executive Summary, International Labour Office, Geneva
- Jany-Catrice, Florance (2015): Creating a personal services sector in France. In: Carbonnier. Clément/Morel, Nathalie (eds): *The political economy of household services in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 60–81
- Jessoula Matteo/Pavolini Emmanuele/Raitano Michele/Marcello Natili (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Italy, Brussels
- Kaczmarczyk, Paweł (2015): Recent trends in international migration in Poland: The 2013 SOPEMI Report (Warsaw, Centre of Migration Research)
- Kelders, Ymke/de Vaan, Katrien (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Netherlands, Brussels
- Kindler Marta/Kordasiewicz Anna/Szulecka Monika (2016): Care needs and migration for domestic work : Ukraine-Poland : Global Action Programme on Migrant Domestic Workers and their Families, Geneva: ILO
- King-Dejardin, Amelita (2019): *The Social Construction of Migrant Care Work. At the intersection of care, migration and gender*, ILO, Geneva
- Kiss, Monika (2015): *Invisible jobs. The situation of domestic workers*, European Parliamentary Research Service, European Union, Brüssel
- Le Bihan Blance/Sopadzhyan Alis (2018): The development of an ambiguous care work sector in France. Between professionalization and fragmentation. In Christensen Karen/ Pilling, Doria (Hg.): *The Routledge Handbook of Social Care Work around the World*, London, S. 102-115
- Le Bihan, Blanche (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France, Brussels
- Leiber, Simone/Matuszczyk, Kamil/Rossow, Verena (2019): Private Labor Market Intermediaries in the Europeanized Live-in Care Market between Germany and Poland: A Typology. *Zeitschrift für Sozialreform*, 65(3), 365–392
- Leiblfinger, Michael/Prieler, Veronika (2018): *Elf Jahre 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Eine Policy- und Regimeanalyse*. Linzer Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft 9, Linz.
- Leichsenring, Kai/Schulmann, Katharine/Gasior, Katrin (2015): *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege*, Studie im Auftrag der AK, Wien
- Lutz, Helma/Amelina, Anna (2019): *Gender and Migration: Transnational and Intersectional Prospects*. London

- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2010): Care work Migration in Germany. Semi-Compliance and Complicity. In: *Social Policy & Society*, 9, 3, 419-430
- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2015): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Maier-Gräwe, U. (Hg.): *Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung*. Wiesbaden
- Mairhuber, Ingrid (2000): *Die Regulierung des Geschlechterverhältnisses im Sozialstaat Österreich. Traditionen, Wandel und feministische Umbauoptionen*. Frankfurt/M., Berlin et al.
- Mairhuber, Ingrid/Sardadvar, Karin (2017a): *Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik. Projekt-Teilbericht: Policy-Analyse und politische Empfehlungen. Projekt unterstützt durch Fördergeld des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank (Projektnummer 16049). Endbericht*. Wien
- Mairhuber, Ingrid/Sardadvar, Karin (2017b): *Pflegekarenz und Pflegezeit in Österreich: Eine Neuausrichtung im Langzeitpflegeregime? Folgen, Potenziale und Grenzen einer Maßnahme zur ‚Vereinbarkeit‘ von Erwerbsarbeit und Care*. In: *Femina Politica* 2/2017, 47-61
- Matuszczyk, Kamil (2020): *Forgotten topic or invisible problem? Political discourse in Poland on live-in care migration*. In: Katona, Noémi/Melegh, Attila (Hg.): *Towards Scarcity of Care? Tensions and contradictions in transnational elderly care systems in central and eastern Europe*, Friedrich Ebert Stiftung, Budapest, 48-68.
- Meier, Irene (2011): *Status Quo und Regelungen zur Langzeitpflege in Österreich*. In: Kreimer, Magarete/Meier, Irene (Hg.): *„Die Angehörigen wissen am besten was gut ist“*. Eine Analyse des Systems der familiären Langzeitpflege und dessen Auswirkungen auf die Lage pflegender Angehöriger. Graz, 59-82.
- MIGRANT (2015): *Labour Migration Branch. National Collective Agreement for Domestic Workers in Italy (last updated on 06.05.2015)* (Geneva, ILO). Available at: [www.ilo.org/dyn/migpractice/migmain.showPractice?p\\_lang=en&p\\_practice\\_id=136](http://www.ilo.org/dyn/migpractice/migmain.showPractice?p_lang=en&p_practice_id=136) (Zugriff: 24.3.2020)
- Nahon, Sandra (2014), *Les salaires dans le secteur social et médico-social en 2011. Une comparaison entre les secteurs privé et public*, DREES, *Etudes et Résultats*, n°879
- Naiditch, Michel (2013): *Home care across Europe – France*. In: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) *Home Care across Europe. Case Studies*, European Observatory on Health Systems and Policies, S. 98-109
- OECD (2015), *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing, Paris
- OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, Paris
- Österle, August (2016): *24-Stunden-Betreuung und die Transnationalisierung von Pflege und Betreuung: Aktuelle Dimensionen und wohlfahrtsstaatliche Implikationen*. In: Weicht, Bernhard/Österle, Augsut (Hg), *Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*, Wien, 247–269.
- Österle, August/ Bauer, Gudrun (2016): *The Legalization of Rotational 24-hour Care Work in Austria. Implications for Migrant Care Workers*. In: *Social Politics* 23(2): 192–213.
- Palenga-Möllenbeck, Ewa (2021): *“Lade Deine Superkräfte wieder auf”*. Vermittlungs- und Entsendeagenturen und das Konzept der guten Arbeit in der Live-in-Betreuung. In:

- Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helm/Schwiter, Karin (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Weinheim Basel, 106-126
- Pasquinelli, S. (2013): Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno. In: Pasquinelli, S. and Rusmini G. (Hrsg.), *Badare non basta*, Roma, Ediesse, S. 41-55
- Pasquinelli, Sergio/Rusmini, Giselda (2013): Il punto sulle badanti. In: *Network Non Autosufficienza* (ed.): *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza. Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento*. Maggioli Editore
- Pavolini, E., Ranci, C. and Lamura G. (2016): Long-term care in Italy. In: Greve B. (ed.), *Long-term Care for the Elderly in Europe: Development and Prospects*, Farnham, Ashgate
- Pedersini, Roberto (2020): The long-term care workforce – Italy: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)
- Pipero, Flavia (2012): The Impact of Female Emigration on Families and the Welfare State in Countries of Origin. The Case of Romania. In: *International Migration* 50 (5), 189–204.
- Pop, Luana (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Romania, Brussels
- Prieler, Veronika (2020): Autonome Ältere, Pflegefälle und kontrollbedürftige Selbstständige: Subjektkonstruktionen in der 24-Stunden-Betreuung in Österreich. In: *Swiss Journal of Sociology*, 46 (2), 2020, 259–280
- Rada, Alejandro (2016): Migration of health-care workers from the new EU Member States to Germany. Major trends, drivers and future perspective. Institute for Social Work and Social Education, Frankfurt
- Radvanský, Marek/Lichner, Ivan (2013): Impact of Ageing on Long-Term Care. Demand and Supply in Slovakia. Bratislava: Institute of Economic Research, Slovak Academy of Sciences.
- Ranci, C./Pavolini, E. (2013): *Reforms in Long Term Care Policies in Europe*, New York, Springer
- Rudda, Johannes/Fürstl-Grasser, Margarethe/Rubisch, Max (2008): Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich. In: *Soziale Sicherheit*. 6, 331-345.
- Safuta, Anna/Kordasiewicz, Anna/Urbanska, Sylwia (2016): Verpasste Kreuzung: Polen als Herkunfts- und Zielland für Migrantische Pflege- und Haushaltskräfte. In: Weicht, B./Österle, A. (Hg), *Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*, Wien, 221-243
- Salaris, Luisa/Tedesco, Nicola (2020): Migration and the Labour Market: Ukrainian Women in the Italian Care Sector. In: *Journal of International Migration and Integration* 21, S. 1-20
- Schilgen, Benjamin/Savcenko, Katja/Nienhaus, Albert/Möske, Mike (2019): Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie. Online-Publikation: Gesundheitswesen. Stuttgart, New York
- Schmidt, Andrea E./Fuchs, Michael/Rodrigues, Ricardo (2016): Studie zu Betreuungsurlauben für Angehörige im internationalen Vergleich: Gesetzgebung und politische Maßnahmen. Zusammenfassung. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien.
- Schneider, Ulrike/Papouschek, Ulrike/Flecker, Jörg/Bittschi, Benjamin/Jira, Marcel/Saupe, Bernhard, 2011: Beschäftigungsreport für die österreichische Sozialwirtschaft. Beschäftigung im Bereich der Altenpflege und -betreuung. Forschungsbericht. Wien

- Schön, Pär/Heap, Josephine (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Sweden, Brussels
- Sekulová, Martina/Rogoz, Mădălina (2018): Impacts and particularities of care migration directed towards long-term care: Zooming in on Slovakia and Romania. ([www.reminder-project.eu](http://www.reminder-project.eu))
- Sekulová, Martina/Rogoz, Mădălina (2019): The Perceived of Care Mobility on Sending Countries and Institutional Responses: Helthcare, Long-term Care and Education in Romania and Slovakia ([www.reminder-project.eu](http://www.reminder-project.eu))
- Sowa-Kofta, Agnieszka (2017): Central and Eastern European countries in the migrant care chain ([https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/11/Care-migration-in-CEEC\\_Agnieszka.pdf](https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/11/Care-migration-in-CEEC_Agnieszka.pdf))
- Sowa-Kofta, Agnieszka (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Poland, Brussels
- Steiner, Jennifer/Prieler, Veronika/Leiblfinger, Michael/Benazha, Aranka (2019): Völlig legal!? Rechtliche Rahmung und Legalitätsnarrative in der 24h-Betreuung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 44, 1-19
- Stranz, Anneli/Szebehely, Marta (2018): Organizational trends impacting on everyday realities. The case of Swedish eldercare. In: Christensen, Karen/ Pilling, Doria (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Work around the World, London, S. 45-58
- Szebehely, Marta/Meagher, Gabrielle (2018): Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? In: JOURNAL of European Social Policy, 3, S. 294-308
- Tayah, Marie-José (2016): Decent Work for Migrant Domestic Worker: Moving the Agenda Forward, ILO, Genf
- Theobald, Hildegart (2016): 24-Stunden-Betreuung in Deutschland: Ein Mix unterschiedlicher Sorgetätigkeiten im Kontext von Pflege- und Migrationspolitik. In: Weicht, Bernhard/Österle, Augsut (Hg), Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung, Wien, 247–269
- Thüsing, Georg (2019): Rechtskonforme Betreuung in den eigenen vier Wänden. Regelungen für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (24-Stunden-Betreuung) *de lege lata* und *de lege ferenda*, Gutachten auf Anfrage des Bundesministerium für Gesundheit, Universität Bonn
- Turlan, Frédéric (2020): The long-term care workforce – France: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)
- Ulmanen, P./Szebehely, Marta (2015): From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. In: International Journal of Social Welfare, 24, S. 81-92
- Ungerson, Clare (2004): Whose Empowerment And Independence? A Cross-National Perspective On „Cash For Care” Schemes. In: Ageing & Society. 24 (2), 189-212.
- Van der Graaf, Amber/Maas, Koen (2020): The long-term care workforce – the Netherlands: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)
- Van Ginneken, Ewout/Kroneman, Madelon (2015): Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handel. In: Eurohealth, incorporating Euro Observer, Vol.21 Nr. 3, S.47-50
- Vianello, Francesca A. (2016) International migrations and care provisions for elderly people left behind. The cases of the Republic of Moldova and Romania, European Journal of Social Work, 19:5, 779-794

- WHO (2017): Women on the move: migration, care work and health, World Health Organization, Geneva
- WKO (2018): Statistical Data on Self-Employed Persons in Personal Home Care in Austria 2013 – 2017, Vienna
- WKO (2021): Personenberatung und Personenbetreuung: Branchendaten. Wien ([http://wko.at/statistik/BranchenFV/B\\_127.pdf](http://wko.at/statistik/BranchenFV/B_127.pdf); Zugriff: 22.2.2021).
- Zieleńska, Marianna (2020): The long-term care workforce – Poland: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)

## TABELLENANHANG

Tabelle 5: Hilfsbedarf bei der Körperpflege, über 64 Jahre, 2014, in Prozent

	brauchen keine Hilfe	erhalten ausreichend Hilfe	Mangel an Hilfe
Malta	7,5	18,1	74,4
Bulgarien	25,8	6,1	68,1
Rumänien	21,5	24	54,5
Spanien	15,9	32,8	51,3
Deutschland	31,5	18,1	50,4
Italien	19,5	34,5	46
Frankreich	24,6	30,7	44,7
Griechenland	26,1	32,4	41,5
Slowakische Republik	32,3	26,2	41,5
Polen	41,3	17,5	41,3
Kroatien	38,1	22,9	39
Luxemburg	62,4	0	37,6
Portugal	25,9	37,8	36,3
Zypern	13,1	51,2	35,7
Ungarn	40,1	25,8	34,2
Litauen	38	29,3	32,6
Slowenien	28,1	39,6	32,2
Österreich	46	22,6	31,4
Tschechische Republik	35,4	33,3	31,3
Dänemark	48,6	20,4	31
Finnland	64,5	6,9	28,6
Schweden	51,6	20,6	27,8
Lettland	36,7	39,8	23,5
Estland	20,8	62,3	16,9
Niederlande	71,9	21,7	6,5
<b>EU 27</b>	<b>32</b>	<b>26,1</b>	<b>42</b>

Quelle: Eurostat, Need for help with personal care activities [hlth\_ehis\_pchlpe]

**Tabelle 6: Gesundheitspflege-AssistentInnen und mobile Betreuungs- und Pflegekräfte pro 100.000 EinwohnerInnen**

	2000	2010	2018 <sup>1</sup>
<b>Dänemark</b>	1.405,42	1.615,88	1.620,92
<b>Niederlande</b>		1.841,67	1.305,74
<b>Italien</b>			1.031,53
<b>Spanien</b>	577,30	970,15	1.016,79
<b>Malta</b>			717,66
<b>Luxemburg</b>		525,89	611,06
<b>Irland</b>	340,72	560,02	522,61
<b>Deutschland</b>			489,18
<b>Rumänien</b>		292,56	359,90
<b>Portugal</b>	261,41	297,57	306,17
<b>Estland</b>	32,50	259,49	288,36
<b>Litauen</b>	197,97	205,99	284,34
<b>Ungarn</b>	240,43	244,84	282,02
<b>Tschechische Republik</b>		225,37	272,48
<b>Österreich</b>	119,89	117,03	117,40
<b>Lettland</b>	44,73	92,35	113,22
<b>Slowenien</b>	129,87	152,01	112,88
<b>Griechenland</b>	94,03	72,52	56,31
<b>Polen</b>			17,77
<b>Kroatien</b>	15,65	9,71	15,50
<b>Bulgarien</b>			5,37
<b>Finnland</b>	1.699,89	1.946,62	

<sup>1</sup> Daten für Deutschland, Luxemburg und Polen aus dem Jahr 2017

Quelle: Quelle: Eurostat, Nursing and caring professionals [hlth\_rs\_prsns]