

Grenzüberschreitende Dimensionen in der Langzeitversorgung



Karin van Holten

lic. phil., Careum Forschung, Forschungsinstitut der Kalaidos FH Gesundheit, Zürich



Eva Soom Ammann

Prof. FH, Dr., Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

I. Einleitende Gedanken

Die Langzeitversorgung in der Schweiz steht angesichts demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen vor grossen Herausforderungen.¹ Hürden in der Sicherstellung einer umfassenden und alltagsnahen Unterstützung und Pflege bestehen sowohl bezüglich einer bedürfnisgerechten Angebotsstruktur sowie hinsichtlich finanzieller wie personeller Ressourcen. Einerseits schränken der Druck zur Wirtschaftlichkeit sowie knappe Personalressourcen die professionellen Dienstleister ein.² Andererseits stösst die Ressource von unbezahlt engagierten Angehörigen oder Freiwilligen in Folge von gesellschaftlichen Entwicklungen (Mobilität, weibliche Erwerbsintegration, Wandel von Familienformen usw.) an Grenzen.³ Vor diesem Hintergrund lassen sich in der Schweiz grenzüberschreitende Lösungsansätze zur Sicherung der Langzeitversorgung beobachten: Transnationale Angebote schliessen

Lücken in der Versorgungsstruktur u.a. durch Import von Personalressourcen (Care-Migration, 24-h-Betreuung)⁴ oder die Verlagerung von Sorgearbeit in osteuropäische und südostasiatische Länder⁵. Dieser Artikel will auf konzeptioneller Ebene beide Prozesse in den Blick nehmen und Ursachen wie Auswirkungen der Transnationalisierung auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene reflektieren.

II. Rahmenbedingungen von Transnationalisierungsprozessen

Unter der Transnationalisierung von Care verstehen wir Prozesse, die Menschen, Institutionen oder Orte über nationalstaatliche Grenzen hinweg miteinander verbinden. Dies kann mittels Vorstellungen, Ideen, Beziehungen oder der Ausbildung einer konkreten grenzüberschreitenden Praxis erfolgen.⁶ Den folgenden Ausführungen liegt die Annahme zugrunde, dass diese Prozesse wechselseitig durch nationale Aspekte geprägt werden und auf diese zurückwirken. Langzeitversorgung verstehen wir als eine Kombination von privaten und interprofessionellen Dienstleistungen über Monate, Jahre oder Jahrzehnte hinweg. Sie umfasst nebst medizinischer und pflegerischer Versorgung auch alltagsnahe soziale und emotionale Unterstützung.⁷ Um diese Bandbreite zu verdeutlichen, sprechen wir auch von Care⁸.

Gemäss dem «path-dependencies»-Ansatz erfolgt die Entwicklung nationaler Gesundheitssysteme innerhalb historisch gewachsener Strukturen an der Schnittstelle zwischen staatlichen, marktorientierten sowie nicht gewinnorientierten und familiären Dienstleistungen.⁹ Debatten um verschiedene Gesundheitssysteme beziehen sich deshalb gerne auf das Konzept «nationaler Care-Regimes», in dessen Rahmen sich bestimmte Typen von Wohlfahrtsstrukturen entwickeln.¹⁰ Neuere Ansätze kritisieren jedoch, dass damit die Verschränkungen nationaler Versorgungspolitiken mit internationalen und globalen Dynamiken nicht ausreichend berücksichtigt werden. Sie plädieren für einen Ansatz, der auch «pfad-unabhängige» Entwicklungen erfasst (sogenannter «path-departure»-Ansatz).¹¹ Darüber hinaus prägen aber auch lokale Praktiken, beispielsweise in Bezug auf Orte der Versorgung, Konzeptionen «guter» Pflege oder Zuschreibungen von Pflege-Verpflichtungen, die zu beobachtenden transnationalen Prozesse.¹² In der Schweiz zeigt sich dies u.a. in kantonaler und regional unterschiedlichen Entwicklungen in der Angebotsstruktur und Inanspruchnahme der Langzeitversorgung¹³ sowie unterschiedlicher Ausgestaltung des Marktes der 24-Stunden-Betreuung in den verschiedenen Sprachregionen. Aufgrund dieser mehrdimensionalen Verflechtungen ist es wichtig, das Phänomen der Transnationalisierung von Care im Spannungsfeld zwischen lokalen Care-Praktiken, regionalen und nationalen Wohlfahrts- und Versorgungsstrukturen sowie internationalen resp. globalen Prozessen der Ökonomisierung und Migration zu betrachten.¹⁴

Transnationale Verflechtungen durchdringen das Schweizer Versorgungssystem in mannigfaltiger Weise. Wir skizzieren diese vielfältigen Verschränkungen, indem wir auf zwei sozial-räumlich entgegengesetzte Strategien fokussieren: einerseits auf den «Import» von Care-Ressourcen in die häusliche

Langzeitpflege in der Schweiz und andererseits auf den «Export» von Care-Bedürfnissen ins Ausland.

III. Import von Care-Ressourcen

Das Label «Import von Care-Ressourcen» verweist auf einen international ausgerichteten Betreuungsmarkt, in dem mehrheitlich Frauen aus Osteuropa als Pendelmigrantinnen für bezahlte Betreuungsarbeit in Schweizer Privathaushalte kommen. Diese sogenannten Care-Migrantinnen leben meist im selben Haushalt mit der Person, die sie betreuen (live-in) und kehren jeweils zwischen den Einsätzen in ihr Herkunftsland zurück.

Gemäss Ergebnissen aus eigenen empirischen Forschungsprojekten¹⁵ ist das Bedürfnis nach individueller und zeitlich umfassend verfügbarer Form von Versorgung ein wichtiger Treiber für den Import von Care-Ressourcen. Lokale Vorstellungen von guter Pflege und Versorgung kennzeichnen deshalb diese Dynamik. Nutzer/innen in der Schweiz suchen geeignete Angebote gemäss ihren Vorstellungen und finden diese im international organisierten Betreuungsmarkt.

Auf nationaler Ebene ist die Finanzierungslogik des Schweizer Gesundheitssystems relevant. Langzeitversorgung umfasst sowohl gesundheits- wie auch soziale Versorgungsleistungen. Das Schweizer System unterscheidet allerdings bezüglich Finanzierung oder Vergütung von Leistungen zwischen medizinisch-pflegerischen und sozialen oder emotionalen Leistungen. Letztere werden mehrheitlich vom Privathaushalt getragen.¹⁶ Sie belasten die Haushaltsbudgets in der Schweiz entsprechend, und zwar in deutlich höherem Umfang als in anderen europäischen Ländern.¹⁷ Infolge des Lohngefälles zwischen der Schweiz und dem Ausland sowie als Konsequenz der arbeitsrechtlichen Bedingungen in der Schweiz¹⁸ können internationale Agenturen ihre Angebote deutlich günstiger anbieten. Sie fungieren quasi als «transnationales Bindeglied»¹⁹ zwischen den Care-Migrantinnen und den Privathaushalten in der Schweiz. Auf internationaler Ebene relevant ist hier das Abkommen über die Personenfreizügigkeit mit der EU, infolgedessen Angehörige eines Mitgliedstaates der EU oder EFTA Recht auf Aufenthalt und Erwerbstätigkeit in der Schweiz haben.²⁰

Das Bundesgesetz über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih (AVG) reguliert die Tätigkeit von Agenturen. Für den «Import» von Care-Ressourcen in Form von Vermittlung von europäischen Arbeitnehmenden braucht es einen Firmensitz in der Schweiz sowie eine nationale Betriebsbewilligung.²¹ Gemäss Informationen vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) fehlt es allerdings an grenzüberschreitend wirksamen Instrumenten zur effektiven Durchsetzung dieser nationalstaatlichen Rechtsvorgaben.²²

Wie transnationale Prozesse auf die nationale Ebene zurückwirken können, illustriert das 2012 eingereichte Postulat Schmid-Federer 12.3266 «Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege». Am 29. April 2015 hat der Bundesrat den Bericht dazu verabschiedet.²³ Das Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung wurde beauftragt, eine Regulierungsfolgenkostenabschätzung durchzuführen, um Lösungsvorschläge für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Care-Migrantinnen zu entwickeln und mögliche (Kosten-)Folgen zu eruieren.²⁴

IV. Export von Care-Bedürfnissen

Der Begriff «Export von Care-Bedürfnissen» fokussiert auf die Emigration von Menschen mit langfristigem Versorgungsbedarf in ausländische Pflegeheime, vornehmlich in Osteuropa oder Südostasien. Zu diesem Aspekt der Transnationalisierung der Lang-

Pflegerecht 2016 - S. 165

zeitversorgung liegen kaum Forschungsergebnisse vor. Das Phänomen hat aber einen kritischen medialen Diskurs angeregt.²⁵ Forschungsergebnisse aus Deutschland²⁶ sowie die Medienberichte zeigen, dass auch für die Exportdynamik Vorstellungen von guter Versorgung sowie Kostenfragen wichtig sind.²⁷ Die Kosten für ein Pflegeheim in Ungarn liegen bspw. zwischen CHF 1700.– bis 2500.– und damit deutlich unter den durchschnittlichen Kosten von CHF 5600.– in der Schweiz. Geboten wird dafür eine umfassende medizinische, pflegerische sowie soziale Versorgung.²⁸ Informationen über die Eröffnung eines Beratungsbüros für Interessierte in der Schweiz legen nahe, dass sich auch hier ein intermediärer, transnational orientierter Vermittlungsmarkt entwickelt.²⁹ Ein weiterer Treiber ist die Transnationalisierung von (ursprünglich national organisierten) Systemen der sozialen Sicherheit.³⁰ Damit sind internationale Absprachen gemeint, die den grenzüberschreitenden Bezug bspw. von Leistungen der Altersvorsorge oder der Krankenversicherung ermöglichen.

V. Fazit

Sowohl der Import von Care-Ressourcen wie auch der Export von Versorgungsbedarf stehen in engem Zusammenhang zur Finanzierungslogik des Schweizer Gesundheitssystems. Der grosse Anteil privat zu tragender Kosten – insbesondere was soziale und emotionale Sorgeleistungen betrifft – fördert die Transnationalisierung. Ausserdem besteht eine Diskrepanz zwischen dem Versorgungsangebot und der nutzerseitig gewünschten Art der Versorgung. Internationale Abkommen wie die EU-Personenfreizügigkeit in Kombination mit nationalen Ungleichheiten bspw. in Form von Lohngefällen ermöglichen transnational agierenden Anbietern, ihre Dienstleistungen passgenau auf die Nachfrage auszurichten. Sie werben mit individuell-zugewandten, umfassenden und dennoch bezahlbaren Leistungen. Vermittelt über Agenturen, Netzwerke oder Internetrecherche finden die Nutzer/innen so, was sie suchen zu einem Preis, den sie zu zahlen bereit sind. Dieses Zusammenspiel gilt sowohl für den Import von Care-Ressourcen wie auch für den Export von Care-Bedürfnissen. Für das Phänomen des Imports existiert bereits ein veritabler Markt inklusive Beratungsdienstleistungen. Für die Dynamik des Exports scheint sich ein solcher zu entwickeln.³¹

In Bezug auf die Ausgangsfrage lässt sich sagen: Die Transnationalisierung in der LZV scheint das Schweizer Gesundheitssystem sowohl personell wie finanziell zu entlasten. Allerdings stellt sich mittel- bis langfristig die Frage, inwiefern diese Entwicklungen negative Konsequenzen für die Schweizer Gesundheitsökonomie haben, da die Geldströme einem ausländischen Markt zufließen. Ausserdem stellen sich Fragen zum chancengleichen Zugang zu qualitativ guten Sorgeleistungen und zur Nachhaltigkeit der Entwicklung von Versorgungsstrukturen im Ausland. Diese Aspekte knüpfen an

Diskurse der (globalen) Gerechtigkeit und des sozialen Zusammenhalts sowohl im nationalen wie internationalen Kontext an.

Wir haben versucht zu skizzieren, wie lokale und regionale Praktiken Entwicklungen im Bereich der Sozial-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik beeinflussen können – und zwar auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Umgekehrt beeinflussen globale Trends und internationale Abkommen lokale Praxis und nationale Strukturen. Um die Komplexität und die vielfältigen Verschränkungen im Bereich der Transnationalisierung von Care ausreichend erfassen zu können, braucht es eine gezielte Weiterentwicklung der Forschungsagenda, die verschiedene transnationale Prozesse sowie deren multi-dimensionale Verflochtenheit systematisch in den Blick nimmt.

-
- 1 FRANÇOIS HÖPFLINGER, LUCY BAYER-OGLESBY, ANDREA ZUMBRUNN, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern, 2011.
 - 2 HÉLÈNE JACCARD RUEDIN, FRANCE WEAVER, Ageing Workforce in an Ageing Society, Wie viele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?, Zürich, 2009.
 - 3 SCHWEIZERISCHER BUNDESRAT, Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige, Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz, Bericht des Bundesrates, Bern, 5. Dezember 2014.
 - 4 KARIN VAN HOLTEN, ANKE JÄHNKE, IREN BISCHOFBERGER, Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt, OBSAN Bericht 57, Neuchâtel, 2013.
 - 5 VINCENT HORN, CORNELIA SCHWEPPE, DÉsirÉE BENDER, TINA HOLLSTEIN, «Moving (for) Elder Care Abroad», The Fragile Promises of Old-Age Care Facilities for Elderly Germans in Thailand. in: Vincent Horn, Cornelia Schweppe (Hrsg.), Transnational Aging, Current insights and future challenges, New York 2015, 163.
 - 6 NICOLA YEATES, Going Global: The Transnationalization of Care, Development and Change 4/2011, 1109.
 - 7 Der Artikel fokussiert nicht auf die Debatten zur grenzüberschreitenden Pflege in der Europäischen Union (EU) (s. www.ec.europa.eu) oder auf den sogenannten Gesundheitstourismus (s. JOHN CONNELL, Medical tourism. On the road to where?, Wageningen & Leeds, 2013), da es bei diesen Entwicklungen nicht um Langzeitversorgung, sondern um vergleichsweise kurzfristige Behandlungen im Ausland geht.
 - 8 Im englischsprachigen und zunehmend auch im deutschsprachigen Raum werden die im formellen wie auch im informellen Sektor erbrachten Leistungen und Arbeiten im Bereich der Sorge, Fürsorge, Versorgung und Pflege mit dem Begriff Care umfasst. FISHER und TRONTO haben bereits 1990 (40f) ein differenziertes Konzept zur Erfassung dieser vielfältigen Arbeiten entwickelt, welches verschiedene Dimensionen der Care-Arbeit betont (BERENICE FISHER, JOAN TRONTO, Toward a Feminist Theory of Caring, Theoretical Issues. in: Emily K. Abel, Margaret K. Nelson [Hrsg.], Circles of Care, Work and Identity in Women's Lives, Albany, NY 1990, 35).
 - 9 FIONA WILLIAMS, DEBORAH BRENNAN, Care, markets and migration in a globalising world: Introduction to the Special Issue, Journal of European Social Policy 4/2012, 355, 356.
 - 10 GOSTA ESPING-ANDERSEN, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, 1990.

- 11 INGO BODE, SÉBASTIEN CHARTRAND, BRICE CHAMPETIER, Embedded Marketization as Transnational Path Departure. Assessing Recent Change in Home Care Systems Comparatively, *Comparative Sociology* 6/2013, 821.
- 12 FIONA WILLIAMS, Converging variations in migrant care work in Europe, *Journal of European Social Policy* 4/2012, 363, 361.
- 13 LAURE DUTOIT, SYLVIE FÜGLISTER-DOUSSE, SONIA PELLEGRINI, Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions, *Evolutions 2006–2013*, Neuchâtel, 2016.
- 14 WILLIAMS, BRENNAN (Fn. 9).
- 15 ANKE JÄHNKE, KARIN VAN HOLTEN, IREN BISCHOFBERGER, Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-Migrantinnen, Schlussbericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Arbeitsmarkt Privathaushalt» der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, Zürich, April 2012; VAN HOLTEN, JÄHNKE, BISCHOFBERGER (Fn. 4).
- 16 BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BFS), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause, Ergebnisse 2014 : Zahlen und Trends, Neuchâtel, November, 2015, 2.
- 17 FRANCESCA COLOMBO, ANA LLENA-NOZAL, JÉRÔME MERCIER, T, Help Wanted?, Providing and Paying for Long-Term Care, 46 f.; OECD, *Reviews of health systems: Switzerland 2011*, Paris, 2011, 46.
- 18 Vgl. GABRIELA MEDICI, Verfassungsrechtliche Perspektive auf die Pendelmigration zur Alterspflege in schweizerischen Privathaushalten, *Pflegerecht* 2/2016, 79.
- 19 MEDICI (Fn. 18), 82.
- 20 Die Folgen der Abstimmung zur Masseneinwanderungsinitiative von Februar 2014 sind zurzeit noch nicht absehbar.
- 21 MEDICI (Fn. 18), 83.
- 22 VAN HOLTEN, JÄHNKE, BISCHOFBERGER (Fn. 4).
- 23 Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer vom 16. März 2012, Bern, 2015.
- 24 Vgl. Bundesrat heisst Bericht zum Thema Pendelmigration gut. <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/seco/nsb-news/medienmitteilungen-2015.msg-id-57057.html> .
- 25 LUIGI JORIO, Offshoring Care: Swiss Alzheimer's patients find home in Thailand. SWI swissinfo 2.4.2014; A. LACEY/I. IMOGEN, Exporting Grandma to care homes abroad., 6.1.2014, <http://www.bbc.com/news/health-25438325>; SCHWEIZER RADIO UND FERNSEHEN SRF, Demenzheime in Thailand: Paradies wider Willen?, 9.5.2013, <http://www.srf.ch/play/tv/10vor10/video/demenzheime-in-thailand-paradies-wider-willen?id=468fcaf1-6cca-41a0-9260-648beb85cc7d>; ANDREAS SCHMID, Lebensabend in der Fremde, NZZ am Sonntag 14.3.2016.
- 26 HORN, SCHWEPPE, BENDER, HOLLSTEIN (Fn. 5).

27 HORN, SCHWEPPE, BENDER, HOLLSTEIN (Fn. 5).

28 Vgl. SeniorPalace EU – Preiskategorien. <http://www.seniorpalace.eu/de/preiskategorien//>.

29 SCHMID (Fn. 24).

30 HORN, SCHWEPPE, BENDER, HOLLSTEIN (Fn. 5), 167 f.

31 Ein aktuelles Forschungsprojekt der Universität in Mainz legt allerdings nahe, dass der mediale Diskurs das Phänomen grösser erscheinen lässt, als es in Wirklichkeit ist (vgl. HORN, SCHWEPPE, BENDER, HOLLSTEIN (Fn. 5)).