



Tagung vom 11. November 2011 im Volkshaus Zürich

«Arbeitsmarkt Privathaushalt – Betagtenbetreuung durch Migrantinnen»

Referat von Bettina Haidinger, FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt)

Aktuelle Entwicklungen im europäischen Raum und die Kontroversen um das österreichische Regulierungskonzept

Der Vortrag beschäftigt sich vorerst mit Typologien von Care-Arrangements im EU-Raum und in Österreich, um das konkrete Fallbeispiel „24-Stunden-Betreuung“ im Anschluss systematisch im Kontext eines institutionellen Settings einzubetten und analysieren zu können.

Der zweite Teil des Referats stellt eine relativ neue Regulierung von Carearbeit in Österreich vor: die 24-Stunden-Betreuung. Es werden die Ausgestaltung und Förderung, Arbeitsbedingungen und Debatten bei der Ein- und Fortführung der 24-Stunden-Betreuung diskutiert.

Den Abschluss bilden Einschätzungen und Perspektiven der unterschiedlichen involvierten AkteurlInnen auf diese Regelung von Carearbeit, um aufzuzeigen, welche Widersprüche aufeinander treffen, wenn Carearbeit und Migration in derartiger Weise verknüpft werden.

1) Konzeptionelle Überlegungen: Was ist Care Ökonomie?

„Care-Ökonomie“ umfasst bezahlte und unbezahlte Tätigkeiten, die die **Fürsorge von Menschen und ihrer Umgebung sowie eine starke persönliche und emotionale Dimension** beinhalten. Der Einsatz der eigenen Subjektivität im Arbeitsprozess ist zentral. Darüber hinaus erfordert Versorgungsarbeit interpersonelle Kompetenz, also die Fähigkeit empathisch zu sein, die Bedürfnisse des Gegenübers kennenzulernen, eine Beziehung aufbauen zu können.

Ein wichtiger Ort, an dem Versorgungsarbeit stattfindet, ist der Privathaushalt. Die dort verrichtete Arbeit bezeichne ich mit dem Übergriff **Haushaltsarbeit**. Er umfasst persönliche Dienste, Hausarbeit (Putzen, Kochen etc.), Kinderbetreuung, Sexarbeit sowie **Betreuung von Pflegebedürftigen**. Einer der intensivsten Formen der Betreuungsarbeit in privaten Haushalten ist die **24 Stunden Pflege/Betreuung**. Sie kann in Form der Betreuung (jüngerer) behinderter Personen und der Betreuung von Kindern als auch in der Pflege alter betreuungsbedürftiger Menschen auftreten. Letzterem ist der vorliegende Vortrag gewidmet.

Die **Nachfrage** nach außerfamiliären Caretätigkeiten für Pflegebedürftige – sowohl im Privathaushalt als auch außerhäuslich angeboten – ist im Steigen begriffen. Die Gründe dafür liegen in der vermehrten Präsenz von Frauen am Erwerbsarbeitsmarkt; der Unmöglichkeit/Unwilligkeit von Frauen unbezahlte Carearbeit zu leisten; und nicht zuletzt in der Alterung der Bevölkerung.

2) Care Regimes im EU-Raum: welche Arbeitsverhältnisse resultieren?

Der konzeptionellen folgt die institutionelle Einbettung der Ausgestaltung von Betreuungstätigkeiten. (vgl. Simonazzi 2009; Bettio/ Verashchagina 2010) Wichtigste Determinanten der Organisation von Pflege- und Betreuungsarbeit sind:

- **Wer versorgt?**

Die Versorgung der Pflegebedürftigen kann durch marktvermittelte Anbieter, durch öffentliche Anbieter, durch die Familie, durch Non-Profit-Organisationen erfolgen.

- Welche **Finanzierungs- und Organisationsmodelle** herrschen vor?

Die Finanzierung von Pflege und Betreuung kann öffentlich oder privat oder gar nicht erfolgen. Im Falle der öffentlichen Finanzierung kann grob zwischen Steuer- oder Beitragsfinanzierung unterschieden werden. Steuerfinanziert ist die Pflege bspw. in Österreich, beitragsfinanziert in den Niederlanden.

Die **Organisation** von Pflege und Betreuung kann in folgenden Formen erfolgen:

- Bereitstellung von **öffentlichen sozialen** Diensten;
- **Einführung beschäftigungsorientierte Politiken** in Form von Karenzregelungen, der öffentlichen Übernahme von Sozialversicherungskosten während unbezahlter Pflegearbeit etc. unter dem Motto „*Zeitkompensation bei gleichzeitiger Sozialversicherung*“;
- **Vouchers**, wie etwa der Cheque emploi service universel in Frankreich ermöglichen eine Subvention von regulären Jobs durch Steuererabschreibbarkeit und die Bezahlung der Sozialversicherungsbeiträge durch den Staat;
- Das Prinzip „**cash for care**“ ermöglicht die finanzielle Entschädigung für den Aufwand, den Pflegetätigkeiten verursachen.

Darüber hinaus kann nach der **Form** (das Zusammenspiel von Remuneration, Formalisierung und Beziehung zwischen Versorgenden zu VersorgerInnen) der Pflegeversorgung unterschieden werden: Wird öffentlich finanziert oder die Arbeit unbezahlt erbracht oder privat bezahlt? Wird informell oder formell Pflegearbeit geleistet? Wird in selbständiger oder unselfständiger Beschäftigung versorgt?

Daraus können **prototypische Care Regimes** differenziert werden, deren Versorgungslogik tendenziell in eine Richtung weist, die aber durchaus Bausteine aus anderen Systemen beinhalten können. Diesen Care Regimes können auch typische Beschäftigungsmodelle zugewiesen werden:

- In den skandinavischen Ländern ist das **interventionistische/universalistische Care Regime** dominant. Es ist geprägt von institutionalisierten und öffentlich zur Verfügung gestellten Services, Sachleistungen oder gebundenen Geldleistungen und weist den höchsten Grad der Finanzierung von Pflege auf. In diesem Regime sind vor allem stabile und formale Beschäftigungsverhältnisse in außerhäuslicher Betreuung mit formalen Qualifikationsanforderungen anzutreffen.
- Weiters können Care Regime unterschieden werden, in denen vor allem auf **lokaler** Ebene Betreuung von Pflegebedürftigen (GB, NL) in Form von sozialen Diensten organisiert wird. Bei der Bereitstellung von sozialen Diensten spielen **Agenturen** oder **Non Profit Organisationen** eine große Rolle. Unterschiede können dennoch im Zugang zu den Leistungen konstatiert werden. In den NL gibt es ein Recht auf pflegerische Versorgung, währenddessen in GB selektiv jene mit hohem Betreuungsbedarf relativ gut und kostengünstig versorgt sind und jene mit niedrigem Betreuungsbedarf sehr hohe Betreuungskosten privat zu tragen haben. Dieses System bringt vor allem atypische Beschäftigungsverhältnisse hervor, etwa Teilzeitbeschäftigung, Teildienste oder Beschäftigungsverträge auf Werkvertragsbasis. Vouchers (Cheque emploi service universel), wie sie in Frankreich für den Zukauf von häuslichen Dienstleistungen

verwendet werden, ermöglichen zwar eine Formalisierung der Beschäftigung, allerdings unter prekären Vorzeichen: Es gibt eine hohe Fluktuation, Mehrfachjobs bei mehreren Arbeitgebern und atypische Arbeitsverhältnisse sind die Regel.

- Dem **Subsidiaritätsprinzip** unterliegen Systeme etwa in Österreich oder Deutschland, in denen die informelle und weitgehend innerhalb der Familie geleistete unbezahlte Versorgungsarbeit dominiert. Pflege wird vor allem über ungebundene Geldleistungen finanziert und über Karenzregelungen organisiert. Den Pflegebedürftigen bleibt weitgehend selbst überlassen, wie sie die monetären Leistungen einsetzen. Es dominieren informelle – bezahlte oder unbezahlte – Beschäftigungsverhältnisse.
- Schließlich ist noch das **familialistische** Modell zu nennen, das vor allem in südeuropäischen Ländern vorherrscht. Hier wurde bis vor kurzem vor allem unbezahlt, innerhalb der Familie und ohne jeglichen finanziellen öffentlichen Support gepflegt. Im letzten Jahrzehnt gab es allerdings durchaus Ansätze Familien finanziell oder personell zu entlasten. In Italien - allerdings von Region zu Region unterschiedlich – wurden monetäre Leistungen für die Pflege von Betreuungsbedürftigen eingeführt. Darüber hinaus sprechen Bettio/Simonazzi/Villa (2006) vom Übergang vom familienorientierten Versorgungsmodell zum „MigrantIn in der Familie Modell“. MigrantInnen werden als „Live-Ins“ nicht nur in der Betagtenbetreuung, sondern auch in der Kinderbetreuung eingesetzt angesichts unzureichender öffentlicher Betreuungseinrichtungen. In regelmäßigen Abständen werden Aufenthalt und Beschäftigungsvoraussetzungen dieser VersorgerInnen legalisiert. Es dominieren informelle – bezahlte oder unbezahlte – Beschäftigungsverhältnisse.

Wie kommt nun die Dimension Ethnizität/Migration ins Spiel?

3) Beschäftigungssituation von MigrantInnen in Pflege und Betreuung

Ob, in welcher Weise und in welchen Berufen MigrantInnen in der Pflege und Betreuung tätig sind, wird bestimmt durch

- Das **Migrationsregime**: Welche Regelung der Beschäftigungsaufnahme im Destinationskontext gibt es für MigrantInnen? Gibt es Ausnahmen für das vorherrschende Prinzip der Arbeitskräftezulassung aus dem Ausland/für Drittstaatsangehörige? Gibt es eine Rekrutierung von spezifischen Berufsgruppen? Ist eine Beschäftigungsaufnahme als Selbständige möglich? Welche Jobs sind für MigrantInnen vorgesehen und unter welchen aufenthalts- und (Ausländer-)beschäftigungsrechtlichen Regulierungen?
- In Bezug auf Qualifikation kann vor allem das Phänomen des „Nicht-Matching“ beobachtet werden: Einerseits sind MigrantInnen überqualifiziert, was ihre Ausbildung und ihre im Destinationskontext verrichtete Tätigkeit anbelangt. Insbesondere die mühselige und oftmals teure Anerkennung von Diplomen und Ausbildungen führen zu einem Einsatz von überqualifizierten MigrantInnen. Andererseits kann auch eine berufsspezifische Unterqualifikation konstatiert werden; MigrantInnen sind qualifiziert, allerdings nicht für den Beruf, den sie im Destinationskontext ausführen.
- Des Weiteren sind MigrantInnen – wenn sie schon eine aufenthaltsverfestigte Position im Destinationskontext innehaben - von **innerbetrieblicher** (vertikaler und horizontaler) **Segregation** betroffen. Vertikale Segregation bedeutet, MigrantInnen sind vor allem auf unteren Hierarchiestufen von Unternehmen bzw. an ihrem Arbeitsplatz zu finden. Horizontale Segregation impliziert, dass MigrantInnen eher in Berufen (etwa als Raumpflegerin oder Pflegehilfskraft), die mit niedriger Bezahlung und geringen Aufstiegschancen einhergehen, anzutreffen sind.
- Ein weiterer Einflussfaktor für die Beschäftigungssituation von MigrantInnen sind ihre Erfahrungen mit **Diskriminierung** aufgrund ihrer Herkunft. Diskriminierung kann sich durch die Projektion von Vorurteilen auf bestimmte Personengruppen, durch die Un-

willigkeit der PatientInnen sich von PflegerInnen aus einem bestimmten Herkunftsland pflegen zu lassen, manifestieren. Oftmals drückt sich Diskriminierung über die Sprache aus: Kommunikation und Verständigung sind im Berufsbild Pflege essentiell. Die Frage stellt sich aber, ob sich die Verständigung zwischen PatientInnen, PflegerInnen, Vorgesetzten aufgrund des Sprachdefizits der PflegerIn schwierig gestaltet oder ob andere Gründe ausschlaggebend sind für eine holprige Kommunikation. Andere Gründe könnten die Angst der Pflegerin sein, sich bei Mißverständnissen nicht nachfragen zu trauen, da ihre „unzureichenden Sprachkenntnisse“ damit nochmals betont werden würden; es könnte an der für manche Ohren ungewöhnlichen Aussprache liegen etc. (vgl. Karl-Trummer et.al.)

4) Österreich: Subsidiarität und Cash statt Recht auf Pflegeleistungen

Ich komme zum konkreten Fallbeispiel Österreich. In Österreich beherrschen die Prinzipien der Subsidiarität und des Cash for Care das Pflegesystem.

- 80% der Pflegeleistungen werden **INFORMELL** von Angehörigen erbracht. Das entspricht etwa 261.000 fiktiven Vollzeitäquivalenten („Vollzeitjobs“) und einer Wertschöpfung von 2-3 Mrd. Euro pro Jahr. (Schneider et.al. 2006)
- Karenz- und Versicherungsleistungen für informelle/familiäre Pflege sind möglich und werden teilweise öffentlich finanziert.
- Im Jahr 1993 wurde das Pflegegeld eingeführt. Es ist eine ungebundene Geldleistung, dessen Höhe ausschließlich vom Pflegeausmaß der zu betreuenden Person abhängig ist. Insbesondere wurde bei dessen Einführung auf die autonome Entscheidung über den Geldgebrauch Wert gelegt, der bei dem/der zu pflegenden Person liegen soll. Die Höhe des Pflegegeldes liegt zwischen 154 Euro (Pflegestufe 1) - 1655 Euro (Pflegestufe 7). Die folgende Tabelle gibt über die Inanspruchnahme des Pflegegeldes Auskunft.

Stufe 1	90.291 Personen
Stufe 2	139.102 Personen
Stufe 3	70.556 Personen
Stufe 4	59.775 Personen
Stufe 5	36.605 Personen
Stufe 6	15.731 Personen
Stufe 7	8.780 Personen

- Trotz der Dominanz des monetären Unterstützungsleistungen sind die Ausgaben für institutionalisierte Versorgung (insb. teilstationäre Betreuung, Pflegeheime) im Ansteigen begriffen. Ein Indiz dafür, dass diese Form der Betreuung in zunehmendem Maße nachgefragt wird. Der Gesamtaufwand der öffentlichen Hand für Pflegeleistungen liegt bei etwa 3,35 Mrd. Euro. Prognosen gehen davon aus, dass die Gesamtkosten im Pflegebereich bis zum Jahr 2030 um 159%, die Sackkosten gar um 306% ansteigen werden. (Mühlberger et.al. 2008)
- Im Jahr 2011 kam es zur Einrichtung eines Pflegefonds zum Ausbau sozialer Dienstleistungen. Dieser ist mit 685 Mio Euro bis 2014 dotiert bei gleichzeitiger Verschärfung der Zugangskriterien zum Pflegegeld, womit insgesamt 469.1 Millionen Euro eingespart werden sollen.

- In Österreich gibt es 432.700 **PflegegeldbezieherInnen**: etwa 14% befinden sich in Pflegeheimen; 32% nehmen Sachleistungen in Anspruch (oftmals komplementär zu informeller Pflege). Das bedeutet, dass ca. **50% kommen ohne soziale Dienste aus (BMASK 2010)**
- Im Altenbereich sind insgesamt etwa **33.316 Beschäftigte** zu finden. Bei den **mobilen Diensten** sind etwa 13.821 Personen angestellt, davon 21% freie Dienstnehmer oder auf Werkvertragsbasis und 83% in Teilzeitbeschäftigung. Das Beschäftigungspotential in diesem Sektor ist jedoch viel höher. Es wurde berechnet, dass **1.300 Vollzeitäquivalente zusätzlich pro Jahr** benötigt werden würde, wenn der Pool an unbezahlter Arbeit um 0,50%/Jahr abnimmt.
- Die **Versorgung „daheim“** erfolgt vor allem über mobile Pflegedienste, die zu 90% von NPOs angeboten werden. Neben atypischen Beschäftigungsformen werden hier auch Pooldienste angeboten, die eine freiberufliche Anstellung möglich machen neben dem Bezug von Kindergeld, Pension oder Arbeitslosengeld.
- Der finanzielle Deckungsgrad der mobilen Dienste durch das Pflegegeld beträgt, wenn ein fiktiver Stundenlohn von 25 Euro angenommen wird zwischen 11,9% und 34,7%, je nach Pflegebedarf (bzw. Pflegestufe 1-7)
- Die **Kostenbeiträge** für den Selbstbehalt liegen zw. 14,20 (Haushaltshilfe) und 42,20 Euro (Krankenpflege). Diese werden nach Einkommen gestaffelt und variieren je Bundesland. Im Durchschnitt beträgt der **Selbstbehalt bei mobiler Pflege 27% des Betrags**. (vgl. Bachinger 2010)

Die 24-h-Beterung ist *eine* Form der häuslichen Betreuung. Im nächsten Abschnitt wird deren Legalisierung und Organisationsform behandelt.

5) 24-Stunden-Betreuung: Fakten und Organisationsform

Im Jahr 2007 wurde die 24-Stunden-Betreuung zuhause legalisiert. Davor fand sie praktisch ausschließlich unter informellen Rahmenbedingungen statt. Die Legalisierung erfolgte durch die Schaffung eines neuen Berufs, der "PersonenbetreuerIn", festgelegt im Hausbetreuungsgesetz. Darüber hinaus war noch eine Änderung Gewerbeordnung, eine Amnestie im Verfassungsrang, keine Sozialversicherungsabgaben nachzahlen zu müssen, und anderer gesetzlichen Regelungen notwendig, um diesen neuen Beruf einführen und die Tätigkeiten der 24-Stunden-BetreuerInnen auf legale Beine stellen zu können.

Mittlerweile (September 2011) sind **37.000 selbständige** und **500 unselbständige PersonenbetreuerInnen** registriert. Auf die wesentlichen Unterschiede der Organisationsform geht unten stehende Tabelle näher ein.

Im Jahr 2008 nahmen 5% der Pflegebedürftigen eine 24-h-Betreuung in Anspruch; weniger als **1%** der Pflegebedürftigen der Pflegestufen 3-7 wird die 24-Stunden-Betreuung **gefördert**. Die Inanspruchnahme betrifft also nur einen Bruchteil der pflegebedürftigen Personen in Österreich. (vgl. Rupp/Schmid 2008) Dennoch generiert diese Form der Betreuung ein sehr hohes Beschäftigungsvolumen, da es sich um eine 1:2 Betreuungsform handelt (2 BetreuerInnen – 1 Pflegefall)

PersonenbetreuerIn mit Dienstverhältnis	Selbstständige PersonenbetreuerIn mit Gewerbebeschein/ Werkvertrag
<i>Entlohnung</i>	
Einstufung nach Mindestlohntarif für HausgehilfenInnen und Hausangestellte, 15 Monatsentgelte (W:1.112+460 wenn Nachtdienst ver-	Fälligkeit des Honorars ist zu vereinbaren, ca 50-60 Euro pro Tag; 900 Euro/Monat

einbart) Aufnahme in der Hausgemeinschaft	Aufnahme in der Hausgemeinschaft
<i>Sozialversicherung, Arbeitslosenversicherung und Steuer</i>	
werden vom Arbeitgeber einbehalten und an die zuständigen Stellen überwiesen Anspruch auf ALG Anspruch auf Krankengeld und Entgeltfortzahlung	Anmeldung bei GSVG ist selbst durchzuführen SV (PV, KV) sind selbst zu begleichen; Selbstbehalt von 20% bei Arztbesuch Einkommenssteuerpflicht Kein Anspruch auf ALG außer durch Selbstversicherung Kein Anspruch auf Krankengeld und Entgeltfortzahlung
<i>Arbeitszeit (inklusive Arbeitsbereitschaft)</i>	
mindestens 48 Stunden pro Woche maximal 128 Stunden innerhalb von zwei aufeinander folgenden Wochen Arbeitsblock darf nicht länger als 14 Tage sein und im Anschluss hat eine gleich lange Freizeitphase zu folgen	keine klare Arbeitszeitregelung , max. 14 Tage durchgehende Arbeitszeit Oftmals abhängig vom Zustand der Pflegebedürftigen Person und von Aushandlungen mit Agentur
<i>Urlaub</i>	
5 Wochen bezahlter Urlaub pro vollem Arbeitsjahr	kein Anspruch auf bezahlten Urlaub
<i>Fehler in der Berufsausübung</i>	
Bei Haftungsfragen kommt das DHG (DienstnehmerInnenhaftpflichtgesetz) zur Anwendung	volle Haftung der selbstständigen PersonenbetreuerInnen für Fehler in der Berufsausübung
Förderung (bis 2500 Euro Nettoeinkommen, Bezug Pflegegeldstufe 3 oder Demenzerkrankung, Basisausbildung + Steuerabsetzbarkeit der 24 Stunden Betreuung als außergewöhnliche Belastung ohne Selbstbehalt (von Bemessungsgrundlage abgezogen))	
1.100 € monatlich bei zwei unselbstständigen Betreuungskräften	550 € monatlich bei zwei selbstständigen BetreuerInnen

Zum Vergleich Einstiegsgehälter für AltenbetreuerInnen liegen bei 1740 – 1940 Euro Brutto.

Die durchschnittlichen **Kosten für die 24-h-Betreuung** belaufen sich für einen Haushalt zwischen 1600 und 1800 Euro/Monat. Außerdem muss ausreichend großer **Wohnraum** für die BetreuerIn zur Verfügung gestellt werden.

In den meisten Fällen (ca. 80%) wird die 24-h-Betreuung in einem Rotationssystem organisiert: 14 Tage kommt die eine, 14 Tage kommt die andere BetreuerIn. Sowohl das Hausbetreuungsgesetz als auch die Förderungskriterien richten sich genau nach diesem „etablierten“ Organisationsmodell.

Die **Vermittlung** der 24-h-Betreuung erfolgt über Vereine oder Agenturen, über private Netzwerke durch ÄrztInnen, andere Pflegerinnen oder Kontakte über Familien. Für professionelle Vermittlungsaktivitäten muss eine Gebühr bezahlt werden. Die Anzahl dieser vor al-

lem transnational tätigen Agenturen nahm seit der Legalisierung der 24-h-Betreuung in hohem Ausmaß zu. Die Personenbetreuerin selbst wird jedoch in den meisten Fällen von ihrem direkten Arbeitgeber/Klienten – also der pflegebedürftigen Person, bzw. ihren Angehörigen bezahlt.

Wenn eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung (und nur dann!) in Anspruch genommen wird, gibt es **Qualifikationserfordernisse** an die Tätigkeit: Es werden 168 Stunden Grundschulung oder eine mind. 6 monatige Berufspraxis als Personenbetreuerin verlangt.

Über die tatsächliche Qualifizierung der der 24-Stunden-BetreuerInnen gibt es widersprüchliche Angaben. Wie oben schon erwähnt herrscht einerseits eine Unterqualifizierung: It. Agenturen haben 50% keine fachspezifische Ausbildung, andererseits eine fachspezifische Überqualifizierung: 25% sind als KrankenpflegerInnen ausgebildet (Bachinger 2010)

6) 24-Stunden-Betreuung: informelle Regelungen und notwendige Abgrenzungen

In den meisten Fällen sind die Beschäftigungen in der informellen Pflege relativ stabil. Insbesondere von der Perspektive des Arbeitgebers ist es wichtig, mit 1-2 PflegerInnen eine vertrauensvolle Basis zu finden. Die PflegerInnen selbst beenden das Arbeitsverhältnis, wenn die Arbeitsbedingungen aufgrund der Nähe, Kontrolle und Eingesperrtheit nicht mehr zu ertragen sind – oder wenn der/die gepflegte Person stirbt bzw. in institutionelle Pflege wechselt. Die Unsicherheit und Irregularität des Arbeitsalltags ist ebenfalls abhängig vom gesundheitlichen Zustand der betreuten Person und der Rolle, die Verwandte in der Organisation der Pflegearbeit einnehmen.

Gleichzeitig haben Untersuchungen über die „Pflege und Betreuung daheim“ in informellen Arrangements gezeigt, dass **Willkür, Moral** und **Affektivität** als wesentliche Faktoren der Arbeitsbeziehungen zwischen ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen gelten. Daraus ergibt sich für die/den ArbeitnehmerIn eine Position, in der es wenig Platz für Rechte und aufgrund des vereinzelt Arbeitsplatzes wenig Platz für kollektive Organisation gibt. Individuelle Aushandlungen mit dem Arbeitgeber über Arbeitszeit oder Entlohnung oder andere Arbeitsbedingungen sind die Regel. Die Legalisierung der 24-h-Betreuung hat daran wenig geändert. Zwar können MigrantInnen dieser Tätigkeit mittlerweile formell nachgehen, jedoch sind durch das „ungeregelte Regelwerk“ keine Mindestanforderungen an Arbeitszeit oder Entlohnung vorgesehen, wenn die 24-h-Betreuung als selbständige Tätigkeit durchgeführt wird.

Arbeit in Privathaushalten bedeutet oftmals eine **Vermischung von Arbeits- und Nicht-Arbeitszeit, von Beruflichem und Privatem**. (vgl. Haidinger 2010 für den folgenden Abschnitt)

Erstens sind Aufgabenbereiche nicht klar definiert: MigrantInnen, die in der unregulierten Pflege bzw. Betreuung arbeiten, müssen den Haushalt erledigen, die medizinische Versorgung der Patientin übernehmen als auch das Sozialleben der Patient/in gestalten. Eine Pflegerin beschrieb ihre Tätigkeit folgendermaßen:

„Wir sind nicht nur Pflegerinnen ... Oft muss man auch Friseurin sein - die Haare schneiden, föhnen usw.; Putzfrau - die Wäsche, das Bügeln, aufräumen, auch einkaufen; Köchin, man muss manchmal sehr kreativ dabei sein; Therapeutin, die Übungen mit den Patienten machen; Gärtnerin, wenn diese Leute Garten haben; Kellnerin, wenn Besuch kommt; Kindermädchen - sich um Kinder der Verwandten kümmern.“

Eigentlich ist die Aufgabe der PflegerInnen beschränkt auf die Versorgung des/ der Patienten/in, oftmals jedoch werden sie aufgefordert auch andere Tätigkeiten zu verrichten und beispielsweise den Haushalt von und die Essenszubereitung für Verwandte zu erledigen. Eine Interviewpartnerin wurde dazu angehalten nicht nur den Haushalt der pflegebedürftigen Frau zu putzen, sondern auch der Tochter und des Sohns: Wäsche waschen, Gartenarbeit, Katzenbetreuung, Wechseln der Bettwäsche alle 4(!) Tage. Die Rolle der Angehörigen wird

in vielen Fällen als eher belastend als entlastend wahrgenommen: nicht nur die zusätzlichen Arbeitsaufgaben auch die ständige Kontrolle, ob die PflegerInnen ihre Arbeit „korrekt“ abwickeln, wird als demütigend empfunden.

Gleichzeitig ist *zweitens* die Arbeitszeit unendlich: Wenn man 24 Stunden verfügbar sein muss, wann darf man sich eine Erholungspause gönnen? Auch während der Nacht müssen die PflegerInnen abrufbereit sein, denn die Patient/in kann jederzeit aufwachen und Hilfe benötigen. Die Intensität der Arbeit wird als extreme mentale und physische Belastung empfunden. Die PflegerInnen müssen die PatientInnen nicht nur waschen, anziehen, füttern und eincremen, sondern manchmal auch herumtragen, wenn die/der PatientIn selbst nicht mehr gehen kann und es verlangt oder von den Verwandten verlangt wird. Der gesamte Tagesablauf ist nach den Bedürfnissen des/der PatientenIn strukturiert. Es gibt keine Privatsphäre, keinen abgegrenzten Raum für den/die PflegerIn. Wenn der/die PatientIn wegen Bettlägerigkeit nicht außer Haus gehen kann oder der mentale bzw. körperliche Zustand der PatientIn permanente Aufsicht erfordert, darf der/die PflegerIn nicht einmal das Haus verlassen. Der körperliche und mentale Zustand der PatientIn hat sehr große Auswirkungen auf die Bewegungsmöglichkeiten des/der BetreuerIn innerhalb und außerhalb des Hauses. Ein Symptom von Demenzerkrankungen ist die personenzentrierte Anhänglichkeit, welche zusätzlich durch die Rund-um-die-Uhr-Betreuungsform gefördert wird. Die Anhänglichkeit ihrer PatientInnen und die dauernde Aufsichtspflicht führen dazu, dass die PflegerInnen ihre Arbeitssituation „wie im Gefängnis“ beschreiben. Permanente Verfügbarkeit der einen Person, des/der einen PflegerIn, wird zu einem immanenten Bestandteil des Arbeitsverhältnisses.

Drittens erfordert die 24-Stunden-Pflege ein außerordentlich hohes Ausmaß an Emotionsarbeit. Diese beinhaltet das Zeigen oder Unterdrücken von Gefühlen, um den eigenen Gefühlsausdruck an die situativen Anforderungen der Interaktion mit der/dem PatientIn anzupassen und um tatsächlich empfundene Gefühle aktiv zu beeinflussen. Durch emotionale Arbeit wird die (mögliche) Diskrepanz zwischen tatsächlichen („authentischen“) Gefühlen und (von PatientInnen, Angehörigen, gesellschaftlichen oder professionellen Normen) erwarteten Gefühlen reguliert. Die Unmöglichkeit dem Verhalten des/der Patient/in zu entkommen, die Schwierigkeit sich in einem gemeinsamen Haushalt momentan zurückziehen zu können oder andere Personen um Unterstützung bitten zu können, können zu nicht-bewältigbarer Emotionsarbeit führen und einen enormen Leidensdruck für die BetreuerInnen schaffen. Die Grenze zwischen der eigenen Person, ihren authentischen Gefühlen und der PflegerIn, die eine komplexe interaktive Situation professionell handhaben soll, bricht zusammen. Kommodifizierte Emotionsarbeit im räumlichen Setting Privathaushalt und im individualisierten personellen Setting PatientIn – PflegerIn kann zu frustrierten und als schikanös empfundenen Verhältnissen zwischen den Beteiligten führen, nicht zuletzt weil Emotionsarbeit in diesem Setting schwer zu vereinbaren ist mit ihrer Kommodifizierung und dem zugrunde liegenden hierarchischen ArbeitgeberIn – ArbeitnehmerIn Verhältnis. Eine Interviewpartnerin beschreibt ihren Umgang mit Emotionsarbeit in ihrem Arbeitsalltag:

„Ja, die ist momentan so verwirrt, diese Patientin. Sie kennt sich weder am Klo aus, sitzt eine $\frac{3}{4}$ Stunde am Klo und weiß nicht, wie sie sich abwischen soll, z. B., ja. Und jetzt das Neueste ist, ob sie wieder ausgeschaltet hat. Dann steht sie 15 Minuten vor dem Schalter, ja, 1 oder 2, ja, sagt sie immer. Das kann sie sagen, ist das Ein- oder Ausschalten. Ja, da muss ich 20 mal nachschauen gehen immer, ja, weil das will sie haben. Das sind solche Kleinigkeiten, ja. Und die ganze Zeit, egal was ich tue in der Wohnung, 10 Jahre bin ich wie unter einer Lupe. Sie steht hinter mir, sie läuft mir überall nach. Ich kann weder aufs Klo gehen, dass ich...dass ich 2 Minuten Ruhe hätte, da macht sie mir 3 mal die Tür auf. Sie...sie...psychisch macht sie mich fertig. Was wirst du jetzt machen? Dann sage ich es ihr ... Und dann, wenn sie mich zum 50sten Mal gefragt hat, was ich tue... Da sage ich dann: „Nix mehr“. „Nix mehr? Wieso? Fragt sie dann“ (lachen).

7) Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen sollen aus verschiedenen Perspektiven erfolgen: aus einer institutionellen Perspektive, aus einer gewerkschaftlichen/ ArbeitnehmerInnenvertretungsperspektive und drittens aus der Warte der MigrantInnen, die diese Form der Betreuung und Pflege tatsächlich leisten.

Kontroversen um Cash vs. Service

Die „Legalisierung“ ist auf den ersten Blick ein politischer Erfolg: Es gab sehr hohe Take-up Raten, was bedeutet, dass das Angebot das Betreuungsverhältnis auf legale Beine zu stellen in hohem Maße angenommen wurde.

Einzuschränken ist, dass diese bestimmte Form der Regulierung nur für einen eingeschränkten Personenkreis, nämlich Personen mit **sehr hohem Betreuungsbedarf** in Frage kommt, die noch dazu in eher **mittel- bis höheren Einkommensstufen** anzusiedeln sind.

Als *Tendenz* dieser politischen Stossrichtung **lässt sich eine Stärkung** des existierenden **cash-for-care** Systems bzw. des „Agenturen Service Systems“, in denen der Markt eine wesentliche Rolle bei der Allokation von Pflegekräften eine Rolle spielt, erkennen. Einerseits wird hierbei das Pflegegeld selbst, aber auch die Förderung für den Zukauf privat erbrachter Pflege- und Versorgungsleistungen verwendet. Gleichzeitig – quasi als Gegentendenz – hat die Sozialpolitik durch die Einführung des Pflegefonds im Jahr 2011 eine wesentliche Weichenstellung für den Ausbau von Pflegedienstleistungen gesetzt, die vor allem von NPOs erbracht werden. Beide Anstrengungen weisen auf eine Förderung der Pflege *zu Hause* hin – möglicherweise auf Kosten der außerhäuslichen institutionellen Betreuung.

Die Legalisierung der 24-h-Betreuung macht früher **informell und unbezahlt erbrachte familiäre Betreuungsarbeit** sichtbar und könnte eine zunehmende Kommodifizierung, Professionalisierung und finanzielle Vergütung von Pflegearbeit bedeuten. *ABER* die konkrete Ausgestaltung der Regularisierung der 24-Stunden-Betreuung implizierte eine **Verstetigung von prekären Arbeitsverhältnissen** im Pflegebereich. Der Zugang zu Arbeitsrechten, Löhne/Verdienst, Arbeitsbedingungen (insb. Arbeitszeitregelungen) wurde durch die Regularisierung **nicht notwendigerweise verbessert**. Die Befürchtung besteht, dass diese Regelung eine „**Vorreiter**“-rolle einnimmt, weiteres **Downgrading von Beschäftigungsverhältnissen** im Pflegebereich voranzutreiben unter dem Vorwand von steigenden Kostenargumenten. Und das angesichts der Tatsache, dass Pflegeberufe bereits jetzt zu den schlechtest bezahlten Berufen gehören. Diese festgeschriebene Verschlechterung könnte eine Unterminierung bestehender **“Qualität der Arbeitsbedingungen”** im Pflegebereich als auch eine Unterminierung der Qualität der Pflege selbst zur Folge haben. Darüber hinaus sind vor allem **MigrantInnen** als HausbetreuerInnen tätig: die ohnehin schon stark ausgeprägte ethnische und geschlechtliche Segmentierung des österreichischen Arbeitsmarkts wird zusätzlich befördert.

Am Grundproblem, nämlich dem zu wenig öffentlich dotierten Angebot an Pflege und Betreuung für Pflegebedürftige UND den zu geringen öffentlichen Investitionen in Zeiten vermeintlicher Konsolidierungsnotwendigkeiten, ändert sich durch diese neue Regelung nichts.

Perspektive AN Vertretung/Gewerkschaften

Gewerkschaften waren bis dato eher reserviert, was die Adressierung der spezifischen Problemen von (undokumentierten) MigrantInnen am Arbeitsplatz/in der Pflege angeht: Sie wurden als Konkurrenz/“LohndumperInnen“, Opfer sklavenähnlicher Zustände“ oder gar als inkompetente und potentiell gesundheitsgefährdend bei der Ausführung ihrer Tätigkeit dargestellt statt als KollegInnen und zu vertretende gewerkschaftliches Klientel erkannt.

Alle diese Behauptungen müssen in der Praxis des Arbeitsalltags der Pflege freilich in einem anderen Licht gesehen werden, **aber diese „andere“ Perspektive, nämlich jene der betroffenen Migrantinnen selbst**, fehlt oftmals in der Analyse der Gewerkschaft.

Die Kompetenz von Migrantinnen in jenen informierten Arbeitsverhältnissen kann einerseits aus ihrer tatsächlichen – wenn auch in Österreich nicht anerkannten – Ausbildung an ihrem Herkunftsort resultieren, andererseits aus ihrer jahrelangen intensiven (nämlich 24-Stunden) Praxis an ihrem bis dato nicht-erkannten Arbeitsplatz. Die Konstruktion von Migrantinnen als Opfer spricht ihnen ihren Handlungsspielraum und ihre Entscheidungsfreiheit ab abzuwägen, welche Strategien des Lebens und Arbeitens sie in einer globalisierten Ökonomie anstreben. Und letztendlich ist das Problem des „Lohndumpings“ eines, das von der das Gesetz erdachten Regierung ausgeht, indem prekäre Beschäftigungsverhältnisse verstetigt wurden. Niedrigere Löhne (oder Honorare im Falle der selbständigen Beschäftigung) aus der Perspektive von MigrantInnen sind möglicherweise zu Beginn ihrer Karriere in Österreich ein Wettbewerbsvorteil und ein Kalkül, um – angesichts der vielfältigen Benachteiligungen und Diskriminierungen in der Arbeitswelt - hier Arbeit in bestimmten Branchen am Schnittpunkt informeller und formeller Ökonomie zu finden. Im Zeitverlauf ändert sich die Perspektive und MigrantInnen – sowie alle ArbeiterInnen – sind durchwegs an höheren Löhnen und fairen Arbeitsbedingungen interessiert. Um genau GEGEN langfristiges Lohndumping vorzugehen, wäre eine Unterstützung der Gewerkschaften von MigrantInnen in prekären Beschäftigungsverhältnissen notwendig, bestenfalls in **transnationaler Kooperation**.

Als positives Beispiel möchte ich die Initiative der Gewerkschaft vida in Zusammenarbeit mit Gewerkschaft Inter-PRO (Slowakei) anführen, die eine länderübergreifende Beratung und Unterstützung für unselbständige UND selbständige PersonenbetreuerInnen anbietet.

http://www.vida.at/servlet/ContentServer?pagename=S03/Page/Index&n=S03_17.a&cid=1312798625524)

Perspektive MigrantInnen

Von vielen MigrantInnen in der häuslichen Pflege wird ihre aktuelle arbeitsrechtliche Situation, die „unregulierte“ Beschäftigung als Pflegerin in privaten Haushalten, als eine lebensbedingte Übergangsphase gesehen. Eine sozialversicherte Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialbereich wird durchaus angestrebt. Der Beruf „HausbetreuerIn“ wird als „Stepping stone“/ Durchgangsstation, Einstieg und Zugang zu anderen Bereichen des Pflegesektors wahrgenommen, die bessere Arbeitsbedingungen (inkl. Betriebsrätliche Mitbestimmung und kollektive Aushandlung von Arbeitsbedingungen) bieten.

Gerade bei der Vermittlung und Rekrutierung von Arbeitsstellen sollte die Selbstorganisation von Migrantinnen in der häuslichen Pflege veröffentlicht, anerkannt und gefördert werden, da Frauen, die Erfahrungen mit Agenturen und Vereinen hatten, diese Zusammenarbeit oft als Abhängigkeit oder gar Ausbeutung empfanden und sich meist von den Agenturen unzureichend betreut fühlten.

Auf institutioneller Ebene wären Informationskampagnen, die PflegerInnen in ihrer Muttersprache über die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen, sozialen und beruflichen Rechte informieren, notwendig sowie die Regelung binationaler Versicherungsleistungen und die (unkompliziertere) Anerkennung von Qualifikationen, die im Ausland erworben wurden.

„Gute Arbeitsstellen“ in der häuslichen Pflege implizieren - abgesehen von der höheren Bezahlung – auch selbst bestimmtes Arbeiten und Entscheiden ohne die Einmischung von Familienangehörigen, das Recht auf Nachtruhe, Freizeit und Pausen sowie die Definierung von Aufgabenbereichen, Arbeitsabläufen sowie von Ruhe-, Bereitschafts- und Arbeitszeiten. Ein meiner Meinung nach wesentlicher Aspekt „guter Arbeit“ in der häuslichen Pflege wäre es der Vereinzelung von ArbeitnehmerInnen in diesem emotionsgeladenen Mikrokosmos des zuhause kollektive Ideen und Strategien der Arbeitsorganisation entgegenzusetzen, um die

kommodifizierte Privatheit in der Beziehung zwischen PflegerIn und PatientIn aufzuheben und diese gesellschaftlich notwendige Arbeit sichtbarer anzuerkennen.

Weiterführende Literatur

Bachinger, Almut (2009): Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt, zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden Pflege. Dissertation, Universität Wien.

Bettio, Francesca/ Alina Verashchagina (2010): Elderly care in Europe. Provisions and providers in 33 countries, EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE).

Bettio, Francesca/ Simonazzi, Annamaria/Villa, P. (2006): Change in care regimes and female migration: the 'care-drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16, 3, S. 271-85.

Haidinger, Bettina (2010): „Was sind schon 1000 Euro für 24 Stunden ohne Freizeit und Freiheit?“ Undokumentierte Arbeitsverhältnisse von Migrantinnen in der häuslichen Pflege, in: Appelt, Erna/Heidegger, Maria/Preglau, Max/Wolf, Maria A. (HglInnen): *Who Cares? Pflege und Betreuung in Österreich – eine geschlechterkritische Perspektive*, Studienverlag, Innsbruck-Wien-Bozen

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja, Glatz, Astrid, Metzler, Birgit (2010): „Zwei mal „Bitte“, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft schon“. Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften, in *SWS- Rundschau* 50, 3, S. 340-356

Mühlberger, Ulrike/Knittler, Käthe/Guger, Alois (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Rupp, Bernhard/ Schmid, Tom (2008): Die Förderung nach §21b BPGG. Erste Ergebnisse einer Evaluierung, SFS

Schneider, Ulrike/Österle, August,/Schober, Christian/Schober, Doris (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstrukturen und Finanzierung: Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien

Simonazzi, Annamaria (2009): Care regimes and national employment models. in: *Cambridge Journal of Economics*, 33, S. 211-232