

# Care-Arbeit unter Druck

Ein gutes Leben  
für Hochaltrige  
braucht Raum

Kurzfassung und  
Empfehlungen

**Elisabeth Ryter und  
Marie-Louise Barben**  
Bern, 2015

Herausgeberin  
Manifestgruppe der GrossmütterRevolution

**grossmütter  
manifest**

Impressum

**Care-Arbeit unter Druck**

Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum  
Kurzfassung und Empfehlungen

Herausgeberin: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution  
Die GrossmütterRevolution ist ein Projekt des Migros-Kulturprozent  
[www.grossmuetter.ch](http://www.grossmuetter.ch)

Diese Broschüre basiert auf der Studie:  
Elisabeth RYTER, Marie-Louise BARBEN (2015):

**Care-Arbeit unter Druck**

Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum

Die vollständige Studie und die Kurzfassung können heruntergeladen werden unter  
[www.grossmuetter.ch](http://www.grossmuetter.ch)

oder bestellt werden bei:

GrossmütterRevolution  
c/o KAITO  
Güterstrasse 141  
4053 Basel  
T +41 61 361 41 41

Mit Förderung des **MIGROS**  
kulturprozent

## Hochaltrigkeit – wir bleiben dran!

Im Mai 2012 publizierte die Manifestgruppe der GrossmütterRevolution die Literaturstudie «Das vierte Lebensalter ist weiblich».<sup>1</sup> Das vierte Lebensalter ist jene Lebensphase, in welcher alte Menschen ihren Alltag nicht oder nicht mehr vollständig ohne fremde Hilfe bewältigen können. Die Studie trägt Zahlen und Fakten zur wirtschaftlichen und sozialen Lage von Frauen im hohen Alter zusammen. Und sie weist auf den Brennpunkt Langzeitpflege hin: Im ambulanten wie im stationären Bereich sind sowohl die hochaltrigen Menschen wie auch die professionellen Mitarbeitenden und die pflegenden Angehörigen grösstenteils Frauen.

Die Zunahme der Gruppe der Hochaltrigen ist, das wollen wir festhalten, eine positive Folge unserer Wohlstandsgesellschaft. Wir stehen vor einer neuen Situation und damit vor einer neuen gesellschaftlichen Herausforderung.

In diesem Bericht befassen wir uns erneut mit dem hohen Alter und fragen:

Welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit Lebensqualität und Lebenssinn im hohen Alter erhalten werden können? Wie soll eine Gesellschaft mit einem grossen Anteil an Hochaltrigen gestaltet werden? Wie ist ein gutes Leben im hohen Alter möglich, auch dann, wenn der Mensch bedürftig geworden ist?

<sup>1</sup> [www.grossmuetterrevolution.ch/projekte/grossmuettermanifest](http://www.grossmuetterrevolution.ch/projekte/grossmuettermanifest)

### **Was ist ein gutes Leben im hohen Alter?**

Ein gutes Leben im hohen Alter betrifft nicht nur die Hochaltrigen selbst, sondern auch ihr näheres und weiteres Umfeld – die Familienangehörigen, Freunde, Nachbarinnen – sowie die Berufstätigen aller Stufen im ambulanten und stationären Bereich. Ein gutes Leben im hohen Alter bedeutet, dass das Wohlbefinden der Hochaltrigen im Vordergrund steht, die Berufstätigen gute Arbeit leisten können und das Umfeld den Anforderungen gewachsen ist.

### **Zwei Schwerpunkte**

Der Bericht beschränkt sich auf zwei Hauptthemen:

- **Pflege und Betreuung:** Wer benötigt sie? Wer leistet sie? Wer bezahlt sie? Und wie steht es mit der Qualität?
- **Care:** Was bedeutet Care und Care-Arbeit? Welche Auswirkungen hätte der Ansatz Care-Arbeit auf die Praxis?

Der Bericht basiert auf Zahlen, Fakten und der einschlägigen Literatur einerseits, auf Interviews mit Fachpersonen aus Forschung und Praxis andererseits.

### **Pflege und Betreuung: ambulant und stationär**

Erst ab 90 und zunehmend ab 95 Jahren leben Menschen mehrheitlich im Heim. Frauen sind anteilmässig stärker vertreten als Männer. Gesamtschweizerisch stehen in Alters- und Pflegeheimen rund 93'000 Plätze zur Verfügung. Das sind durchschnittlich 68 Plätze auf tausend EinwohnerInnen über 65 Jahren. Das Angebot ist je nach Kanton sehr unterschiedlich.

Auch wer im Alter im privaten Haushalt lebt, ist oft auf Hilfe angewiesen, zum einen auf die informelle Hilfe von Angehörigen oder Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld, zum anderen auf die Versorgung durch professionelle ambulante Pflegedienste. Es werden viel mehr betagte Personen zu Hause gepflegt und betreut als in Institutionen. Das Postulat ambulant vor stationär ist also erfüllt. Ob es in jedem Fall sinnvoll ist, ist eine andere Frage.

### **Pflegefinanzierung 1: wer zahlt?**

Seit dem 1. Januar 2011 ist die Pflegefinanzierung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) neu geregelt. Welche Veränderungen hat sie gebracht? An der Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, sind auch die LeistungsempfängerInnen sowie die öffentliche Hand beteiligt. Die Beiträge, welche den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden, sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) abschliessend geregelt. Der maximale Tagesansatz, den die Versicherten an die Pflegekosten leisten müssen – zusätzlich zum Selbstbehalt und zur Franchise – ist plafoniert. Auch die Stunden- bzw. Tagesansätze, welche die Krankenkassen an die ambulante und die stationäre Pflege leisten, sind fixiert und mit Zeiteinheiten hinterlegt. Die Einzelheiten werden durch die Kantone geregelt, was dazu führt, dass die Versicherten nicht überall gleich viel bezahlen.

Trotz Prämienverbilligungen, die von älteren Personen überproportional in Anspruch genommen werden müssen, kann das vom Bundesrat formulierte Ziel, wonach die Krankenkassenbeiträge einen Haushalt höchstens mit 8 Prozent des steuerbaren Einkommens belasten sollten, nicht erreicht werden.

### **Pflegefinanzierung 2: was wird bezahlt?**

In der Krankenpflege-Leistungsverordnung ist festgelegt, welche Leistungen von den Kassen übernommen werden. Es handelt sich dabei um Leistungen, die ärztlich verschrieben und von Pflegefachleuten erbracht werden. Betreuungsleistungen sind nicht aufgeführt und werden folglich auch nicht übernommen. Sie erscheinen als eine nicht definierte Restgrösse. Faktisch umfasst die Betreuung ein breites Spektrum, das von pflegenahen Handreichungen bis hin zu hauswirtschaftlichen und sozialen Kontakten reicht. Ein Grossteil der Betreuung wird von Angehörigen, vom sozialen Umfeld und von Freiwilligen geleistet.

### **Pflegefinanzierung 3: Demenzkranke brauchen viel Betreuung**

In der Schweiz lebten 2013 rund 113'000 Menschen mit einer Demenzerkrankung. 8 Prozent der über 65-Jährigen und über 30 Prozent der über 90-Jährigen sind davon betroffen. Rund die Hälfte der PatientInnen lebt in einem privaten Haushalt, die andere Hälfte in einem Alters- oder Pflegeheim. In den Heimen machen die Demenzkranken rund 50 Prozent der BewohnerInnen aus. Demenz kommt die Institutionen sowie die Betroffenen und ihr Umfeld teuer zu stehen. Die Leistungen nach KVG sind nicht ausreichend. Es fehlen finanzielle Mittel sowie genügend Pflege- und Betreuungspersonal. In den frühen Stadien der Krankheit benötigen die PatientInnen vor allem Betreuung, die durch die Krankenkassen nicht übernommen wird.

Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren benennt die prioritären Handlungsfelder und schlägt eine Vielzahl von Projektideen vor, lässt aber die Umsetzung offen.

### **Lebensqualität – Pflegequalität: was ist messbar?**

Als Massstab für ein gutes Leben gilt die Lebensqualität. Sie bezieht sich auf alle wichtigen Lebensbereiche – Berufsleben, Gesundheit, Wohnen, soziale Integration, Freizeit – und ist weitgehend altersunabhängig. Bestimmte Werte erhalten durch den Prozess des Älterwerdens jedoch ein anderes Gewicht. Dies gilt ganz besonders für das vierte Lebensalter. Werte wie Autonomie, in Würde leben oder sozial gut eingebettet sein erhalten eine neue Bedeutung und die Qualität von Pflege und Betreuung tritt in den Vordergrund. Wie steht es um die Qualität der Leistungen, die durch Professionelle erbracht werden? Die zu erbringenden Leistungen orientieren sich nicht nur am Wohlbefinden der PatientInnen, sondern ebenso sehr an den Kosten.

Am Bewusstsein, dass Qualitätssicherung in der Pflege notwendig ist, fehlt es nicht. Allerdings wird gemessen, was eben messbar ist und messbare Daten geben nicht notwendigerweise Auskunft über die Lebensqualität der betreuten und gepflegten Personen. Ein gutes Leben geht nicht restlos in messbaren Daten auf.

### **Care-Arbeit in der Krise?**

#### **Was ist Care-Arbeit?**

Care-Arbeit lässt sich definieren als jede personennahe fürsorgende Dienstleistung, die sowohl bezahlt als auch unbezahlt erfolgen kann. Nähere Kriterien der Sorgearbeit sind, dass sie erstens durch eine gewisse Asymmetrie, also ein Abhängigkeitsverhältnis von EmpfängerInnen gegenüber ErbringerInnen der Dienstleistung gekennzeichnet ist, und zweitens eine emotionale Komponente sowie die aufgewendete Zeit als Teil der Tätigkeit selbst gelten. Das heisst: Care-Arbeit unter-

scheidet sich von anderen Tätigkeiten insbesondere auch durch ihre Zeitstruktur: Sie ist nur beschränkt rationalisierbar.

### **Wer leistet Care-Arbeit heute?**

Jahr für Jahr werden in der Schweiz unzählige Stunden an unbezahlter Arbeit geleistet. Im Jahre 2010 waren es laut Bundesamt für Statistik total 8.2 Milliarden. Es handelt sich um Hausarbeiten aller Art, um Betreuung und Pflege von Kindern und Erwachsenen und um formelle und informelle Freiwilligenarbeit. Frauen leisten ca. 5.2, Männer ca. 3 Milliarden Stunden. Auch im Gesundheitsbereich sind die Beschäftigten in der Mehrheit Frauen. Im Jahr 2012 betrug ihr Anteil am Personal der Pflegeheime 84 Prozent.

### **Care-Krise 1: Wer leistet Care-Arbeit in Zukunft?**

Immer mehr Frauen sind berufstätig. Die Erwerbsquote der Frauen bewegt sich seit einigen Jahren um die 80 Prozent und nähert sich derjenigen der Männer an. Allerdings mit einem gewichtigen Unterschied: Nahezu 60 Prozent der Frauen arbeiten Teilzeit; das führt dazu, dass nur 38 Prozent der Erwerbsarbeitsstunden von Frauen geleistet werden. Das hat vor allem mit der Situation bezüglich der familienexternen Kinderbetreuung zu tun. Obschon sich in den letzten Jahren einiges getan hat, gibt es immer noch nicht ausreichend Kita-Plätze und Tagesschulen. Gleichzeitig nimmt in der Bevölkerung der Anteil älterer Menschen zu, die früher oder später auf Pflege und Betreuung angewiesen sein werden, unter ihnen eine wachsende Zahl von Alleinstehenden, die nicht mit familiärer Unterstützung rechnen können. Aber auch die Angehörigenpflege muss überdacht werden. Nachdem die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sich lange auf die Betreuung von Kindern beschränkte, wird in den letzten Jahren auch

die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf thematisiert. Hier kommt hinzu, dass ältere Angehörige, anders als Kinder, meist nicht im gleichen Haushalt, sondern in einer andern Gemeinde oder Landesgegend zuhause sind. Frauen übernehmen zwar nach wie vor einen grossen Teil der unbezahlten Care-Arbeit, sie werden jedoch in Zukunft nicht mehr im gleichen Ausmass zur Verfügung stehen wie bisher.

### **Care-Krise 2: Versorgungslücken**

Personen mit ausländischem Pass stellen seit einigen Jahren einen wesentlichen Anteil des Personals in Gesundheits- und Pflegeberufen. Gemäss Betriebszählung 2008 betrug ihr Anteil rund einen Viertel. Die Schweiz bildet zu wenig Fachkräfte aus und ist deshalb zunehmend auf die internationale Rekrutierung angewiesen. Die Ausländerinnen und Ausländer tragen wesentlich dazu bei, den in den letzten Jahren überdurchschnittlich gewachsenen Bedarf in den Gesundheits- und Pflegeberufen abzudecken. Die Umsetzung der Initiative «Gegen Masseneinwanderung» vom Februar 2014 wird die Lage zusätzlich verschärfen. Und schliesslich fehlen die Berufsleute in ihren Herkunftsländern, wo sie ausgebildet wurden, auch als Arbeitskräfte oder als Familienmitglieder, die ihrerseits Angehörige haben, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

Immer öfter werden Versorgungslücken im privaten Bereich mit sogenannten Care-Migrantinnen gestopft. Diese Frauen stammen mehrheitlich aus Osteuropa und übernehmen in privaten Haushalten die Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen. Genaue Zahlen zu diesem Phänomen sind nicht erhältlich. Das liegt nicht zuletzt daran, dass ein Teil dieser Frauen schwarz arbeitet. Nicht korrekte Arbeitsbedingungen sind vermutlich eher die Regel als die Ausnahme, d.h. tiefe Löhne, kein

Anschluss an die Sozialversicherungen, unregelmäßige Arbeitszeiten etc.. Zudem werden den Care-Migrantinnen manchmal auch Pflegearbeiten übertragen, die nach schweizerischem Recht eine Berufsbewilligung brauchen.

### **Care-Krise 3: Care-Arbeit ausgeblendet**

Die Ausgaben für Sozialversicherungen sind im Laufe des 20. Jahrhunderts massiv gestiegen. Hintergrund dafür ist der Auf- und Ausbau der sozialen Sicherheit. Im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten geschah dies in der Schweiz mit einiger Verzögerung. Care-Arbeit ist aus dem System der sozialen Sicherheit weitgehend ausgeblendet. Der Gesetzgeber ging davon aus, dass sie zu einem grossen Teil im privaten Rahmen von den Frauen erbracht werde. Dass den Frauen damit eine eigenständige soziale Absicherung entgeht, wurde insofern hingenommen, als die Sozialversicherungen und die berufliche Vorsorge weitgehend an das Erwerbseinkommen gebunden sind.

### **Wo bleibt der Soidaritätsgedanke?**

Seit den 1990er Jahren wird das Wohlfahrtssystem zunehmend ab- oder zumindest umgebaut. Nicht mehr der Solidaritätsgedanke steht im Vordergrund, sondern der einzelne Mensch: ein unabhängiges Individuum im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte, welches die Wahl hat, in der freien Warenwelt zu tun und zu lassen, sich zu bewegen und zu entscheiden, wie es ihm beliebt. Dieses aus der neoklassischen Wirtschaftstheorie abgeleitete Modell ist mit Care-Arbeit schlecht vereinbar. Denn Care-Leistende und Care-Empfangende verbindet nicht in erster Linie ein Vertragsverhältnis unter Gleichgestellten, sondern ihre Beziehungen sind geprägt durch Asymmetrie

und Abhängigkeit. Das trifft auf die Pflege und Betreuung hochaltriger Menschen ganz besonders zu.

Gehören betreuungs- und pflegebedürftige Menschen zu denjenigen Bevölkerungsgruppen, deren Zahlungsfähigkeit beschränkt ist, interessiert weniger, was der Markt alles zu bieten hat, als was sie aus eigener Kraft oder mit Hilfe von Ergänzungsleistungen finanzieren können. Die gemeinnützige Spitex kümmert sich um sie, oder sie finden innert nützlicher Frist einen Platz in einem Pflegeheim. Spätestens mit der neuen Pflegefinanzierung wurden allerdings die kassenpflichtigen Leistungen normiert und zeitlich rationiert. Das heisst: Die Leistungen, welche die Krankenkassen im Bereich der Grundversicherung übernehmen, sind definiert und mit fixen Zeiteinheiten hinterlegt. Die Spitex-Dienste und die Pflegeheime sind gehalten, ihre Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen.

Die Finanzkräftigen unter den Betreuungs- und Pflegebedürftigen hingegen avancieren auf dem freien Markt zur umworbenen Kundschaft. Pflegerische und betreuerische Dienstleistungen sowie technische Hilfsmittel aller Art werden hier nach der Zahlungsfähigkeit der Kundschaft angeboten und verteilt wie jede andere Ware auch.

### **Veränderungen und Baustellen**

Dienstleistungen möglichst bedarfsorientiert und kostengünstig zu erbringen, ist auch für die im Rahmen des Projektes Interviewten<sup>2</sup> wichtig, jedoch nicht alles. Wie bewegen sie sich in dem schwierigen

<sup>2</sup> Fachpersonen aus der Forschung, Leitungspersonen aus Verbänden sowie von ambulanten und stationären Institutionen

Umfeld? Als wichtigste positive Veränderung der letzten Jahre bezeichnen sie die Professionalisierung und die Zunahme an Fachwissen auf verschiedensten Gebieten der Pflege und Betreuung. Die Kehrseite der Medaille sind der zunehmende Kostendruck und die administrative Mehrbelastung.

Die dringendsten Probleme ergeben sich für die AkteurInnen aus der das ganze Gesundheitswesen durchdringenden Ökonomisierung. Die Forderung, qualitativ gute Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen und lückenlos nachzuweisen, damit sie (von den Krankenkassen) angerechnet werden, setzt sie unter einen permanenten Druck. Darunter leiden die Pflegenden und Betreuenden selbst, indem sie abwägen müssen zwischen den von ihnen geforderten Leistungen und ihrem berufsethischen Verständnis. Für die PatientInnen und BewohnerInnen wirkt dieser Druck sich dahingehend aus, dass sie manchmal weniger Zeit und Aufmerksamkeit erhalten, als ihrem Wohlbefinden zuträglich wäre. Das ist für demenzkranke Menschen besonders einschneidend. Mit der neuen Pflegefinanzierung sind die Kosten für alle LeistungsempfängerInnen gestiegen. Auf diesem Hintergrund ist die Rekrutierung von genügend Personal mit den jeweils benötigten Qualifikationen zu einer Herausforderung geworden. Mehr Ausbildungs- und Praktikumsplätze für Berufslehre-AnwärterInnen und Anstrengungen, die Zahl der Studierenden auf der Tertiärstufe zu erhöhen, sind dringend notwendig. Das wird – besonders in der Langzeitpflege – nur möglich sein, wenn die Arbeitsbedingungen stimmen.

### **Care-Arbeit und Lebensqualität**

Lebensqualität im hohen Alter hat mit Würde und Autonomie zu tun. Und Autonomie hat verschiedene Dimensionen. Der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer unterscheidet deren vier: gefühlsmässige, geistige, körperliche und soziale Autonomie. Der Verlust in einem Bereich bedeutet nicht automatisch den Verlust in den anderen Bereichen. Es geht darum, als Individuum wahrgenommen zu werden und nach Massgabe seiner Möglichkeiten mitzugestalten, mitzureden und mitzuentcheiden.

Care-Arbeit unterscheidet sich unter anderem durch die Zeitstruktur von anderen Tätigkeiten. Sie ist nur beschränkt rationalisierbar. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat aber einen Rationalisierungsprozess beschleunigt, der nicht nur PatientInnen und HeimbewohnerInnen, sondern auch die Pflegenden in ein Zeitkorsett drängt, das den emotionalen Aspekten der Care-Arbeit oft nicht mehr gerecht werden kann.

## Empfehlungen

Auf dem Hintergrund des vorliegenden Berichts formuliert die Manifestgruppe der GrossmütterRevolution die folgenden sechs Empfehlungen zuhanden der EntscheidungsträgerInnen aller politischen Ebenen. Die Empfehlungen konzentrieren sich auf Probleme, die mit Care-Arbeit und Hochaltrigkeit in direktem Zusammenhang stehen.

### 1 Pflegefinanzierung: Nicht trennen, was zusammengehört

Die Trennung von Pflege und Betreuung ist auf dem Hintergrund der Lebens- und Pflegequalität zwingend zu überdenken.

*Die Trennung von Pflege und Betreuung bzw. die abschliessende Auflistung der Pflegehandlungen nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist nicht nur in der Praxis hoch umstritten. Sie entspricht weder einem zeitgemässen Pflegeverständnis, noch ist sie praxisnah. Die umfangreiche «Restgrösse» Betreuung fällt damit aus dem Raster, sowohl was die Qualitätskontrolle wie auch die Finanzierung durch die Krankenkassen betrifft. Care-Arbeit als ganzheitlicher Zugang zum Menschen enthält Pflege- und Betreuungsanteile, besonders letztere lassen sich nicht immer in ein starres Zeitkorsett zwängen. Care-Arbeit ist nur bedingt rationalisierbar. Die Diskussion um die Pflegefinanzierung darf nicht allein unter dem Aspekt der Kosten(reduktion) geführt werden.*

### 2 Ausreichende Zeitbudgets für Demenzkranke und Palliative Care

Besonders Demenzkranke und Menschen am Ende des Lebens brauchen ganzheitliche Pflege und Betreuung. Die Leistungen nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung sind zu überprüfen und dem

in der Praxis erforderlichen Bedarf realistisch anzupassen.

*Am Beispiel der Demenzkranken wird deutlich, dass die Trennung von Pflege und Betreuung, wie sie der Gesetzgeber in der Pflegefinanzierung vorgenommen hat, kaum den praktischen Gegebenheiten entspricht. Demenzkranke Menschen brauchen in den Anfangsstadien der Krankheit nicht unbedingt mehr Pflege, sondern mehr Betreuungszeit; vor allem dann, wenn ihre Selbständigkeit erhalten werden soll.*

*Hochaltrige Menschen sollen am Ende ihres Lebens Palliative Care beanspruchen können. Dabei stehen oft psychische und soziale Aspekte im Vordergrund, was eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Betreuenden erforderlich macht. Per 1. Januar 2012 wurde Artikel 7 KLV dahingehend ergänzt, dass Koordinationsleistungen von Pflegepersonen in komplexen Situationen verrechnet werden können, die Finanzierung ist jedoch sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich nach wie vor ungenügend.<sup>3</sup> Das Versorgungskonzept Palliative Care darf nicht an Finanzierungsfragen scheitern. Die KLV ist entsprechend zu ergänzen.*

### 3 Die Ergänzungsleistungen sichern

Die Ergänzungsleistungen müssen gesichert werden. Sie sind unabdingbarer Bestandteil der bisher erfolgreichen Alterspolitik und ermöglichen insbesondere Frauen mit kleinen Renten den Zugang zu einer guten Versorgung.

<sup>3</sup> Bundesamt für Gesundheit (2013a), S. 4ff.

Zurzeit sind rund 12 Prozent der AHV-BezügerInnen auf Ergänzungsleistungen (EL) angewiesen. Gemäss Bundesverfassung<sup>4</sup> richten Bund und Kantone diese Leistungen an Personen aus, deren Existenzbedarf durch die Rente und den Vermögensverzehr nicht abgedeckt ist. Die EL werden mit zunehmendem Alter immer wichtiger und verhindern weitgehend, dass aus RentnerInnen SozialhilfeempfängerInnen werden.

Gegenwärtig in Diskussion ist eine regional differenzierte Anhebung der Mietzinsmaxima. Geplant wird jedoch auch eine Gesamtrevision des EL-Gesetzes. Die Vernehmlassung dazu wird im Laufe des Jahres 2015 eröffnet. Der Bundesrat entspricht damit einem Anliegen, das vor allem von den Kantonen verfolgt wird. Sie tragen rund 70 Prozent der EL-Kosten und haben dementsprechend ein grosses Gewicht. Unter dem allgemein herrschenden Spardiktat ist nicht auszuschliessen, dass in der anstehenden Revision Kürzungen vorgeschlagen werden.<sup>5</sup> Das gilt es zu verhindern.

#### **4 Ambulante Versorgung nicht auf Pflege reduzieren**

Es braucht eine ausreichende öffentliche finanzielle Unterstützung von sozialen und hauswirtschaftlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung von Hochaltrigen.

*Im Alter so lange wie möglich zuhause bleiben – das ist es, was die alten Leute wollen und die Politik fordert: ambulant vor stationär. Aber ist es auch in jedem Fall sinnvoll? Das Leben im privaten Haushalt kann Alleinlebende sowie pflegende Angehörige oder das soziale Umfeld*

<sup>4</sup> Artikel 112a Absatz 1.

<sup>5</sup> Bundesrat (2013), S. 8.

*überfordern. Damit die Lebensqualität im privaten Haushalt gesichert bleibt, brauchen hochaltrige Personen nicht nur Pflegeleistungen, sondern auch soziale und hauswirtschaftliche Unterstützung zu angenehmen und allen zugänglichen Bedingungen. Dies ist zugleich ein «Frühwarnsystem»: Regelmässige Besuche von Professionellen verhindern Vereinsamung, Verwahrlosung oder Gewalt; ein Heimeintritt kann rechtzeitig eingeleitet werden. Wichtig sind eine hohe Durchlässigkeit und eine gute Zusammenarbeit zwischen professionellen und informellen Mitarbeitenden.*

#### **5 Ein Anreizsystem für die Langzeitpflege**

Damit die Langzeitpflege langfristig gesichert ist, braucht es gute Arbeitsbedingungen und gute Bezahlung. Nur so kann sie der Konkurrenz des Akutbereichs standhalten.

*Im Gesundheitsbereich herrscht ein Mangel an Fachkräften. Das gilt ganz besonders für die Langzeitpflege. Gute Arbeitsbedingungen und ein gutes Arbeitsklima sind für das Pflegepersonal ausschlaggebend. Es ist zu überlegen, ob und wie ein Anreizsystem für die Langzeitpflege, z.B. kürzere Arbeitszeiten, bezahlte Kita-Plätze, eine Lohnzulage, geschaffen werden könnte. Begründen lässt sich das damit, dass die Langzeitpflege sehr anspruchsvoll ist: Sie erfordert zum einen hohe pflegerische Kompetenzen bei der Versorgung von PatientInnen und BewohnerInnen, die an Mehrfacherkrankungen leiden, sowie hohe soziale Kompetenzen (z.B. Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten) im Umgang mit dem Umfeld der betreuten Personen. Langzeitpflegende müssen in der Lage sein, interdisziplinär zu arbeiten und die Angehörigen sowie die Bezugspersonen in das Pflege- und Betreuungskonzept miteinzubeziehen.*

## 6 Care-Migrantinnen legalisieren

In Privathaushalten arbeitende Care-Migrantinnen sollen zu korrekten Arbeitsbedingungen angestellt, auf ihre Aufgabe vorbereitet und über ihrer Rechte und Pflichten orientiert werden.

*Die Beschäftigung von sogenannten Care-Migrantinnen wird vor allem dann zu einem Problem, wenn ihre Arbeitsbedingungen nicht stimmen. Dazu gehören ein vertragsloser Zustand, unregelmäßige Arbeitszeiten, schlechte Bezahlung, ungenügende Sozialversicherungen, Ferienentschädigungen, Freizeitregelungen etc.. Ein weiteres Problem stellt sich, wenn Care-Migrantinnen Pflegehandlungen ausführen oder dazu angehalten werden, die von einer Fachperson erbracht werden müssen. Niederschwellige Anlaufstellen und Bildungsangebote könnten hier Abhilfe schaffen. Im November 2014 hat das Bundesparlament die ILO-Konvention 189<sup>6</sup> ratifiziert. Sie hält alle Punkte fest, die erfüllt sein müssen, damit Care-Migrantinnen in der Schweiz unter korrekten Bedingungen arbeiten können.<sup>7</sup> Die ILO-Konvention 189 enthält eine Handhabe, um dies zu überprüfen.*

<sup>6</sup> Internationale Arbeitskonferenz (2011). Übereinkommen 189 über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte.

<sup>7</sup> Konkrete Hinweise unter <https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/publikationen/care-migrantinnen.html> oder <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alter/care-migration>

