

„Migrant friendly Spitex“

Ambulante professionelle Pflege und Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten:

Eine explorative Untersuchung von Zugang und Nutzung im Hinblick auf eine allgemeine Verbesserung der Versorgung

Master-Thesis

Zur Erlangung des Masters of Public Health

im Rahmen des Weiterbildungsstudienganges Public Health

der Universitäten Basel, Bern und Zürich

Vorgelegt von

Rachel Jenkins von Basel (BS)

20. September 2013

Projektbegleitung: Dr. Corinna Bisegger,
Schweizerisches Rotes Kreuz,
Departement Gesundheit und Integration
Grundlagen und Entwicklung

Zusammenfassung

Ausgangslage: In den nächsten Jahren werden in der Schweiz grössere Gruppen von Migrantinnen und Migranten ein hohes Alter erreichen, in welchem sie vermehrt auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Um die ambulante pflegerische Versorgung dieser älteren Migrantinnen und Migranten zu gewährleisten, war es nötig, die Inanspruchnahme und mögliche Hürden in Zugang und Nutzung von Spitexleistungen zu untersuchen.

Zielsetzung: Die Absicht dieser Arbeit war, einen Beitrag zum besseren Verständnis der aktuellen Nutzung von Spitexleistungen durch ältere Migrantinnen und Migranten zu leisten, Hinweise auf mögliche Lücken in der Versorgung zu geben und Ansätze zur Anpassung der ambulanten Pflegedienste an die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten zu finden.

Vorgehen: Um quantitative Aussagen zu der Inanspruchnahme von Spitexleistungen durch ausländische Staatsangehörige zu machen, wurden Daten der öffentlichen Spitex der Stadt Luzern für das Jahr 2011 untersucht. Um die Erfahrungen älterer Migrantinnen und Migranten mit der Nutzung von Spitexleistungen und deren Einstellungen gegenüber ambulanter Pflege zu beschreiben, wurden Experteninterviews mit Schlüsselpersonen aus Migrantenorganisationen geführt.

Ergebnisse: Die quantitative Untersuchung der Spitexdaten der Stadt Luzern zeigte nur minimale Unterschiede in Häufigkeit und Art der Nutzung zwischen ausländischen Staatsangehörigen und Schweizern und Schweizerinnen, wenn korrigiert wurde für Alter und Geschlecht. Den grössten Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme hatte die Sprache: fremdsprachige Ausländerinnen und Ausländer hatten eine deutlich kleinere Chance, reguläre Pflege und Betreuung durch die Spitex zu erhalten als Personen, die Deutsch sprachen. Die Interviews zeigten, dass ältere Migrantinnen und Migranten Spitexleistungen besser nutzen können, wenn sie in den Bereichen sprachliche Kommunikation, Zusammenarbeit mit dem Familiensystem, Beratung und Information adäquater unterstützt werden.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Demographische Entwicklung älterer Migrantinnen und Migranten..... | 1 |
| 1.2 | Gesundheitliche Situation älterer Migrantinnen und Migranten | 2 |
| 1.3 | Pflege im Alter..... | 3 |
| 1.4 | Ambulante professionelle Pflege | 3 |
| 1.5 | Ambulante professionelle Pflege älterer Migrantinnen und Migranten | 4 |
| 1.6 | „Migrant friendly Spitex“ oder adäquate Modelle im Umgang mit dieser Zielgruppe . | 6 |
| 1.7 | Ziel dieser Arbeit | 7 |
| 2 | Forschungsfragen | 8 |
| 3 | Methoden | 9 |
| 3.1 | Forschungsfrage 1: quantitatives Vorgehen | 9 |
| 3.2 | Setting..... | 10 |
| 3.2.1 | Studienkollektiv..... | 10 |
| 3.2.2 | Erhobene Variablen | 11 |
| 3.2.3 | Verwendete Statistische Methoden | 13 |
| 3.3 | Forschungsfrage 2: Qualitatives Vorgehen..... | 15 |
| 3.3.1 | Setting..... | 15 |
| 3.3.2 | Wahl der Interviewpartnerinnen und -partner | 15 |
| 3.3.3 | Datenerhebung | 17 |
| 3.3.4 | Datenanalyse..... | 17 |
| 4 | Resultate | 19 |
| 4.1 | Resultate der quantitativen Untersuchung..... | 19 |
| 4.1.1 | Vergleichsebenen Bevölkerung Luzern und SpitexkundInnen | 19 |
| 4.1.2 | Vergleichsebene SpitexkundInnen mit schweizerischer gegenüber SpitexkundInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit..... | 23 |
| 4.2 | Resultate der qualitativen Untersuchung | 31 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2.1 | Sprachliche Kommunikation im Bereich Gesundheit und Krankheit..... | 31 |
| 4.2.2 | Informationen zu Versorgungsangeboten durch die Spitex..... | 33 |
| 4.2.3 | Vertrauen gegenüber der öffentlichen Einrichtung Spitex | 36 |
| 4.2.4 | Kulturelle Aspekte..... | 39 |
| 4.2.5 | Personale und familiale Ressourcen | 42 |
| 4.2.6 | Wichtigste Resultate | 46 |
| 5 | Diskussion..... | 48 |
| 5.1 | Bedeutung der Hauptergebnisse | 48 |
| 5.2 | Weitere Implikationen | 51 |
| 5.3 | Kritik..... | 52 |
| 5.4 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen | 53 |
| 6 | Verdankungen..... | 55 |
| 7 | Literaturverzeichnis..... | 56 |
| 8 | Anhänge..... | 59 |
| 8.1 | Anhang A: Public Health Relevanz dieser Untersuchung..... | 59 |
| 8.2 | Anhang B: ergänzende Materialien..... | 64 |
| 8.2.1 | Analyseplan für die Kundendaten der Spitex Luzern 2011..... | 64 |
| 8.2.2 | Leitfaden für das Experteninterview | 66 |
| 8.2.3 | Übersicht über gebildete Kategorien und zugeordnete Codes | 68 |
| 8.2.4 | Qualitative Analyseschritte am Beispiel der Kategorie: | 69 |
| 8.3 | Anhang C: Curriculum Vitae der Autorin..... | 74 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Tabelle 1: Spitex-Inanspruchnahme 2007 | S. 3 |
| Tabelle 2: Vergleich Spitexinanspruchnahme schweizerische und ausländische Staatsangehörige Luzern 2011 | S. 20 |
| Tabelle 3: Wahrscheinlichkeit (Risiko) und relatives Risiko für Spitex bei SchweizerInnen und AusländerInnen, Bevölkerung Stadt Luzern 2011, nach Alterskategorien | S. 21 |
| Tabelle 4: Häufigkeiten der Einflussvariablen bei allen SpitexkundInnen und bei SpitexkundInnen 65-jährig und älter, nach Staatsangehörigkeit | S. 25 |
| Tabelle 5: Häufigkeit der verschiedene Formen von Spitexleistungen nach Staatsangehörigkeit | S. 26 |
| Tabelle 6: Multivariable Logistische Regression für die Zielvariable "reguläre Hilfe- und Pflegesituation" | S. 29 |

Verzeichnis der Graphiken

| | |
|---|-------|
| Graphik 1: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit | S. 5 |
| Graphik 2: Wahrscheinlichkeiten für Spitex, Bevölkerung Stadt Luzern 2011 nach Altersklassen, Frauen | S. 21 |
| Graphik 3: Wahrscheinlichkeit für Spitex, Bevölkerung Stadt Luzern 2011 nach Altersklassen, Männer | S. 21 |
| Graphik 4: Odds Ratios für verschiedene Spitexleistungen | S. 27 |
| Graphik 5: Veränderung der Odds Ratio für reguläre Hilfe und Pflege bei schrittweiser Kontrolle für die bezeichneten Einflussfaktoren | S. 28 |

1 Einleitung

Während meiner Anstellung bei einer grossen Spitexorganisation¹ der Stadt Zürich wurde die Frage der ambulanten pflegerischen Versorgung älterer Migrantinnen aktuell. Einerseits war sehr wenig Wissen vorhanden über die Nutzung ambulanter Pflege durch ältere Migrantinnen und Migranten, andererseits wurde es wichtig, die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe in der strategischen Ausrichtung der Spitex sicher zu stellen. Aus dieser Ausgangslage entstand mein Interesse, diese Frage im Rahmen meines Masterabschlusses in Public Health genauer zu untersuchen.

1.1 Demographische Entwicklung älterer Migrantinnen und Migranten

Grössere Gruppen zugewanderter Menschen sind in der Schweiz nichts Neues. Neu ist aber, dass diese Menschen in grösseren Gruppen ein hohes Alter erreichen und vermehrt pflegerische Unterstützung brauchen. Im Jahr 2005 lebten in der Schweiz etwa 108'000 Rentner mit einem ausländischen Pass. Im Jahr 2015 wird diese Zahl voraussichtlich auf 154'000 Personen steigen. Diese wachsende Zielgruppe älterer Migrantinnen und Migranten bedeutet für die pflegerische Versorgung, sowohl stationär wie auch ambulant, eine Herausforderung. Adäquate Modelle zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung dieser Zielgruppe müssen entwickelt werden (Egger 2007).

Am Beispiel der Stadt Zürich: die grössten Gruppen von Migrantinnen und Migranten, die Ende 2010 das Rentenalter erreichten, waren mit 2611 Personen die Italienerinnen und Italiener, gefolgt von 532 Personen aus Serbien/Montenegro. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 hat die Zahl der Italienerinnen und Italiener im Rentenalter um 46% zugenommen, und diejenige von Personen aus Serbien Montenegro um 55% (Daten: Statistik Stadt Zürich, eigene Bearbeitung). Hinzu kommen, gemäss untenstehender Definition, die eingebürgerten Personen. Die Volkszählung 2000 hat gezeigt, dass bei der Altersgruppe der 65-79-jährigen bei einem Bevölkerungsanteil von 8,5% mit ausländischer Nationalität 10,7% dazukommen, die ausserhalb der Schweiz geboren wurden und im Laufe ihres Lebens eingebürgert wurden. Bei den über 80-jährigen kommen zum Anteil von 4,3% mit ausländischer Nationalität 7,3% eingebürgerte Personen dazu (Wanner et al. 2005: 89).

Die Bevölkerungsgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten ist äusserst heterogen, was eine klare begriffliche Unterscheidung schwierig macht. In dieser Arbeit verwende ich folgende Definitionen für die untersuchten Gruppen älterer Migrantinnen und Migranten:

- Im ersten quantitativen Teil unterscheidet sich zwischen Schweizerinnen und Schweizern und ausländischen Staatsangehörigen. Diese begriffliche Unterscheidung ermög-

¹ Spitex Zürich Limmat AG, als Spitex wird die **spitalexterne** Hilfe und Pflege zu Hause bezeichnet.

licht den Bezug zur Bevölkerungsstatistik, eingebürgerte Personen erscheinen jedoch auch als Schweizerinnen oder Schweizer.

- Im zweiten qualitativen Teil verwende ich die Definition für Migrantinnen und Migranten, welche vom nationalen Forum Alter und Migration vorgeschlagen wird: „alle in der Schweiz lebenden Personen, welche im Laufe ihres Lebens aus einem anderen Land hierhergekommen sind und in dieser Situation zum Beispiel aus sprachlichen Gründen spezifische Bedürfnisse haben, unabhängig von ihrem rechtlichen Status“ (Bisegger und Hungerbühler 2008).
- Mit „älteren“ Migrantinnen und Migranten bezeichne ich die Altersgruppe ab 65-jährig.

1.2 Gesundheitliche Situation älterer Migrantinnen und Migranten

Die Heterogenität der Gruppe älterer Migrantinnen und Migranten betrifft verschiedene Aspekte wie die Herkunft, den Grund der Migration, den sozioökonomischen Status und den Grad der Integration. Auch hinsichtlich der gesundheitlichen Situation zeigen sich Unterschiede. Gesundheit ist eng korreliert mit Bildung, beruflichem und finanziellem Status (Höpflinger und Stuckelberger 1999), was eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Gruppen von Migrantinnen und Migranten nötig macht. Für die folgende Untersuchung lege ich den Schwerpunkt auf die Situation der ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten.

Bei deren Einwanderung kam es vorerst zu einer gesundheitlich positiven Auswahl („healthy migrant effect“), da bevorzugt Personen mit einem guten gesundheitlichen Zustand in der Schweiz eine Arbeitsstelle fanden. Diese, bei der Einwanderung gesunde Personen, zeigen im Rentenalter, verglichen mit gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern, häufiger gesundheitliche Probleme. Diese sind zurückzuführen auf belastende Arbeitssituationen und einen im Durchschnitt tieferen Bildungs- und sozioökonomischen Status. Analog zum „healthy migrant effect“ bei der Einwanderung spricht man im Alter vom „exhausted migrant effect“ (Höpflinger und Stuckelberger 1999). In diesem Zusammenhang ist aber wichtig zu erwähnen, dass Migrantinnen und Migranten grundsätzlich die gesundheitlichen Probleme von sozioökonomisch vergleichbaren Bevölkerungsgruppen teilen. (siehe Weiss in Hungerbühler und Bisegger 2012: 46)

Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz 2010 (GMM II) zeigt, dass mit zunehmendem Alter die Schere im gesundheitlichen Status zwischen der Schweizer- und der Migrationsbevölkerung deutlich auseinandergeht. Ältere Migrantinnen und Migranten haben deutlich mehr gesundheitliche Probleme als die Schweizerinnen und Schweizer im selben Alter (BAG 2012: Wichtigste Ergebnisse des GMM II). Dies betrifft sowohl die subjektive Gesundheitseinschätzung, wie auch die Wahrscheinlichkeit, wegen psychischer oder körperlicher Beschwerden in Behandlung zu sein, oder im Alltag eingeschränkt zu sein.

Über die Implikationen dieser schlechteren gesundheitlichen Situation für den Pflegebedarf bei älteren Migrantinnen und Migranten gibt es noch keine gesicherten Aussagen.

1.3 Pflege im Alter

Im Alter steigt der Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Mit der demographischen Alterung wird sich bei gleichbleibender Dauer der Pflegebedürftigkeit (relative Kompression der Morbidität) die Zahl der über 64-jährigen pflegebedürftigen Menschen zwischen 2010 und 2030 von 125'000 auf gut 182'000 erhöhen. Das entspricht einer Zunahme von 46%. Anhand der geschätzten Pflegequoten 2008 für die Schweiz waren in der Altersgruppe der 75-79-jährigen weniger als 10% auf Pflege angewiesen, bei den 80-84-jährigen mehr als 13%, bei den über 85-jährigen 34% und bei den über 90-jährigen 50%. Der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim verschiebt sich aufgrund der Unterstützungsbedürftigkeit immer mehr ins hohe Alter² (Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn 2011).

1.4 Ambulante professionelle Pflege

Der Bedarf an pflegerischer Unterstützung bei zuhause lebenden Menschen wird, ergänzend zur informellen Hilfe durch Angehörige, durch die Spitex gedeckt. Eine Analyse der Spitexstatistik 2007 ergibt folgende Nutzungszahlen (siehe Tabelle 1):

Spitexinanspruchnahme 2007

| Alter in Jahren | Männer | Frauen |
|-----------------|--------|--------|
| 65-74 | 2.4% | 4.8% |
| 75-84 | 6.6% | 8.9% |
| 85-99 | 14.5% | 32.9% |

Tabelle 1: Spitex-Inanspruchnahme 2007

Quelle: Spitex-Inanspruchnahme BAG 2010 / eigene Darstellung

Männer über 65 Jahren nehmen mit 65% häufiger Pflegeleistungen in Anspruch als Frauen mit 56%. Hingegen beanspruchen Frauen mit 67% häufiger Haushalthilfe durch die Spitex als Männer mit 47%. Die wichtigsten Determinanten für die Inanspruchnahme von Spitex sind das Alter, die Anzahl vorhergehender Spitalaufenthalte, der Erhalt informeller Hilfe und funktionale Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (iADLs und bADLs³) (Spitex-Inanspruchnahme, BAG 2010).

Die ambulanten professionellen Leistungen der Spitex sind zusammengesetzt aus Beratung, Behandlungspflege und Grundpflege, welche durch die Grundversicherung gedeckt werden.

² von den 80-84-jährigen Menschen leben 90% zuhause, danach steigt der Anteil an stationärer Pflege. Mit 90 leben noch 55% der Menschen zuhause. (Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbrunn 2011)

³ iADL: instrumental Activities of Daily Living wie telefonieren oder einkaufen / bADL: basic Activities of Daily Living wie sich bewegen, sich waschen und kleiden, essen und trinken

Hauswirtschaftliche Hilfe und Betreuung werden vom Kunden (oder durch die Zusatzversicherung) bezahlt. Wichtige Spezialdienste sind die Palliativpflege und die Gemeindepsychiatrie. Die Planung und Überprüfung der Pflege durch die Spitex wird durch eine diplomierte Pflegefachperson wahrgenommen. Diese fallführende Pflegeperson berät die Betroffenen im Umgang mit Gesundheitsveränderungen und Einschränkungen, und gewährleistet die Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen⁴. Zugewiesen werden Spitexkundinnen und -kunden über Spitäler, Sozialdienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Angehörige oder informelle Helferinnen und Helfer, sowie auch über selbständige Anfragen. Der Pflege- und Unterstützungsbedarf wird durch die Spitex abgeklärt, und die KVG-Leistungen werden nachfolgend ärztlich verordnet. Ich beschränke mich in dieser Untersuchung auf die gemeinnützige und öffentlich-rechtlich organisierte Spitex, die Schweiz weit 80% der ambulanten Pflegeleistungen erbringt. (Spitexstatistik 2010, Bundesamt für Statistik BFS)

1.5 Ambulante professionelle Pflege älterer Migrantinnen und Migranten

Obwohl immer mehr Migrantinnen und Migranten das Alter erreichen, in welchem der Bedarf an pflegerischer Unterstützung zunimmt, wird von städtischen Spitexen in der deutschen Schweiz, auch in Quartieren mit hohem Ausländeranteil, der Anteil an Migrantinnen und Migranten unter den Spitexkundinnen und -kunden eher als tief wahrgenommen (Jakobs Schmid 2001). Bisher waren keine quantitativen Aussagen hierzu möglich, da die Spitex bis vor kurzem weder Nationalität noch Herkunft ihrer Kundinnen und Kunden erfasste. Eine Auswertung des zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) gibt Hinweise darauf, dass Portugiesen, Serbinnen und Kosovarinnen weniger häufig Spitex in Anspruch nehmen als die Schweizer Bevölkerung. Da die Stichproben klein waren, war der Vergleich nur sehr beschränkt möglich, und die Resultate wurden als unsicher und vorläufig gewertet. Offen blieb auch der Einfluss der Alterskohorten auf die Resultate (GMM II, Schlussbericht 2011: 33). Neu wird eine quantitative Beschreibung der Nutzung von Spitex durch ausländische Staatsangehörige möglich. Dank der Einführung des Bedarfserfassungsinstrumentes RAI-HC in einzelnen Spitexorganisationen wird bei Spitexkundinnen und -kunden „Staatsangehörigkeit Schweizer/in oder andere“ erfasst (siehe Punkt 3.1 Quantitatives Vorgehen).

Eine gängige Erklärung der subjektiv wahrgenommenen tiefen Inanspruchnahme von Spitexleistungen durch ältere Migrantinnen und Migranten, ist deren hauptsächliche **Unterstützung und Pflege im Familienverbund**. Dieses Argument greift für die Planung der Versor-

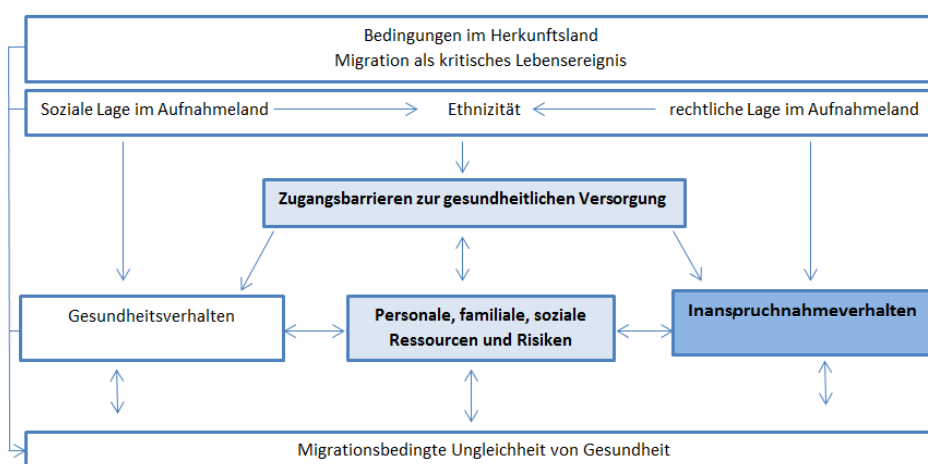
⁴ Auszug aus der internen Richtlinie der Spitex Zürich Limmat zur Fallführung:

Die Fallführung ist (unter anderem) verantwortlich für die Sicherstellung des Kontakts zu allen am Hilfe- und Pflegeprozess beteiligten Personen (An- und Zugehörige, interne und externe Dienstleister, Ärztinnen.) Sie vertritt bei Bedarf und im Rahmen ihrer Fallführung die Anliegen der Kundin / des Kunden gegenüber intra- und interdisziplinären Partnern.

gungsstruktur zu kurz, und wird der Heterogenität der Migrationsbevölkerung nicht gerecht. Eine Untersuchung der familiären Unterstützung von älteren Italienerinnen und Italiener und Serbokroatinen und Serbokroaten in der Stadt Zürich zeigt, dass diese häufiger als Schweizerinnen und Schweizer in Mehrgenerationenhaushalten leben. Diese Differenz nimmt aber mit zunehmendem Alter ab. Es besteht bei den meisten älteren Migrantinnen und Migranten nicht mehr die Vorstellung, dass sie ausschliesslich von ihren Kindern betreut werden. Trotzdem ist die „Pflege zuhause“ das Ideal. Die Autorin der Studie stellt fest, dass ein Forschungsbedarf besteht bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeangebote wie Spitex und der Einstellung diesen gegenüber von älteren MigrantInnen (Kobi 2008).

Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung und personelle und familiale Ressourcen beeinflussen die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitswesen durch ältere Migrantinnen und Migranten. Schenk und Neuhauser schlagen ein Modell vor, welches den Zusammenhang von Migration und Gesundheit anhand der Einflussfaktoren erklärt (Schenk 2007). Schon länger wird diskutiert, welche Faktoren die Beziehung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beeinflussen (Mielck 2005). Schenk und Neuhauser berücksichtigen in ihrem Modell bisherige Erkenntnisse und wenden diese für die Beziehung zwischen Migration und Gesundheit an (siehe Graphik 1).

Im Modell (Schenk 2007: 93) beschriebene Zugangsbarrieren können einerseits auf der Seite des Aufnahmelandes sein wie z. B. mangelnde interkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden oder fehlende Übersetzungsdienste, ethnozentristische Ausrichtung der Angebote oder Ausgrenzungsprozesse. Auf der Seite der Migrantinnen und Migranten erschweren fehlende sprachliche Kenntnisse, mangelnde Informationen über und Vertrauen in öffentliche Versorgungseinrichtungen und Aspekte der kulturellen Differenz die Inanspruchnahme. Die Auswirkungen des Migrationsstatus auf die Gesundheit hängt entscheidend von personalen, familialen und sozialen Ressourcen wie z. B. Familienklima, innere- und ausserfamiliäre Unterstützung, kognitive Fähigkeiten und Selbstwertgefühl ab.



Graphik 1: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit
Quelle: Schenk 2007, S. 92 / komprimierte Darstellung durch die Autorin

Ausgewählte internationale Studien zu ambulanter Pflege von ethnischen Minderheiten

lassen sich nicht direkt auf die Situation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz übertragen, weil sie auf bestimmte ethnische Gruppen fokussieren. Zusammenfassend zeigen die Studien Tendenzen auf, welche die vermutete tiefe Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen erklären können und auch Hinweise geben könnten zur Verständnis der Situation in der Schweiz:

- Mangelnde Information über ambulante Pflegestrukturen und fehlendes Wissen darüber, wie diese in Anspruch genommen werden können. Fehlendes Wissen über Finanzierungsmöglichkeiten und mangelnde finanzielle Ressourcen. (Szepura 2012, Zhan et al. 1998)
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und Angst vor mangelnder Kultursensibilität und Respekt, fehlendes Vertrauen in Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Unrealistische Vorstellungen über die Dienstleistungen, die angeboten werden, und folglich Unzufriedenheit seitens der MigrantInnen (Lindesay und Jagger 1997; de Graaff und Franke 2009, Zhan et al. 1998).
- Niedere Überweisungsraten durch Ärzte und Sozialdienste. Ein Grund hierfür waren Schwierigkeiten darin, den Bedarf an pflegerischer Unterstützung im Familiensystem einzuschätzen. Ein weiterer Grund waren Befürchtungen, dass es zu kommunikativen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst kommen würde (Lindesay und Jagger 1997; de Graaff und Franke 2009).
- Hervorheben möchte ich eine holländische Studie, die kritisch hinterfragt, ob die spezifischen Bedürfnisse von Migrantenfamilien von der standardisierten Bedarfserhebung genügend erfasst werden (de Graaff und Franke 2009).

1.6 „Migrant friendly Spitex“ oder adäquate Modelle im Umgang mit dieser Zielgruppe

In ihrer Studie zur Nutzung der Spitex Basel durch Migrantinnen und Migranten stellt Jakobs Schmid fest, dass der Frage nachgegangen werden muss, „ob, und wie Spitex für die Bevölkerung ausländischer Herkunft effektiver werden kann“ (Schmid 2001: 55). Ihre Hauptempfehlungen beinhalten den gezielten Einsatz von Dolmetscherdiensten, eine angepasste Informationspolitik und die Stärkung der transkulturellen Kompetenzen bei den Mitarbeitenden. Im „spitin“-Bereich sind seit etwa 10 Jahren Bemühungen im Gange, die Kompetenzen der Spitäler im Umgang mit Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Zielsetzungen sind die Verbesserung der transkulturellen Kompetenzen des Spitalpersonals, die Optimierung von Übersetzungsangeboten und die Verbesserung der Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung (Saladin 2006). Aufgrund der wachsenden Anzahl älterer Migrantinnen und Migranten ist es für die Spitex fast zwingend, notwendige Anpassungen zu prüfen und ihre Dienstleistung im Umgang mit dieser Zielgruppe zu optimieren – oder in anderen Worten: Kriterien für eine „Migrant Friendly Spitex“ zu formulieren und umzusetzen.

1.7 Ziel dieser Arbeit

Der Zugang zu und die Nutzung von ambulanter professioneller Pflege durch ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz wurde bisher noch wenig untersucht. Die Frage wird diskutiert, ob die Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten durch ambulante professionelle Pflege in der aktuellen Situation gewährleistet ist. **Diese Arbeit leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis der Situation, gibt Hinweise auf mögliche Lücken in der Versorgung und formuliert erste Ansätze zur Anpassung der ambulanten Pflegedienste an die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten.** Die Arbeit konzentriert sich auf folgende Aspekte:

- die Nutzung der Spitex durch ältere Personen ausländischer Staatsangehörigkeit am Beispiel einer mittelgrossen Stadt in der deutschen Schweiz
- die Einschätzung von Expertinnen und Experten über die Einstellung von älteren Migrantinnen und Migranten gegenüber ambulanten Pflegediensten, und zu möglichen Hürden in Zugang und Nutzung
- Empfehlungen für die Anpassung von ambulanten professionellen Pflegediensten an die Situation älterer Migrantinnen und Migranten.

2 Forschungsfragen

Aus den oben beschriebenen Zielsetzungen leite ich die folgenden Forschungsfragen für diese Untersuchung ab.

Forschungsfrage 1 leitet eine quantitative Erhebung zur Nutzung von Spitexdienstleistungen durch ältere ausländische Staatsangehörige am Beispiel der Stadt Luzern. **Forschungsfrage 2** leitet eine qualitative Untersuchung zu Hürden in Zugang und Nutzung von Spitexdienstleistungen und zu der Einstellung älterer Migrantinnen und Migranten gegenüber ambulanter Pflege und Betreuung.

Forschungsfrage 1:

Wie nutzen ausländische Staatsangehörige die Dienstleistungen der öffentlichen Spitex der Stadt Luzern im Vergleich zu Schweizern?

- 1a) Wie viele ausländische Staatsangehörige und wie viele Schweizerinnen und Schweizer nutzen die öffentliche Spitex der Stadt Luzern, verglichen mit der gesamten Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts gemäss offizieller Statistik?
- 1b) Lassen sich bei Spitexkundinnen und -kunden Unterschiede nach Staatsangehörigkeit feststellen in Bezug auf: Zuweisung, Haushaltzusammensetzung, gesundheitliche Situation und Art der Spitexleistungen?

Forschungsfrage 2:

Wie schätzen im Grossraum Zürich Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenorganisationen die Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten durch professionelle ambulante Pflege ein?

- 2a) Welche Hürden bestehen im Zugang und in der Nutzung von Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten?
- 2b) Welche Einstellungen zeigen ältere Migrantinnen / Migranten und ihre Familien gegenüber ambulanter professioneller Pflege?
- 2c) Wo besteht Verbesserungspotential in der Gestaltung der Dienstleistung und der Zusammenarbeit mit älteren Migrantinnen / Migranten und ihren Familien?

3 Methoden

Im Zentrum dieser Arbeit stand das Interesse, mehr über die Nutzung der Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten und ihre Bedürfnisse bezüglich ambulanter Pflege in der Stadt Zürich zu erfahren. Am Ergebnis interessiert waren sowohl die Leitung der öffentlichen Spitex, wie auch die städtischen Gesundheitsdienste und die städtische Integrationsstelle, welche die strategische Entwicklung der Spitex mitentscheiden. In diesem Zusammenhang interessierte die Frage, ob die Nutzung zahlenmässig beschrieben oder erfasst werden könnte. Aufgrund der Datenlage in Zürich musste eine Alternative gesucht werden. Diese wurde in Luzern gefunden, wo die öffentliche städtische Spitex mir freundlicherweise ihre Kundendaten zur Verfügung stellte und die Möglichkeit bot, eine erste quantitative Beschreibung vorzunehmen. Die Spitex in der Schweiz weist zwar regionale Unterschiede auf (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012), trotzdem ermöglichte diese erste explorative Studie wertvolle Erkenntnisse.

Die Forschungsfrage 1 wurde anhand einer quantitativen Untersuchung bearbeitet, die Forschungsfrage 2 anhand einer qualitativen Erhebung. Die Verwendung verschiedener Methoden ermöglichte verschiedene, sich ergänzende Perspektiven auf das gleiche zu untersuchende Phänomen, hier die Nutzung der Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten. Somit kann das Vorgehen als Methodentriangulation bezeichnet werden (Teddlie und Tashakkori 2009). Die Resultate der quantitativen und der qualitativen Untersuchung werden unter Punkt 5.1 „Bedeutung der Hauptergebnisse“ zusammengeführt.

3.1 Forschungsfrage 1: quantitatives Vorgehen

Die Forschungsfrage 1 „Wie nutzen ausländische Staatsangehörige die Dienstleistungen der öffentlichen Spitex der Stadt Luzern im Vergleich zu Schweizern?“ wurde durch ein quantitatives Vorgehen bearbeitet.

Zur Überprüfung der Forschungsfrage 1 wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 1a: Ausländische Staatsangehörige beanspruchen weniger häufig Dienstleistungen der Spitex Luzern als gleichaltrige und gleichgeschlechtliche Schweizerinnen und Schweizer.

Hypothese 1b: Die Gruppe der Spitexkundinnen und -kunden mit ausländischer Staatsangehörigkeit unterscheidet sich von der Gruppe der schweizerischen Spitexkundinnen und -kunden in Bezug auf Zuweisung, Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthalts und Lebensform.

Hypothese 1c: Häufigkeitsmuster der Inanspruchnahme der fünf verschiedenen Dienstleistungen der Spitex Luzern unterscheiden sich zwischen Spitexkundinnen und -kunden ausländischer und schweizerischer Staatsangehörigkeit.

3.2 Setting

Kundendaten der öffentlichen Spitex Luzern wurden für eine Sekundäranalyse genutzt. Das Einzugsgebiet der Spitex Luzern und dasjenige der Bevölkerungsstatistik der Stadt Luzern decken sich, somit konnten zusätzlich Daten der Bevölkerungsstatistik verwendet werden.

- Die Tabelle „Altersstruktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Heimat“ für das Jahr 2011 wurde auf der Webseite der Statistik Luzern abgerufen (<http://www.lustat.ch>).
- Daten zu Kundinnen und Kunden der Spitex Luzern für das Jahr 2011 konnte ich aus den routinemässig beim Erstkontakt erhobenen Daten gewinnen. In Luzern verwendet die Spitex für die Abklärung neuer Spitexkundinnen und -kunden das standardisierte RAI-HC Instrument (Resident Assessment Instrument HomeCare, siehe auch <http://www.rai.ch/products/hc/hc.htm>). Die Zuverlässigkeit der RAI-HC Daten ist hoch, da sie als Grundlage für die Verordnung von KVG-Leistungen verwendet werden. Von diesen RAI-HC Daten konnten für diese Untersuchung lediglich die ADUA Daten (Administrative Daten und Anfrage) genutzt werden, weil diese für jeden Kunden erhoben werden⁵. Die Daten wurden mir freundlicherweise durch die Spitex Luzern zur Verfügung gestellt, und zur Bearbeitung durch den IT-Verantwortlichen der Spitex Luzern in einer Excel-Tabelle erfasst und anonymisiert.

3.2.1 Studienkollektiv

Das Studienkollektiv beinhaltete die 923 Personen, welche im Jahr 2011 durch die öffentliche Spitex Luzern neu Leistungen erhielten. Dies betraf Personen ab 16 Jahren, welche auf ambulante pflegerische Unterstützung und/oder auf Betreuung zuhause angewiesen waren. Verglichen wurde die Gruppe der Schweizer Staatsangehörigen (n=816) mit der Gruppe der ausländischen Staatsangehörigen (n=105)⁶.

⁵ Das Minimal Data Set (MDS) der RAI-HC Abklärung stellt eine umfassende Situationserfassung dar, und wird bei Kundinnen und Kunden mit regulärer Hilfe und Pflege oder Palliativpflege erhoben. MDS-Daten hätten eine Erfassung des Gesundheitszustandes und der Indikation für Spitexleistungen ermöglicht, diese wurden aber leider bei zu wenig Fällen erhoben.

⁶ Zwei fehlende Werte bei Staatsangehörigkeit.

3.2.2 Erhobene Variablen

Definition der Zielvariablen

Zielvariablen sind die verschiedenen Interventionen durch die Spitex. Die Interventionen können folgende Formen annehmen und eindeutig diesen Kategorien zugeordnet werden:

- **Reguläre Hilfe- und Pflegesituation** heisst, dass dem Bedarf angepasst eine Kombination von Behandlungspflege, Grundpflege und Haushalthilfe angeboten wird. (Kategorie 1)
- **Psychiatrische Pflege:** Bei Kundinnen und Kunden mit diagnostizierten psychiatrischen Problemen wird eine Kombination von Behandlungspflege, Grundpflege und Haushalthilfe angeboten, welche von einer Case-Managerin mit Spezialisierung in psychiatrischer Pflege koordiniert wird. (Kategorie 2)
- **Palliativsituation:** Bei schwerkranken und sterbenden KundInnen wird dieselbe Kombination von Behandlungspflege, Grundpflege und Haushalthilfe angeboten, koordiniert von einer Fachperson in Palliativpflege. (Kategorie 3)
- **Zeitlich begrenzte therapeutische Leistung:** Es wird nur eine zeitlich begrenzte therapeutische Leistung angeboten, wie z.B. Heparin spritzen, Wundpflege, Augentropfen verabreichen. (Kategorie 4)
- **Zeitlich begrenzte Hilfe im Haushalt:** In einer zeitlich begrenzten Situation wird Haushalthilfe angeboten, wie z. B. bei Mutterschaft oder einem Unfall mit daraus folgender Bewegungseinschränkung. (Kategorie 5)

Definition der Einflussvariablen

Folgende Einflussvariablen auf die Spitexnutzung konnten aus dem Datensatz gewonnen werden.

| | |
|---------------------------------|--|
| Nationalität | 0 = Schweizerin / Schweizer 1 = ausländische Staatsbürger |
| Sprache | 0 = lokal gesprochene Sprache (Deutsch / Schweizerdeutsch) 1 = andere Sprache |
| Geschlecht | 0 = männlich 1 = weiblich |
| Alter_70 | Numerische Variable: Alter zentriert um den Mittelwert 70 |
| Letzter Spitalaufenthalt | 1 = Entlassung in den letzten 7 Tage 2 = Entlassung innerhalb der letzten 8-90 Tage 3 = kein Spitalaufenthalt in den letzten 90 Tage |

| | |
|-------------------|---|
| Einweiser | eingewiesen durch /Kontakt aufgenommen durch: 1= Akutspital / Rehabilitation / Langzeitpflege 2 = Hausarzt / Hausärztin 3 = amb. Einrichtung / Gemeinde 4 = Kunde selber / Umfeld |
| Lebensform | 1 = allein 2 = mit Partnerin/Partner 3 = andere Familienzusammensetzung (mit anderen Verwandten) 4 = In Gruppe mit Nichtverwandten |

Mögliche Confoundervariablen

Confoundervariablen können die Assoziation zwischen der Staatsangehörigkeit und der Art der Spitexleistung beeinflussen.

- Verteilung von **Alter und Geschlecht**. Da die Migrationsbevölkerung ein jüngeres Durchschnittsalter aufweist, und einen höheren Anteil Männer, werden diese Confoundervariablen die Odds Ratio eher vermindern.
- Die Variable „**Spitalaufenthalt**“: Personen, welche erst kürzlich einen Spitalaufenthalt hinter sich haben, werden eher den Bedarf nach therapeutischen und pflegerischen Leistungen durch die Spitex haben, wie z. B. Infusionen, Anticoagulationsinjektionen, Wundverbände, Stomapflege, Körperpflege etc.
- Die Variable „**Einweiser**“: je nachdem ob z.B. ein Akutspital, eine Sozialarbeiterin in der Gemeinde oder eine Verwandte die Kundin oder den Kunden für Spitexleistungen angemeldet hat, könnte der Bedarf verschieden aussehen.
- **Lebensform**: Personen, welche in Gemeinschaft mit anderen leben, können eher auf informelle Hilfe zurückgreifen und benötigen weniger professionelle ambulante Pflege. Dies betrifft vor allem die Unterstützung in den Aktivitäten täglichen Lebens, aber auch in einem kleineren Ausmass behandlungspflegerische Massnahmen.
- Weitere wichtige Confounder könnten sein: **der Sozio-ökonomische Status und die Indikation für die Unterstützung durch die Spitex**. Diese könnten einerseits die Notwendigkeit von ambulanten Pflegeleistungen, andererseits aber auch die Bereitschaft der Betroffenen, diese anzunehmen, beeinflussen. Leider konnten weder Beruf noch Einkommensverhältnisse noch Gesundheitszustand oder Grund für die Spitexleistungen anhand der ADUA-Daten hinreichend erhoben werden.

3.2.3 Verwendete Statistische Methoden

Vergleichsebenen Bevölkerung Luzern und Spitexkundinnen und -kunden:

Auf der Vergleichsebene Bevölkerung Luzern und Spitexkundinnen und -kunden wurde die Hypothese 1a getestet.

Hypothese 1a: Ausländische Staatsangehörige beanspruchen weniger häufig Dienstleistungen der Spitex Luzern als gleichaltrige und gleichgeschlechtliche Schweizerinnen und Schweizer.

Vorgehen: Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Spitexleistungen durch ausländische Staatsangehörige versus Schweizerinnen und Schweizern wurde verglichen, geschichtet nach den Alterskategorien 0-39, 40-64, 65-79 und 80+, und dem Geschlecht. Das Risiko ausländischer und schweizerischer Staatsangehöriger und das relative Risiko für Spitexleistungen wurden berechnet. Für jede Kategorie wurden das 95%-Vertrauensintervall berechnet, und die Wahrscheinlichkeit, dass die beobachteten Verteilungsunterschiede unter der Nullhypothese auftreten würden (anhand des Exakten Tests nach Fischer⁷). (Kirkwood und Sterne 2009)

Vergleichsebene SpitexkundInnen mit schweizerischer gegenüber ausländischer Staatsangehörigkeit

Auf der Ebene Spitexkundinnen und -kunden mit schweizerischer gegenüber ausländischer Staatsbürgerschaft wurden die Hypothesen 1b und 1c getestet.

Hypothese 1b: Die Gruppe Spitexkundinnen und -kunden mit ausländischer Staatsangehörigkeit unterscheidet sich von der Gruppe der schweizerischen Spitexkundinnen und -kunden in Bezug auf Zuweisung, Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthalts und Lebensform.

Hypothese 1c: Häufigkeitsmuster der Inanspruchnahme der fünf verschiedenen Dienstleistungen der Spitex Luzern unterscheiden sich zwischen Spitexkundinnen und -kunden ausländischer und schweizerischer Staatsangehörigkeit.

Die Häufigkeit der erhobenen Variablen (Interventionsformen und Einflussfaktoren) wurde anhand von Kreuztabellen für SchweizerInnen und ausländische Staatsangehörige beschrieben, in einem ersten Schritt für alle Altersgruppen, in einem zweiten Schritt für die 65-

⁷ Der Exakte Test nach Fisher liefert auch bei kleinen Fallzahlen zuverlässige Resultate, und wird bei kleinen Fallzahlen anstatt des Chi²-Tests angewendet. Er ist noch zuverlässig, wenn die kleinste erwartete Zahl in der Vierfeldertafel weniger als 5 beträgt.

jährigen und älter. Die Wahrscheinlichkeit (p-Wert), mit der die beobachteten Unterschiede in der Verteilung unter der Nullhypothese zu erwarten gewesen wären, wurde anhand des exakten Tests nach Fischer berechnet. Gemäss allgemeiner Konvention, wurde die Nullhypothese verworfen, wenn der p-Wert unter 0.05 lag.

Um den Einfluss der verschiedenen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der verschiedenen Spitexleistungen zu analysieren, wurde die Methode der **multivariablen logistischen Regression** gewählt.

- Die logistische Regression erlaubt uns, für eine binäre Variable Y, welche die Grössen 0 oder 1 annehmen kann, den Erwartungswert $E(Y)$ bzw. die Wahrscheinlichkeit von $Y=1$ zu berechnen. Im hier verwendeten Modell war diese binäre Zielvariable die Form der Spitexbetreuung, z. B. „**reguläre Hilfe und Pflege**“, welche die Werte **0=nein oder 1=ja** annehmen konnte.
- Die Wahrscheinlichkeit $E(Y)$ wurde in Abhängigkeit verschiedener Einflussvariablen berechnet. Das erlaubte, für Confounding und Interaktion zu kontrollieren. Aufgrund des Datensatzes konnten wir im Modell für folgende Einflussvariablen kontrollieren: **Sprache / Alter / Geschlecht / Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthalts / Lebensform / Einweiser.**
- Um den Zusammenhang zwischen Nationalität und Sprache abzubilden, wurde **eine Variable hinzugenommen mit Gruppe=0 für SchweizerInnen⁸, Gruppe=1 für AusländerInnen welche Deutsch sprechen, und Gruppe=2 für fremdsprachige AusländerInnen.** Ein quadratischer und ein kubischer Term wurden für die Variable Alter geprüft. Diese Terme waren aber statistisch klar nicht signifikant und wurden daher nicht ins Modell aufgenommen. Ein Interaktionsterm zwischen den Variablen Gruppe und Alter wurde geprüft, dieser war aber klar statistisch nicht signifikant.
- Der Einfluss der verschiedenen Confoundervariablen wurde anhand der Zielvariablen „reguläre Hilfe und Pflege“ dargestellt. Die Variable „Gruppe“ wurde dabei als kategoriale Variable eingesetzt, um die Chancen deutschsprachiger AusländerInnen und fremdsprachiger AusländerInnen getrennt zu berechnen.

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm Stata, Ausgabe 12 gerechnet.

⁸ Bei 10 Schweizer Staatsangehörigen wurden als Sprache Italienisch, französisch oder „gebrochen Deutsch“ aufgeführt. Aufgrund der geringen Anzahl wurden diese Personen zu der Gruppe der deutschsprachigen SchweizerInnen gezählt.

3.3 Forschungsfrage 2: Qualitatives Vorgehen

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 2** „Wie schätzen im Grossraum Zürich Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenorganisationen die Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten durch professionelle ambulante Pflege ein?“ wurde ein qualitativ explorativer Ansatz gewählt. Anhand von Experteninterviews wurden untersucht:

- Hürden in Zugang und Nutzung von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen durch ältere Migrantinnen und Migranten
- die Einstellungen⁹ älterer Migrantinnen und Migranten und ihrer Familien gegenüber ambulanter professioneller Pflege
- Verbesserungspotentiale in der Gestaltung der Dienstleistung

3.3.1 Setting

Experteninterviews wurden mit Schlüsselpersonen geführt, welche die Situation von älteren Migrantinnen und Migranten gut kennen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil Experteninterviews den Zugang zu einer Vielfalt an Erfahrungen und Wissen ermöglichen (Bogner und Littig 2009). Anhand dieser Interviews wurden die Deutungsmuster, Interpretationen und Erklärungen für beobachtete Phänomene durch die Expertinnen und Experten im Gespräch ergründet und festgehalten.

Die Interviews wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2008). Ziel dieser Auswertungsform war es, das Datenmaterial überschaubar zu gliedern und dabei die wesentlichen Inhalte zu erfassen.

3.3.2 Wahl der Interviewpartnerinnen und -partner

Ich interviewte 9 Schlüsselpersonen mit eigenem Migrationshintergrund, welche sich beruflich oder ehrenamtlich für ältere Migrantinnen und Migranten einsetzen, und deren Situation gut kennen. Ich konzentrierte mich dabei auf Vertreterinnen und Vertreter derjenigen Arbeitsmigrantinnen und -migranten, welche in der deutschen Schweiz zahlenmässig stark vertreten sind, und deren sozio-ökonomischer Status im Durchschnitt eher tief ist.

⁹ Verwendete Definition des Begriffes „Einstellungen“: Die aus der Erfahrung kommende Bereitschaft eines Individuums, in bestimmter Weise auf eine Person, eine soziale Gruppe, ein Objekt, eine Situation oder eine Vorstellung wertend zu reagieren, was sich im kognitiven, affektiven und behavioralen Bereich ausdrücken kann. (Quelle: Lexikon für Psychologie, <http://lexikon.stagl.eu/3384/einstellungen>, eingesehen 10.9.13)

Kriterien für die Teilnahme waren:

- eigener Migrationshintergrund
- aktive Mitarbeit in einer Migrantenorganisation oder in einer Organisation, welche sich für die Situation von älteren Migranten einsetzt
- vielfältige Erfahrungen in konkreten Situationen mit älteren Migrantinnen und Migranten
- hinreichendes gesprochenes Deutsch um sich in einem Interview inhaltlich differenziert auszudrücken

Um anhand dieser qualitativ-explorativen Untersuchung ein möglichst breit abgestütztes Meinungsbild zu erhalten, achtete ich bei der Rekrutierung darauf, innerhalb dieser klar eingegrenzten Gruppe ein breites Spektrum an verschiedenen Perspektiven und Erfahrungshintergründen abzudecken. Interviewpartnerinnen und -partner wurden mir über Pro Senectute und über die Fachstelle für Integration der Stadt Zürich vermittelt, oder über die direkte Anfrage bei Organisationen. Lediglich eine Anfrage führte trotz Nachhaken zu keinem Interview.

Nach 9 Interviews war eine Sättigung des Inhaltes erreicht.

Übersicht über Interviewpartnerinnen und -Partner

| Kürzel (geändert) | Herkunft | Funktion |
|-------------------|--|---|
| Frau K. | Italien | Sozialarbeiterin italienische Kirche |
| Frau N. | Italien | Migrantenorganisation, Frauenarbeit |
| Frau T. | Spanien | Sozialarbeiterin, Langzeitpflege mit mediterranen Gruppen |
| Herr A. | Spanien | Migrantenorganisation, Altersarbeit |
| Frau F. | Serbien | Sozialarbeiterin, Integrationsorganisation |
| Frau J. | Bosnien | Integrationsorganisation, Leitung Altersarbeit |
| Frau M. | Albanien | Migrantenorganisation, Leitung Frauenarbeit |
| Frau C. | Türkei | Sozialarbeiterin, Integrationsorganisation |
| Frau A. | Orientalische Herkunft (auf Wunsch der Interviewpartnerin allgemein gehalten) | Pflegefachfrau, Führungserfahrung im Spitexbereich |

3.3.3 Datenerhebung

Datenschutz: den Interviewpartnerinnen- und -partnern wurde mündlich zugesichert, dass ihre Aussagen nur in anonymisierter Form in dieser Arbeit erscheinen und so keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind.

Die Interviews wurden face-to-face anhand eines teilstrukturierten Leitfadens durchgeführt, auf einen Digital Voicerecorder aufgenommen und durch schriftliche Notizen zum Gesprächsverlauf ergänzt.

Der Interviewleitfaden wurde anhand der detaillierten Forschungsfragen entwickelt (siehe Anhang B, Punkt 4.3.3). Nach der Überprüfung in einem Probeinterview wurde der Leitfaden überarbeitet und mit Fragen zu der Situation der pflegenden Angehörigen und zu möglichen Genderunterschieden ergänzt. Die Leitfragen wurden offen gehalten, um ein möglichst breites Spektrum an Aussagen zu ermöglichen. Während der Interviews wurden anhand von individuellen Vertiefungsfragen die Aussagen konkretisiert.

3.3.4 Datenanalyse

Die Interviews wurden inhaltsgetreu auf Hochdeutsch transkribiert, und nachfolgend anhand einer systematischen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Als inhaltsanalytische Grundform wurde die Zusammenfassung gewählt. **Ziel dieser Analyseform ist „das Interviewmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, und ein überschaubarer Informationskörper entsteht, der immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“.** (Mayring 2008: 58).

Folgende Schritte wurden durchgeführt:

- Die Interviewtexte wurden in Bedeutungseinheiten aufgeteilt (die verwendeten Textpassagen waren z. T. überlappend oder wurden mehrmals erfasst, je nach Bedeutung), und in einer Excel Datei erfasst.
- Den Textpassagen wurden Codes zugeteilt, welche das inhaltliche Thema wiedergeben. Die Textpassagen wurden nach Codes gruppiert.
- Die Aussagen in den Textpassagen wurden in knappe, auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Paraphrasen umformuliert. Die Menge an Aussagen wurde reduziert, indem zusammenpassende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben wurden.
- Die vergebenen Codes wurden induktiven Kategorien (direkt aus dem Material abgeleiteten Kategorien) zugeordnet, und die Aussagen aus den verschiedenen Interviews

zusammengezogen und gruppiert (Cross-Case Vorgehen). Aus diesem Zusammenzug wurden Kernaussagen formuliert, die als Grundlage der Ergebnisdarstellung dienten. Aussagekräftige ursprüngliche Textpassagen wurden zur Illustration gekennzeichnet.

- Was hier als lineares Vorgehen erscheint, wurde in der praktischen Umsetzung gemäss Inhaltsanalyse nach Mayring als Rückkopplungsschleife gehandhabt (Mayring 2008): Mit der Analyse wurde nach den ersten 3 Interviews begonnen, Ergebnisse aus der Analyse flossen in die weiteren Interviews ein, und nach jedem neuen Interview mussten die zugeordneten Codes und Kategorien überdacht und ergänzt werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil das Ziel der Analyse nicht ein möglichst sachliches, objektives Bild ist, sondern die Darstellung von subjektiven Erklärungs- und Deutungsmuster, welche im Gespräch zwischen Interviewerin und Interviewpartnerin- oder partner entstehen. (Carter und Little 2007)
- Zur Strukturierung der Darstellung eignet sich das Modell zur Inanspruchnahme von Schenk mit der Unterteilung in Barrieren auf der Seite der Migrantinnen und Migranten, und personalen und familialen Ressourcen (Schenk 2007), siehe auch Punkt 1.5.

4 Resultate

4.1 Resultate der quantitativen Untersuchung

4.1.1 Vergleichsebenen Bevölkerung Luzern und SpitexkundInnen

Auf der Vergleichsebene Bevölkerung Luzern und Spitexkunden wurde **Forschungsfrage 1a**) bearbeitet:

„Wie viele ausländische Staatsangehörige und wie viele Schweizerinnen und Schweizer nutzen die öffentliche Spitex der Stadt Luzern, verglichen mit der gesamten Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts gemäss offizieller Statistik?“

Dazu wurde **Hypothese 1a** aufgestellt:

„Ausländische Staatsangehörige beanspruchen weniger häufig Dienstleistungen der Spitex Luzern als gleichaltrige und gleichgeschlechtliche Schweizerinnen und Schweizer.“

Im Jahr 2011 betrug die Bevölkerung der Stadt Luzern 78'093 Personen (37'220 männlich, 40'873 weiblich). Die Zahl der Personen im Alter von 65 - 79 Jahren war 10'365 (13,3% der Gesamtbevölkerung) und 80 Jahre und älter waren 4982 Personen (6,4% der Gesamtbevölkerung).

18'317 Personen hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft, was 23,5% der Bevölkerung ausmachte (9605 männlich, 8712 weiblich). Die Zahl der ausländischen Staatsangehörigen im Alter von 65 - 79 Jahren war 1085 (5,9% der ausländischen Bevölkerung) und 80 Jahre und älter waren 243 Personen (1,3% der ausländischen Bevölkerung). Das zeigt, dass der Anteil älterer Personen bei der ausländischen Bevölkerung deutlich kleiner ist als in der Gesamtbevölkerung.

Von den 78'093 Einwohnern der Stadt Luzern beanspruchten 923¹⁰ Personen im Jahr 2011 neu Spitex. Von diesen Spitexkundinnen und -kunden waren 105 ausländische Staatsangehörige, wovon 39 Personen 65-jährig oder älter waren. (siehe Tabelle 2)

¹⁰ 2 fehlende Werte bei der Staatsbürgerschaft: eine Frau 65-79 jährig und ein Mann 80 oder älter. Diese werden bei der Berechnung der Odds vernachlässigt.

Gesamtbevölkerung Luzern (n=78'097)

| Altersgruppe | | 0-39 | | 40 - 64 | | 65 - 79 | | 80+ | | N Tot % | |
|--------------------------------------|--------|--------|-----|---------|-----|---------|-----|-------|-----|---------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Schweizer | Männer | 12'793 | 46% | 9'448 | 34% | 3'850 | 14% | 1'524 | 6% | 27'615 | 100% |
| | Frauen | 13'174 | 41% | 10'342 | 32% | 5'430 | 17% | 3'215 | 10% | 32'161 | 100% |
| ausländische Staatsangehörige | Männer | 5'681 | 59% | 3'230 | 34% | 590 | 6% | 104 | 1% | 9'605 | 100% |
| | Frauen | 5'468 | 63% | 2'610 | 30% | 495 | 6% | 139 | 2% | 8'712 | 100% |

SpitexkundInnen Luzern (n=923)

| Altersgruppe | | 0-39 | | 40 - 64 | | 65 - 79 | | 80+ | | N Tot % | |
|--------------------------------------|--------|------|-----|---------|-----|---------|-----|-----|-----|---------|------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Schweizer | Männer | 14 | 5% | 58 | 22% | 73 | 27% | 121 | 45% | 266 | 100% |
| | Frauen | 62 | 11% | 110 | 20% | 141 | 26% | 237 | 43% | 550 | 100% |
| ausländische Staatsangehörige | Männer | 12 | 24% | 13 | 27% | 15 | 31% | 9 | 18% | 49 | 100% |
| | Frauen | 17 | 30% | 24 | 43% | 13 | 23% | 2 | 4% | 56 | 100% |

Tabelle 2: Vergleich Spitex-Inanspruchnahme schweizerische und ausländische Staatsangehörige Luzern 2011

(Quelle: Bevölkerungsstatistik Luzern 2011 und Datei Kundendaten Spitex Luzern / 2011, eigene Darstellung)

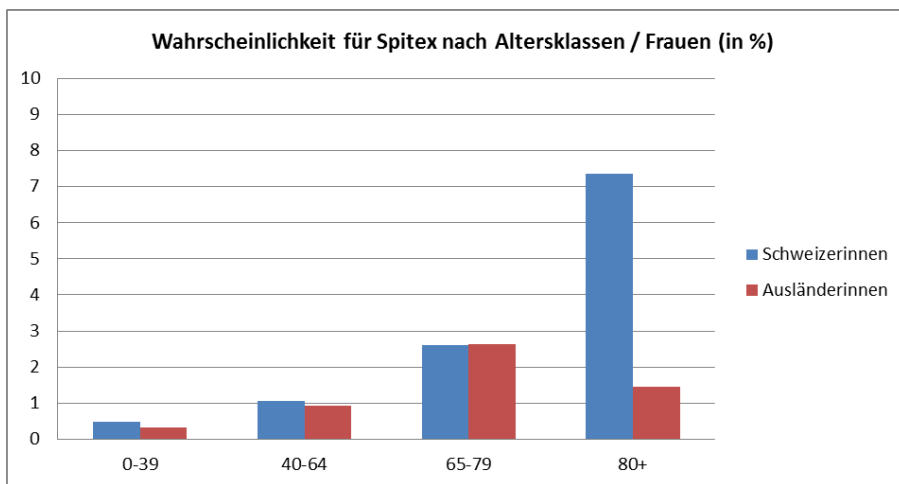
Die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme von Spitexleistungen im Jahr 2011 zeigten zwischen den Gruppen der ausländischen Staatsangehörigen und den schweizerischen Staatsangehörigen nach Alter und Geschlecht keine signifikanten Unterschiede. (siehe Tabelle 3, Graphiken 2 und 3). Eine Ausnahme bildete die Gruppe der über 80-jährigen Frauen. Hier ergab sich für die Spitex-Inanspruchnahme ein relatives Risiko von 0.20 ($p=0.004$) zwischen Ausländerinnen und Schweizerinnen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und der Datenlage konnte dieser Befund nicht weiter erklärt werden, und darf deshalb nicht überbewertet werden¹¹.

¹¹ Der Versuch wurde unternommen, den Anteil der Ausländerinnen an den Spitexkundinnen als stetige Funktion des Alters zu modellieren. Aufgrund der Datenlage wurde dieser Weg nicht weiter beschritten.

| Alter | Risiko für Spitex | | Relatives Risiko | 95%-Vertrauens-interval |
|-------|-------------------|-----------|------------------|-------------------------|
| | Schweizer | Ausländer | | |
| <40 | 0.1% | 0.2% | 1.93 | 0.89 - 4.17 |
| 40-64 | 0.6% | 0.4% | 0.65 | 0.36 - 1.19 |
| 65-79 | 1.9% | 2.5% | 1.34 | 0.77- 2.32 |
| 80+ | 7.9% | 8.7% | 1.08 | 0.57 - 2.08 |

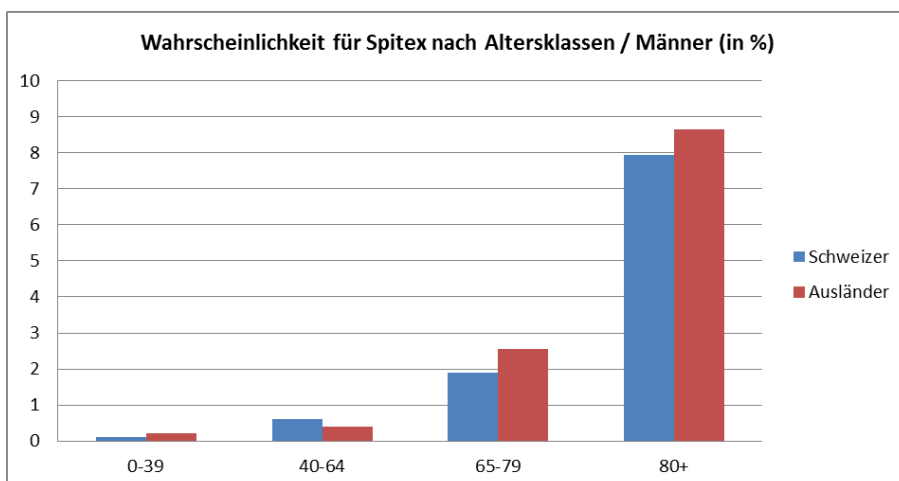
| Alter | Schweizerinnen | Ausländerinnen | Relatives Risiko | 95%-Vertrauens-interval |
|-------|----------------|----------------|------------------|-------------------------|
| | <40 | 0.5% | | |
| 40-64 | 1.1% | 0.9% | 0.86 | 0.56 - 1.34 |
| 65-79 | 2.6% | 2.6% | 1.01 | 0.58 - 1.77 |
| 80+ | 7.3% | 1.4% | 0.2 | 0.05 - 0.77 |

Tabelle 3: Wahrscheinlichkeit (Risiko) und relatives Risiko für Spitex bei SchweizerInnen und AusländerInnen, Bevölkerung Stadt Luzern 2011, nach Alterskategorien



Graphik 2:

Wahrscheinlichkeiten für Spitex, Bevölkerung Stadt Luzern 2011 nach Altersklassen, Frauen
Die p-Werte für die Häufigkeiten zeigten keine Signifikanz, mit Ausnahme der Alterskategorie 80+ (p=0.004)



Graphik 3:

Wahrscheinlichkeit für Spitex, Bevölkerung Stadt Luzern 2011 nach Altersklassen, Männer
Die p-Werte für die Häufigkeiten zeigten keine Signifikanz

Fazit: Es liess sich kein klarer Unterschied in der Wahrscheinlichkeit auf Spitexleistungen bei über 65-jährigen ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern zeigen. In diesem Datensatz zeigten die über 80-jährige Ausländerinnen im Vergleich zu gleichaltrigen Schweizerinnen eine kleinere Wahrscheinlichkeit, Spitexleistungen in Anspruch zu nehmen.

Somit konnte die Hypothese 1a widerlegt werden.

4.1.2 Vergleichsebene SpitexkundInnen mit schweizerischer gegenüber SpitexkundInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Auf der Vergleichsebene SpitexkundInnen mit schweizerischer gegenüber SpitexkundInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit wurde **Forschungsfrage 1b)** bearbeitet: „Lassen sich bei Spitexkundinnen und -kunden Unterschiede nach Staatsangehörigkeit feststellen in Bezug auf: Zuweisung, Haushaltzusammensetzung, gesundheitliche Situation und Art der Spitexleistungen?“

Dazu wurden folgende Hypothesen getestet:

Hypothese 1b: Die Gruppe der Spitexkundinnen und -kunden mit ausländischer Staatsangehörigkeit unterscheidet sich von der Gruppe der schweizerischen Spitexkundinnen und -kunden in Bezug auf Zuweisung, Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthalts und Lebensform.

Hypothese 1c: Die Wahrscheinlichkeit, eine der fünf verschiedenen Dienstleistungen der Spitex Luzern in Anspruch zu nehmen, unterscheidet sich zwischen SpitexkundInnen ausländischer und schweizerischer Staatsangehörigkeit.

Übersicht über die Verteilung der erfassten Einflussvariablen auf Spitexkundinnen und -kunden der Stadt Luzern nach Staatsangehörigkeit (siehe Tabelle 4)

In der **Gesamtgruppe der SpitexkundInnen (n=921)** zeigten sich folgende signifikante Unterschiede in den Einflussvariablen

- **Einweiser:** Bei den ausländischen Staatsangehörigen bestätigte sich der Erfahrungswert, dass mehr Personen ausländischer Staatsangehörigkeit über Akutspital/Rehabilitation/Langzeitinstitutionen (62%) eingewiesen wurden als bei den SchweizerInnen (41%). Weniger ausländische Staatsangehörige wiesen sich selber ein oder wurden durch das Umfeld eingewiesen (23%) im Vergleich zu SchweizerInnen (32%). Überweisungen über den Hausarzt/Hausärztin oder die Gemeinde waren etwa gleich häufig.
- **Spitalaufenthalt:** Ausländische Staatsangehörige hatten generell eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit (68%) in der ersten Woche nach einem Spitalaufenthalt Spitexleistungen in Anspruch zu nehmen als SchweizerInnen (52%). Andererseits nahmen AusländerInnen weniger häufig ohne vorhergehenden Spitalaufenthalt Spitex in Anspruch (22%) als SchweizerInnen (31%).
- **Lebensform:** Hier bestätigte sich die Erfahrung, dass ausländische Staatsangehörige, welche Spitex nutzen, eher in einer erweiterten Familienform mit mehreren Genera-

tionen oder anderen Verwandten lebten (34%) im Vergleich zu SchweizerInnen (15%). Partnerschaften waren etwa gleich häufig. Alleinstehende SpitexkundInnen waren unter den ausländischen Staatsangehörigen weniger häufig (15%) wie unter den Schweizerinnen (34%).

In der Gruppe der über 64-jährigen SpitexkundInnen konnten signifikante Unterschiede in der **Lebensform** gezeigt werden¹²:

- 51% der ausländischen Staatsangehörigen, die Spitexdienste nutzten, lebten in einer Partnerschaft im Vergleich zu 37% bei den Schweizerinnen. 13% der ausländischen Staatsangehörigen, die Spitexdienste nutzten, lebten in einer erweiterten Familienform mit mehreren Generationen oder anderen Verwandten im Vergleich zu 5% bei den SchweizerInnen. Diese waren bei den über 64-jährigen weniger häufig alleinstehend, aber immerhin machten sie mehr als ein Drittel dieser Gruppe aus (36% ausländische Staatsangehörige zu 57% SchweizerInnen).

¹² Die anderen Unterschiede in den Verteilungen der Einflussvariablen waren aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht signifikant.

Häufigkeiten der Einflussvariablen bei allen SpitexkundInnen und bei SpitexkundInnen 65-jährig und älter, nach Staatsangehörigkeit

| | Alle Spitexkundinnen | | Spitexkundinnen 65-jährig und älter | |
|---|-----------------------|--|-------------------------------------|---|
| | Schweizer (N tot=816) | Ausländische Staats- angehörige (N tot=105) | Schweizer (N tot=572) | Ausländische Staats- angehörige (N tot=39) |
| | n von 816, % | n von 105, % | n von 572, % | n von 39, % |
| Variable Sprache | | | | |
| <i>fehlende Werte: 2</i> | 1 | | 1 | |
| Deutsch /Schweizerdeutsch | 805 (99%) | 61 (58%) | 567 (99%) | 24 (62%) |
| andere Sprache | 10 (1%) | 44 (42%) | 4 (1%) | 15 (38%) |
| p-Wert* | p= 0.000 | | p= 0.000 | |
| Variable Einweiser | | | | |
| <i>keine Angabe</i> | 106 | 5 | 66 | 1 |
| Akutspital / Rehabilitation / Langzeitbereich | 305 / 710 (42%) | 61 / 100 (61%) | 225 / 506 (44%) | 18 / 38 (47%) |
| Hausarzt | 71 / 710 (10%) | 10 / 100 (10%) | 54 / 506 (11%) | 2 / 38 (5%) |
| Gemeinde | 33 / 710 (5%) | 6 / 100 (6%) | 20 / 506 (4%) | 3 / 38 (8%) |
| selbst / Umfeld | 301 / 710 (32%) | 23 / 100 (23%) | 207 / 506 (41%) | 15 / 38 (40%) |
| p-Wert | p=0.002 | | p=0.50 | |
| Variable Spitalaufenthalt | | | | |
| <i>fehlende Werte:</i> | 1 | | 1 | |
| Entlassung in letzten 7d | 420 (52%) | 72 (68%) | 273 (48%) | 23 (59%) |
| Entlassung innerhalb letzte 8-90d | 146 (17%) | 10 (10%) | 113 (20%) | 4 (10%) |
| kein Spitalaufenthalt letzte 90d | 249 (31%) | 23 (22%) | 185 (32%) | 12 (31%) |
| p-Wert | p=0.004 | | p=0.26 | |
| Variable Lebensform | | | | |
| <i>fehlende Werte:</i> | 1 | | | |
| allein | 415 (51%) | 32 (31%) | 325 (57%) | 14 (36%) |
| nur mit Partner | 269 (33%) | 35 (34%) | 216 (37%) | 20 (51%) |
| andere Familienzusammen- setzung (z. B. mit Kindern oder anderen verwandten) | 122(15%) | 35(34%) | 28 (5%) | 5 (13%) |
| in Gruppe mit Nichtverwandten | 10 (1%) | 2 (2%) | 3 (1%) | 0 |
| p-Wert | p=0.000 | | p=0.028 | |

* Der p-Wert des Unterschieds in den Häufigkeitsmustern zwischen SpitexkundInnen schweizerischer und ausländischer Staatsangehörigkeit wurde über den exakten Test nach Fisher gerechnet

Tabelle 4: Häufigkeiten der Einflussvariablen bei allen SpitexkundInnen und bei SpitexkundInnen 65-jährig und älter, nach Staatsangehörigkeit

Unterschiede in der Inanspruchnahme der verschiedenen Spitexleistungen nach Staatsangehörigkeit

Es liessen sich signifikante Unterschiede zeigen in der Verteilung der verschiedenen Spitexleistungen zwischen ausländischen Staatsangehörigen und SchweizerInnen. Ausländische SpitexkundInnen nahmen häufiger isolierte Behandlungspflege und Psychiatriepflege, gleich häufig Palliativpflege, und weniger häufig reguläre Hilfe und Pflege oder zeitlich begrenzte Haushalthilfe als schweizerische SpitexkundInnen in Anspruch (siehe Tabelle 5).

| | reguläre Pflege | Psychiatriepflege | Palliativpflege | isolierte Behandlungspflege | zeitl. begrenzte Hauhalthilfe | Total |
|--|-----------------|-------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| SchweizerInnen | 377 49% | 27 3% | 35 5% | 152 20% | 178 23% | 769 100% |
| ausländische Staatsangehörige | 35 37% | 9 9% | 5 5% | 36 38% | 10 11% | 95 100% |
| Total | 412 48% | 36 4% | 40 4% | 188 22% | 188 22% | 864 100% |

p=0.000

(der p-Wert des Unterschieds in den Häufigkeitsmustern zwischen SpitexkundInnen schweizerischer und ausländischer Staatsangehörigkeit wurde über den exakten Test nach Fisher gerechnet)

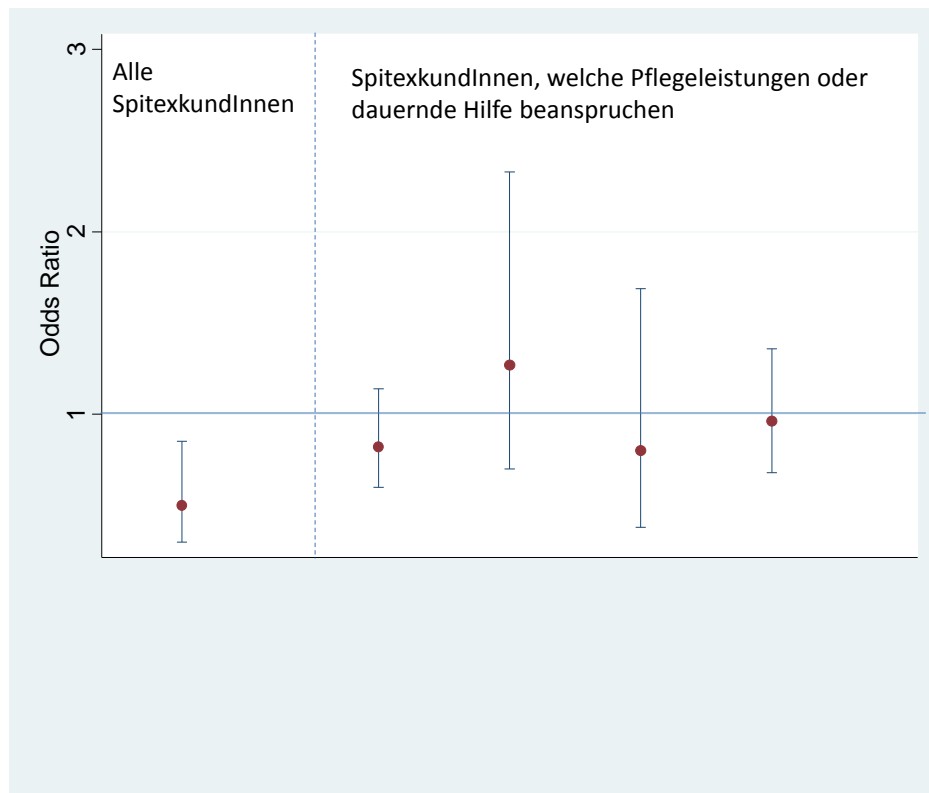
Tabelle 5: Häufigkeit der verschiedene Formen von Spitexleistungen nach Staatsangehörigkeit. n=864

Das Bild veränderte sich, wenn in einem logistischen Regressionsmodell kontrolliert wurde auf Sprache, Alter, Geschlecht, Einweiser, Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthaltes und auf Lebensform (siehe Punkt 3.1.3. für die Übersicht über die Einflussvariablen).

Die Berechnung anhand des logistischen Regressionsmodelles zeigte, dass ausländische SpitexkundInnen im Vergleich zu schweizerischen SpitexkundInnen eine signifikant etwa halb so grosse Wahrscheinlichkeit hatten, zeitlich beschränkte Haushalthilfe in Anspruch zu nehmen. Hier ergab sich eine korrigierte Odds Ratio (OR) von 0.45 (95%-Vertrauensintervall 0.35 - 0.80, p=0.006) siehe Graphik 4. Diese Odds Ratio wurde für alle SpitexkundInnen gerechnet (n=723).

Die Wahrscheinlichkeit, dass ausländische SpitexkundInnen isolierte Behandlungspflege nutzten war etwa gleich hoch wie bei schweizerischen Spitexkundinnen (korrigierte OR=0.94, 95%-Vertrauensintervall 0.65 -1.35). Ausländische SpitexkundInnen erhielten etwas weniger häufig Leistungen der regulären Hilfe und Pflege oder Palliativpflege (kontrolliertes OR=0.85, 95%-Vertrauensintervall 0.6-0.19 für reguläre Hilfe und Pflege; korrigiertes OR=0.82, 95%-Vertrauensintervall 0.38-1.8 für Palliativpflege). Umgekehrt erhielten ausländische SpitexkundInnen etwas häufiger psychiatrische Pflege (korrigiertes OR=1.17, 95%-Vertrauensintervall 0.63-2.23 für Psychiatriepflege), siehe Graphik 4. Diese Odds Ratios wurden ohne die Fälle gerechnet, welche nur zeitlich limitierte Haushalthilfe in Anspruch nahmen (n=733).

Das Konfidenzintervall dieser Odds Ratios geht jeweils über die 1, folglich sind diese Unterschiede statistisch nicht signifikant und könnten allein durch Zufall erklärt sein. Auch die korrigierten Odds Ratios könnten noch verfälscht sein, da sozioökonomische Einflüsse und die zugrunde liegende Indikation mangels entsprechender Daten nicht berücksichtigt werden konnten. Insofern können die Resultate lediglich als Tendenzen interpretiert werden.



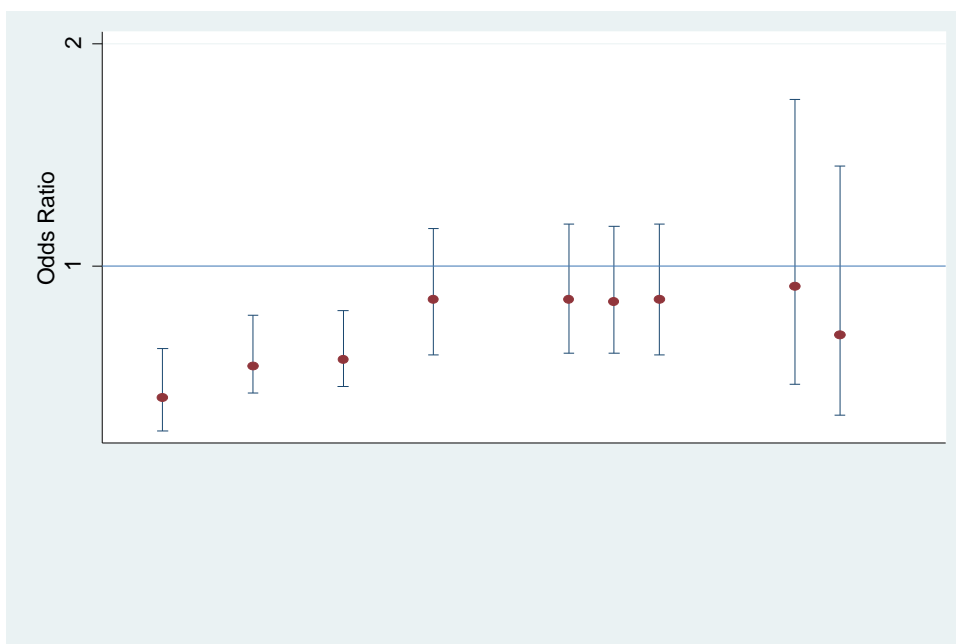
Graphik 4: Odds Ratios für verschiedene Spitexleistungen, kontrolliert auf Nationalität und Sprache/ Alter/ Geschlecht/ Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthaltes/ Einweiser/ Lebensform
 Haushalthilfe: n=923 (alle SpitexkundInnen)
 weitere Leistungsformen: n=733 (SpitexkundInnen mit zeitlich begrenzter Haushalthilfe fallen weg)

Die Wirkung verschiedener Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme, wurde anhand der Leistungsart „reguläre Hilfe und Pflege“ (mit 48% der Leistungen die häufigste Leistungsform) dargestellt, siehe Tabelle 6/ Graphik 5. Diese Leistungsart beinhaltet je nach Situation sowohl Behandlungspflege, wie auch Grundpflege und Haushalthilfe. Insofern ist sie neben der Palliativ- und Psychiatriepflege die umfassendste Leistungsart. Die Überprüfung der Wahrscheinlichkeit für ausländische Staatsangehörige, diese Leistungsform zu erhalten, war wichtig.

- Die Odds Ratio von ausländischen zu schweizerischen SpitexkundInnen, Spitexleistungen in Form von regulärer Hilfe und Pflege zu erhalten, war 0.41. Das heisst, dass ohne Beachtung jeglicher

Confounder, AusländerInnen eine weniger als halb so grosse Chance hatten, diese Umfassende Form der Spitexleistungen zu erhalten.

- Wurde auf Sprache kontrolliert, veränderte sich die Odds Ratio auf 0.58, das heisst die Wahrscheinlichkeit von ausländischen SpitexkundInnen, Spitexleistungen in Form von regulärer Hilfe und Pflege zu erhalten, stieg. Die Sprache konfundierte die Beziehung zwischen Nationalität und dieser Form von Spitexleistungen.
- Die Kontrolle für Geschlecht veränderte die Odds Ratio auf 0.59, folglich war das Geschlecht kein starker Confounder.
- Bei der Kontrolle für das Alter sprang die Odds Ratio auf 0.85, also ist der Unterschied in der Altersverteilung ein starker Confounder der Wahrscheinlichkeit für ausländische Staatsangehörige, Spitexleistungen in Form von regulärer Hilfe und Pflege zu erhalten.
- Die zusätzliche Kontrollen für Einweiser (OR=0.85), Zeitpunkt des letzten Spitalaufenthaltes (OR=0.84) und Lebensform (OR=0.85) zeigten keine grosse Wirkung mehr auf die Odds Ratio.¹³
- Wenn bei der Variable „Gruppe“ unterschieden wurde zwischen den deutschsprachigen und den fremdsprachigen AusländerInnen (wenn anstatt einer ordinalen Variable eine kategoriale angenommen wurde), zeigten die deutschsprachigen AusländerInnen kaum einen Unterschied zu den SchweizerInnen in ihrer Chance auf reguläre Hilfe und Pflege (OR=0.91), die Chance bei den fremdsprachigen hingegen sank auf OR=0.69. Das heisst, die Chance fremdsprachiger AusländerInnen auf reguläre Hilfe und Pflege durch die Spitex war um etwa ein Drittel kleiner wie bei SchweizerInnen.



Graphik 5: Veränderung der Odds Ratio für reguläre Hilfe und Pflege bei schrittweiser Kontrolle für die bezeichneten Einflussfaktoren (n=733, ohne bezüger von zeitlich begrenzter Haushalthilfe)

¹³ Die Lebensform darf nicht mit dem Erhalt von informeller Hilfe verwechselt werden, da informelle Hilfe auch von Angehörige geleistet wird, die nicht im gleichen Haushalt leben. Der Erhalt von informeller Hilfe wurde in anderen Untersuchungen als eine der wichtigsten Determinanten für Unterstützung durch die Spitex beschrieben (Spitex-Inanspruchnahme, BAG 2010).

| <i>(Referenzkategorie jeweils in Klammern)</i> | Odds Ratio | p | [95% Conf. Intervall] |
|---|------------|------|-----------------------|
| Nationalität und Sprache, Geschlecht, Alter | | | |
| Ausländische Staatsangehörige, sprechen Deutsch (Schweizer) | 0.91 | 0.77 | 0.47-1.75 |
| Ausländische Staatsangehörige, sprechen Fremdsprache (Schweizer) | 0.69 | 0.32 | 0.33-1.45 |
| Geschlecht: Frauen (Männer) | 1.58 | 0.01 | 1.11-2.27 |
| Alter in Schritten von 10 Jahren | 1.46 | 0.00 | 1.30-1.64 |
| Einweiser | | | |
| Hausarzt (Akutspital / Langzeitinstitution) | 0.64 | 0.18 | 0.33-1.23 |
| Ambulante Einrichtung, Gemeinde (Akutspital / Langzeitinstitution) | 0.52 | 0.14 | 0.22-1.22 |
| Umfeld, Selbsteinweiser (Akutspital / Langzeitinstitution) | 0.84 | 0.43 | 0.54-1.30 |
| Letzter Spitalaufenthalt | | | |
| Spitalentlassung letzte 8 - 90Tge (Spitalentlassung in letzten 7 Tge) | 0.99 | 0.99 | 0.61-1.63 |
| kein Spitalaufenthalt letzte 90 Tge (Spitalentlassung in letzten 7 Tge) | 1.11 | 0.69 | 0.67-1.84 |
| Lebensform | | | |
| mit PartnerIn (Alleinstehend) | 1.06 | 0.76 | 0.73-1.55 |
| andere Familienzusammensetzung (Alleinstehend) | 1.18 | 0.58 | 0.66-2.12 |
| Gruppe mit Nichtverwandten (Alleinstehend) | 0.41 | 0.29 | 0.08-2.18 |
| Konstante | 1.04 | 0.86 | 0.70-1.53 |

Tabelle 6: Multivariable Logistische Regression für die Zielvariable "reguläre Hilfe- und Pflegesituation" (n=650, SpitexkundInnen ohne Bezüger von zeitlich begrenzter Haushalthilfe)

Fazit:

Es konnten Unterschiede zwischen den SpitexkundInnen ausländischer und schweizerischer Staatsangehörigkeit in Bezug auf Zuweisung, letztem Spitalaufenthalt und Lebensform gezeigt werden. Somit konnte die **Hypothese 1b** im Prinzip bestätigt werden. Nach Einbezug verschiedener konfundierender Faktoren wie Alter und Geschlecht, reduzierten sich diese Unterschiede allerdings deutlich.

Ausländische SpitexkundInnen nahmen zeitlich begrenzte Haushalthilfe durch die Spitex deutlich weniger häufig in Anspruch als schweizerische SpitexkundInnen, wenn für verschiedene Einflussfaktoren kontrolliert wurde. Die Wahrscheinlichkeit, pflegerische Leistungen und zeitlich unbegrenzte Hilfe- und Betreuungsleistungen durch die Spitex in Anspruch zu nehmen, war für ausländische SpitexkundInnen etwa gleich häufig wie für schweizerische SpitexkundInnen, wenn für verschiedene Confounder kontrolliert wurde. Die minimalen Unterschiede in den Wahrscheinlichkeiten könnten mit dem sozioökonomischen Status und der Indikation für die Spitexleistungen zusammenhängen, welche im verwendeten Datensatz nicht ersichtlich waren. Somit wurde keine statistische Evidenz gefunden für einen Unterschied in der Inanspruchnahme der pflegerischen und Hilfe- und Betreuungsleistungen der Spitex durch AusländerInnen und SchweizerInnen. **Hypothese 1c** wurde somit widerlegt.

Als wichtigster Confounder zeigte sich die Altersverteilung. Als wichtiger Einflussfaktor zeigte sich die sprachliche Kompetenz: deutschsprachige ausländische SpitexkundInnen hatten eine nur wenig kleinere Wahrscheinlichkeit wie schweizerische SpitexkundInnen, Spitexleistungen in Form von regulärer Hilfe und Pflege zu beziehen, der entsprechende Anteil war bei fremdsprachigen ausländischen SpitexkundInnen hingegen um etwa einen Drittel kleiner.

4.2 Resultate der qualitativen Untersuchung

In diesem Kapitel werden die Resultate der qualitativen Untersuchung der Forschungsfrage 2 „Wie schätzen im Grossraum Zürich Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenorganisationen die Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten durch professionelle ambulante Pflege ein?“ dargestellt.

Gliederung des Kapitels:

Die Fünf Hauptabschnitte orientieren sich am Erklärungsmodell von Schenk (siehe auch Kapitel 1.4)¹⁴. In Abschnitten 4.2.1 bis 4.2.4 werden Aussagen zu Hürden in Zugang und Nutzung dargestellt, in Abschnitt 5.2.5 Aussagen zu personellen und familialen Ressourcen gegenüber ambulanter Pflege. Am Ende jedes Abschnittes werden mögliche Lösungsvorschläge zusammengefasst.

4.2.1 Sprachliche Kommunikation im Bereich Gesundheit und Krankheit

Verstehen und verstanden werden (Kat. 1)

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nennen früh im Interview die sprachliche Kommunikation als eine der Hauptbarrieren, wenn es um die Inanspruchnahme von Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten geht. Dabei kommt klar zum Ausdruck, dass die Kommunikation anspruchsvoll ist, weil es um gesundheitliche Einschränkungen geht, und um Erfahrungen mit Krankheit und Gebrechlichkeit.

„Meine Erfahrung ist, dass es Leute gibt, die sehr gut integriert sind. Seit 30/40 Jahren leben sie hier, und nach der Pensionierung wollen sie mehrheitlich die Muttersprache sprechen. Es ist viel einfacher für diese Leute z. B. beim Arzt, oder bei Behandlung durch die Spitex, die Muttersprache zu sprechen. Und sich dann wirklich richtig äussern und sagen, was sie wollen und welche Probleme sie haben u.s.w. Darum ist Sprache sehr wichtig.“ (Frau J.)

Die Interviewpartnerinnen und -partner nennen als Gründe für den Mangel an Deutschkenntnissen auf Seiten der älteren Personen einerseits die Tatsache, dass die Migrantinnen und Migranten, welche jetzt das vierte Lebensalter¹⁵ erreichen, keine Integrationspolitik erlebten, welche den Deutscherwerb unterstützt hätte. Dies gilt einerseits für die Arbeits-

¹⁴ Die Resultate der Analyse der Interviewtexte sind gegliedert nach den Hürden im Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens (Punkte 4.2.1- 4.2.4), und den personalen und familialen Ressourcen (Punkt 4.2.5), welche deren Inanspruchnahme beeinflussen. Die in der Analyse der Interviewtexte induktiv gebildeten Kategorien sind diesen 5 Hauptabschnitten zugeordnet und jeweils in Klammern bezeichnet.

¹⁵ Das vierte Lebensalter wird definiert, als die Phase der Hochaltrigkeit mit altersbedingten körperlichen Einschränkungen, welche zu Anpassungen des Alltagslebens zwingen. Diese Definition ist nicht an ein Lebensalter gebunden und der Beginn dieser Lebensphase ist sehr individuell. In der Diskussion wird trotzdem davon ausgegangen, dass das 4. Lebensalter mit 80-85 Jahren beginnt. (siehe auch Kolland 2013: 46)

migrantinnen und -migranten der 60-er und 70-er Jahre, andererseits für ältere Personen welche im Rahmen des Familiennachzuges in die Schweiz kommen. Sie betonen auch, dass die Eingrenzung des sozialen Umfeldes hochbetagter Migrantinnen und Migranten auf ihre Communities und ihre Familien dazu führen könne, dass die erworbene Zweitsprache mangels Praxis verloren geht. Dieser Effekt wird durch eine beginnende dementielle Entwicklung verstärkt.

„Oftmals sind es dann Personen, welche länger aus dem Arbeitsprozess sind, und den Kontakt zu den Schweizern nicht mehr gehabt haben, wenn sie nicht mehr gearbeitet haben. Mehr oder weniger sich nur noch in den eigenen Kreisen mit den eigenen Landsleuten bewegt haben. Und das heisst auch, das wenige Deutsch welches sie einmal sprachen, haben sie verlernt. Es kommt oftmals als erstes: ‚Wie unterhalte ich mich mit dieser Person? Wie kann ich mit dieser Person sprechen?‘“ (Frau F.)

Erfahrungen mit veränderter Gesundheit und Krankheit verbal ausdrücken (Kat. 2)

Das Gelingen oder das Scheitern eines Spitexpflegearrangements wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern mit der sprachlichen Verständigung in Zusammenhang gebracht. Dabei werden Beispiele genannt, wo es um die Begleitung von Personen in der Auseinandersetzung mit Krankheit geht, und um Unterstützung bei der Anpassung an eine veränderte gesundheitliche Situationen. Oftmals wird die Unterstützung durch die Spitex in Situationen in die Wege geleitet, wo Veränderungen in der Gesundheit oder im Umfeld einer Person zu einer Krisensituation geführt haben. Die Begleitung in diesen komplexen Übergängen setzt die Möglichkeit der sprachlichen Verständigung voraus. Dabei machen die Interviewpartnerinnen und -partner die Erfahrung, dass die gute sprachliche Kommunikation vor allem beim Aufbau des Pflegearrangements wichtig ist. Bei einem gut funktionierenden Pflegearrangement, welches auf einem gegenseitigen Vertrauen basiert, nimmt die Wichtigkeit der sprachlichen Verständigung ab.

Situation einer Bosnierin, die einen Hirnschlag erlitten hat: „Es hat wirklich super geklappt, eine Spitexfrau aus dem ehemaligen Jugoslawien hat sie dreimal pro Woche besucht und gepflegt. Und das hat wunderschön geklappt. Weil es für diese alte Frau sehr wichtig war, offen sprechen zu können über ihre Probleme und alles.“ (Frau J.)

Situation einer älteren Spanierin, bei der die Familie durch die Betreuung überfordert war: „Die zwei Töchter und die zwei Schwiegertöchter waren erschöpft. Es war extrem belastend. Und endlich haben sie die Spitex genommen. Es ist dann gut gegangen. Das heisst mit der Familie ist es gut gegangen. Mit der älteren Frau ist es nicht so gut gegangen. Wegen der Sprache und wegen der Kultur. Sie (die Spitex) haben drei verschiedene Mitarbeiterinnen versucht. Diese machten es gut, aber sie konnten nicht mit der älteren Frau sprechen.“ (Frau T.)

„Das Vertrauen aufbauen, das ist wichtig. Und wenn das Vertrauen da ist, ob sie Italienisch können oder nicht, das spielt dann keine Rolle mehr.“ (Frau K.)

Mögliche Lösungsvorschläge aus den Interviews

- Ausnahmslos alle Interviewpartnerinnen und -partner betrachten die gezielte Anwerbung und Ausbildung von Migrantinnen und Migranten für die Tätigkeit in der Spitex als eine gute Möglichkeit, das Problem der Sprachbarriere zu überwinden. Sie betonen dabei, dass neben der besseren sprachlichen Verständigung auch das Wissen um die kulturellen Hintergründe zu einer besseren Zusammenarbeit und einem besseren Aufbau des Vertrauens führen können.
- Eine Interviewpartnerin relativiert diese Haltung. Sie weist darauf hin, dass innerhalb einzelner Sprachgruppen grosse kulturelle Unterschiede bestehen, dass eine gemeinsame Sprache nicht automatisch zu einem besseren kulturellen Verständnis führt.
- Einige Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass eine intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen der jüngeren Generation auch eine Möglichkeit ist, die sprachliche Verständigung mit den älteren Personen zu verbessern (siehe auch Punkt 4.2.5: Personale und familiale Ressourcen). Der gezielte Einsatz interkultureller Vermittlerinnen oder Übersetzer wurde zweimal als Möglichkeit genannt.

4.2.2 Informationen zu Versorgungsangeboten durch die Spitex

Kenntnisse der Dienstleistung (Kat. 3)

Alle Interviewpartnerinnen und -partner haben den Eindruck, dass der Begriff Spitex unter den älteren Migrantinnen und Migranten bekannt ist, und sie auch eine Vorstellung davon haben, was diese Organisation macht. Je nach kulturellem Hintergrund greifen Migrantinnen und Migranten dabei auf Wissen über ambulante Betreuungs- und Pflegedienste in ihren Heimatländern zurück. Die Interviewpartnerinnen und -Partner machen aber die Erfahrung, dass das Wissen zu Dienstleistungen der Spitex vage ist. Eine der grössten Sorgen von älteren Migrantinnen und Migranten ist die Frage der Lebensgestaltung, wenn Unterstützung und Pflege nötig werden (Hungerbühler und Bisegger 2012). Die allgemein verbreiteten Informationen zu Dienstleistungen der Spitex helfen wenig, wenn es darum geht, sich konkrete Vorstellungen zu möglichen künftigen Lebensformen bei Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit zu machen. Die Spitex wird z. T. auch mit anderen Organisationen verwechselt.

Die Interviewpartnerinnen und -partner beschreiben, dass unter Migrantinnen und Migranten Mund zu Mund Propaganda zu möglichen Angeboten ganz wichtig sei. Institutionellen Informationen werde mit einer gewissen Skepsis begegnet, Erfahrungsberichte von Lands-

leuten hingegen überzeugen. Dies wird in Bezug auf Spitexleistungen als Nachteil genannt: ungenaue Informationen zu Dienstleistungen führen zu unrealistischen Erwartungen an die Spitex, und zu Enttäuschung und Frustration bei der Inanspruchnahme. Kursierende negative Erfahrungen und Haltungen erhöhen die Zugangshürde, wenn es darum geht, Spitexpflege und -betreuung zu initiieren. Konkretes Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten ist dringend nötig.

„Ich denke, der Name Spitex ist älteren Migrantinnen und Migranten ein Begriff, aber was sie darunter verstehen, ist nicht immer ganz klar. Sie wissen was die Spitex ist, vielleicht weil sie einen Spitalaufenthalt hatten, wo sie zuhause noch Pflege brauchten. Oder weil jemand in der Nachbarschaft Spitexhilfe hat. Sie wissen, dass es solche Formen gibt. Aber die wenigstens wissen im Detail, was sie von der Spitex erhalten.“

(Frau F.)

„Ich denke, die mündlich weitergegebenen Informationen sind z. T. hinderlich. Die Vorstellung: die Spitex kommt aufräumen und den Haushalt machen, das steht zuoberst. Und oftmals sind sie (die Spitexkundinnen und -kunden, Anmerkung der Autorin) enttäuscht.“ (Frau F.)

Eine Interviewpartnerin aus Osteuropa weist auf den unterschiedlichen Informationsstand von Männern und Frauen hin. Männer kommen aufgrund ihrer besseren Sprachkenntnisse, der jahrzehntelangen beruflichen Integration und der Zeit, die sie ausser Haus verbringen, eher zu Informationen über Spitex. Die Frauen hingegen können weniger gut Deutsch, und haben weniger Kontakt ausserhalb der erweiterten Familie und der Gruppe der Landsleute, was ihnen den Zugang zu Informationen erschwert. Es sind aber diese Frauen, welche für die gesundheitliche Versorgung und Pflege innerhalb der Familie zuständig sind. Die Interviewpartnerin macht die Erfahrung, dass das Thema Spitex in Integrationskursen für Frauen sehr geschätzt wird.

„Es gibt Frauen, die keine Ahnung von der Spitex haben. Aber ihr Mann, der 30 Jahre hier gearbeitet hat, hat diese Wege alle gelernt. Wir haben so einen Mann: er arbeitet und hat Kontakt mit vielen Leuten. Er hört dieses Wort Spitex. Aber die Frauen, die alten Frauen, weniger. Und sie haben keine Ahnung wie das funktioniert. Spitex verwechseln sie mit dem Altersheim. Genau, auch mit pro Senectute.“ (Frau M.)

Kontaktaufnahme mit der Spitex (Kat. 4)

Alle Interviewpartnerinnen und -partner machen die Erfahrung, dass ältere Migrantinnen und Migranten fast ausschliesslich durch ein Spital oder durch den Hausarzt für Spitex angemeldet werden. Zwei Interviewpartnerinnen erwähnen die Anmeldung durch die Familie oder die ältere Person selber, diese Form der Anmeldung sei aber selten. Sie bemängeln die Tatsache, dass ältere Migrantinnen und Migranten nicht wissen, wie und wo sie sich selber für Spitex melden können, und Hemmungen haben selber anzurufen aus Angst, nicht verstanden zu werden.

Informationen zur Finanzierung (Kat. 5)

Ein wichtiger Aspekt der Information sind die Kosten der verschiedenen Leistungen, und der Finanzierungsmodus. Monatliche Spitexrechnungen können hoch ausfallen, und müssen in einem ersten Schritt von den Kunden beglichen werden. Alle Interviewpartnerinnen und -partner betonen, dass ältere Migrantinnen und Migranten oft im Niedriglohnsegment arbeiten, z. T. lange Saisonierstatus hatten und folglich nur eine kleine Rente erhalten. Viele beziehen Ergänzungsleistungen zur AHV um den Existenzbedarf zu decken. Dementsprechend wichtig ist für die Kunden zu wissen, welche Rückvergütungen dieser Ausgaben ihnen zustehen, wo und wie sie diese rückfordern müssen, und welche anderen finanziellen Unterstützungsquellen ihnen zustehen. (siehe auch Punkt 4.2.5, finanzielle Ressourcen)

Mögliche Lösungsvorschläge aus den Interviews

- Von allen Interviewpartnerinnen und -partnern wird die mündliche Information in der Muttersprache als beste Variante gesehen. Erfahrungen zeigen, dass ältere Migrantinnen und Migranten interessiert sind an Informationsveranstaltungen in der Muttersprache zu möglichen Unterstützungsleistungen. Als sinnvolles Gefäss werden die Vereinsstrukturen genannt, welche das Pionierwerk der älteren Migrantengenerationen sind und in welchen sie gut eingebettet sind.
- Ein wichtiger Schwerpunkt wird in der Information der älteren Frauen gesehen. Es werden kulturelle Hintergründe genannt, wo die älteren Frauen bei Entscheidungen in der Familie viel Gewicht haben.
- Ein weiterer Informationsschwerpunkt liegt bei der zweiten Generation. Dies betrifft sowohl Informationen über die Dienstleistungen, wie auch über die Finanzierung und über mögliche Wege für eine Spitexanmeldung. (siehe auch Punkt 4.2.5, Ressourcen in der Familie)

„Wenn sie Schwieger- und Grossmütter werden sind sie starke Frauen. Sie können alles, die ganze Familie delegieren. Aber die Jungen nicht. Man muss diese Frauen informieren.“ (Frau M.)

„Darum finde ich, dass auch in Zukunft Spitex diese Arbeit mit Familienangehörigen intensivieren muss. - Es wäre schön, Familienangehörigen ein bisschen mehr Informationen zu geben; Tochter, Sohn, Schwiegertochter. Meine Erfahrung ist, dass viele erwarten, von der Tochter oder Schwiegertochter gepflegt zu werden. Deshalb ist es wichtig, dass diese Familienangehörige auch informiert sind, dass es so eine Möglichkeit gibt.“ (Frau J.)

4.2.3 Vertrauen gegenüber der öffentlichen Einrichtung Spitex

Der Aufbau von Vertrauen gegenüber dem ambulanten Betreuungs- und Pflegedienst ist in allen Interviews ein zentrales Thema, und wird als wichtigste Voraussetzung für ein dauerhaftes Gelingen einer guten Zusammenarbeit gewertet. Die Aussagen zu den Schwierigkeiten im Aufbau dieses Vertrauensverhältnisses variieren jedoch. Die gängige Annahme, dass es älteren Migrantinnen und Migranten schwerer fällt wie Schweizerinnen und Schweizern, nichtfamiliäre Pflegepersonen in die Privatsphäre ihrer Wohnungen einzulassen, lässt sich durch die Interviews nicht bestätigen. Eine Interviewpartnerin meint, das sei eher ein Problem der Schweizerinnen und Schweizer, und weist darauf hin, dass es Kulturen gibt wo es erstrebenswert ist, Angestellte für Pflege und Betreuung in den Haushalt aufzunehmen. Wo bei eine Erfahrung erwähnt wird, wo ein älterer Herr aus einer familienzentrierten Kultur sich fast nicht vorstellen konnte, „sich von einer fremden Hand pflegen zu lassen“.

Es ist bei den älteren Migrantinnen und Migranten gar nicht so anders wie bei den Schweizerinnen und Schweizern (Kat. 6)

Etwa die Hälfte der Interviewpartnerinnen und -partner betonen in diesem Zusammenhang, dass Schwierigkeiten im Aufbau des Vertrauens primär damit zu tun habe, dass die Spitexkundinnen und -kunden betagt oder hochaltrig sind, nicht mit dem kulturellen Hintergrund. Eine Interviewpartnerin macht die Erfahrung, dass vor allem dort ein Problem mit dem Vertrauen besteht, wo es sich um isolierte ältere Menschen handelt, die z. B. aufgrund einer beginnenden Demenz leicht verwahrlost sind. Dort schwingt die Angst mit: „Wenn ich nicht mehr zuhause sein kann, dann werde ich irgendwo platziert.“ Das erschwert das Zulassen von Betreuung und Pflege durch die Spitex. Diese Interviewpartnerin macht auch die Erfahrung, dass ältere Personen Angst haben, „abgestempelt oder in eine Schema hineingedrückt zu werden“. Diese Angst ist sowohl bei älteren Migrantinnen und Migranten wie auch bei Schweizerinnen und Schweizern spürbar.

Bekannte strukturelle Aspekte der Betreuung und Pflege durch die öffentliche Spitex, welche den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erschweren oder zumindest verlangsamen, werden auch diskutiert. Zwei Interviewpartnerinnen und -partner weisen auf den häufigen Wechsel der Mitarbeitenden hin, und darauf dass sie wenig Zeit haben um auf den langsameren Lebensrhythmus von Hochbetagten einzusteigen. Der Wechsel von Mitarbeitenden wird von hochaltrigen Spitexkundinnen und -kunden als hektisch erlebt.¹⁶

„Ich habe ein paar Mal gefragt: könnt Ihr nicht die gleiche schicken? Irgendwie haben sie sich geweigert, das zu machen. Das ist wirklich auf eine Art respektlos. Weil man da in die Intimsphäre

¹⁶ Dieser Wechsel ist darin begründet, dass für verschiedene Funktionen Mitarbeitende verschiedener Funktionsstufen im Einsatz sind. Z. B. eine Pflegefachfrau für die morgendliche Blutzuckerkontrolle und Insulingabe, und für den späteren Einkauf eine Haushalthilfe.

eines Patienten geht. Und jedes Mal kommt eine andere Person, und man muss sich nackt zeigen. Das ist nicht gut so, wirklich.

Die Spitex ist schon gut gewesen. Aber sie haben eben auch keine Zeit gehabt. Immer mussten sie den Plan einhalten. Und dann haben sie nicht einmal meinem Vater die Haare getrocknet, oder nur schnell mit dem Tüchli abgerieben, und dann ‚also Herr Nero, ich gehe wieder, adieu‘. Und mein Vater ist richtig schockiert gewesen. Sich nackt zeigen müssen, und dann plötzlich ist die Spitexmitarbeiterin wieder gegangen. Das war schrecklich.“ (Frau N.)

Spezielle Anforderungen im Aufbau von Vertrauen bei älteren Migrantinnen und Migranten (Kat. 7)

Neben den Schwierigkeiten im Aufbau von Vertrauen, welche nicht spezifisch mit der Herkunft zu tun haben, kommen zusätzliche Erschwernisse von Migrantinnen und Migranten zur Sprache. Einerseits gibt es das regelrechte Misstrauen gegenüber Vertretern staatlicher Einrichtungen. Dieses wird hauptsächlich im Zusammenhang mit Personen aus Osteuropa genannt, welche entsprechende Erfahrungen mit staatlicher Kontrolle und Korruption mitbringen. Diese Angst wird z. B. durch die Verwendung von Formularen und Papieren ausgelöst, oder dem Setzen einer Unterschrift z. B. unter ein Kontrollprotokoll gerichteter Medikamente.

„Und deshalb sage ich immer: wenn Du mit einem Papier oder einem Brief zu ihnen gehst, und sie unterschreiben müssen... Popopo, sie denken, dass Du eine Polizistin bist. ‚Unterschreiben Sie, dass Sie diese Spritze erhalten haben‘, oder ich weiss nicht was.“ (Frau M.)

Einerseits ist bei diesen Personen eine gewisse Angst vor den schweizerischen Mitarbeitenden der Spitex spürbar, es macht Angst eine Schweizerin oder einen Schweizer in die Wohnung hineinzulassen. Andererseits herrscht auch ein Misstrauen den eigenen Landsleuten gegenüber und die Befürchtung, dass sie persönliche Informationen wie z.B. Diagnosen in die Gemeinschaft der Landsleute tragen könnten. Hier wird die Verschwiegenheit und Zuverlässigkeit der schweizerischen Spitexmitarbeitenden geschätzt.

Was in fast allen Interviews zur Sprache kommt, ist die Beziehungsgestaltung der Spitexmitarbeitenden zu den älteren Migrantinnen und Migranten. Diese wird eher als kühl und zurückhaltend beschrieben, was den Aufbau des Kontaktes zu den älteren Migrantinnen und Migranten erschwert. Die südländischen Interviewpartnerinnen und -partner kontrastieren diese Haltung mit der Herzlichkeit und Spontaneität der mediterranen Mentalität. Aber auch in den Interviews mit Personen anderer Herkunftsländer ist diese Distanziertheit ein Thema. Kenntnisse der kulturellen Hintergründe älterer Migrantinnen und Migranten werden als hilfreich beim Aufbau einer Vertrauensbasis in der Zusammenarbeit mit der Spitex erwähnt. Interessanterweise ist dieser Punkt in den Interviews aber nicht sehr zentral, es werden keine negativen Erfahrungen berichtet, welche mit einer Missachtung des kulturellen Hintergrunds zusammenhängen könnten.

„Ich glaube, wenn jemand freundlich ist, ein Lächeln hat und Feingefühl zeigt, dass das bei den Italienerinnen und Italienern gut ankommt. Mir hat jemand einmal gesagt: ich weiss nicht was sie (die Spitexmitarbeiterin) denkt wenn sie geht. Dass sie zu wenig offen kommuniziert. - Viel freundlicher muss es sein. Das was ihnen fehlt ist die Zuneigung. Sie sind sich etwas anderes gewöhnt. - Man muss den Kontakt so aufnehmen, dass sie merken: sie hat mich gerne.“ (Frau K.)

Mögliche Lösungsvorschläge aus den Interviews

- Als mögliche Unterstützung der Vertrauensbildung werden Faktoren genannt, die in der allgemeinen Diskussion um die Spitex immer wieder Thema sind: Verbesserung der Kontinuität der Pflege- und Betreuungspersonen, Hektik vermeiden und Raum geben für Kommunikation. Was aber in Bezug auf die älteren Migrantinnen und Migranten speziell betont wird, ist die Wichtigkeit des langsamen, schrittweisen Aufbaus der pflegerischen Beziehung. Eine gemeinsame Erfahrung der Interviewpartnerinnen und -partner ist, dass kleine Schritte beim Vertrauensaufbau am meisten bewirken. Als hilfreich wird auch von mehreren Interviewpartnerinnen und -partnern die Möglichkeit genannt, dass die Betreuung durch die Spitex zu Beginn als Versuch betrachtet wird, noch nicht als definitive Einrichtung.
- Was in den Interviews klar herauskommt, ist der Zusammenhang zwischen einer guten Informationspolitik und dem Vertrauen der Spitexkundinnen und -kunden in die Organisation. Dabei handelt es sich nicht nur um korrekte und klare Informationen vor der Inanspruchnahme und zu Beginn der Spitexleistungen, sondern auch um einen zuverlässigen und verständlichen Informationsfluss bei bestehendem Pflege- und Betreuungsarrangement.
- Mehrere Interviewpartnerinnen und -partner formulieren Unterstützungsmassnahmen als hilfreich im Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, die nach Definition der Arbeitsaufgaben der Spitex in den Bereich einer umfassenden Fallführung fallen. (siehe auch Punkt 4.2.5, personale und familiale Ressourcen)

Eine Interviewpartnerin erzählt von einer Situation, in der die Spitexbetreuung am Anfang schlecht angenommen wurde, aber sich mit der Zeit ein grosses Vertrauen aufbaute (die verantwortliche Spitexmitarbeiterin wurde von diesem älteren Herrn mit der Zeit als „meine Tochter“ bezeichnet): *„Ich denke, es ist vor allem wichtig, dass Leute vorher gut informiert sind, was Spitex bedeutet. Also welche Möglichkeiten gibt es, welche Dienstleistungen und so weiter. Ich denke, vor allem ist es wichtig, langsam mit der Arbeit oder mit Vorschlägen voranzugehen. - Ich will nicht sagen, dass die Spitex es nicht so gut macht. Ich denke einfach, dass dieses Vertrauen sehr, sehr wichtig ist, und auch der langsame Aufbau von diesem Vertrauen. Es muss langsam sein.“ (Frau J.)*

4.2.4 Kulturelle Aspekte

Klassischerweise fallen unter diesen Punkt die Aspekte der transkulturellen Kompetenz, oder der Fähigkeit, „individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und angepasst zu handeln“ (Domenig 2007: 174). Interessanterweise werden in den Interviews von keinen negativen Erfahrungen berichtet, bei denen Spitexmitarbeitende sich gegenüber kultureller Andersartigkeit unsensibel, respektlos oder voreingenommen verhalten hätten. Es wird aber immer wieder betont, dass transkulturelle Kompetenzen für Spitexmitarbeitende wichtig sind. Was sich jedoch in den Interviews als Schwerpunkt zeigt, sind die speziellen Aspekte des Alterns in einem Migrationsland, mit denen sich Migrantinnen und Migranten auseinandersetzen müssen.

„Wir (älteren Migrantinnen und Migranten) sollten denken: Wir sind zum ersten Mal die erste Generation in der Schweiz. Wir selber. Wir lernen etwas total Neues. Total neues! -Wir sind 40 oder 50 Jahre hier. Wir sind die ersten. Unsere Kinder werden die Sachen anders sehen. Wir waren quasi ‚schockiert‘ (bei der Einwanderung, Anmerkung Autorin). Darum müssen wir gute Arbeit leisten.“ (Herr A.)

Hilfe annehmen und ein Leben mit Abhängigkeit gestalten (Kat. 8)

Ältere Migrantinnen und Migranten sind im Alter noch einmal gefordert, Pionierarbeit zu leisten. Das ist in den Interviews ein wichtiges Thema. Ähnlich wie bei der Einwanderung sind sie vor neue Anforderungen gestellt; jetzt ist es die Frage, wie Altern „in der Fremde“ gestaltet werden kann. Migrantinnen und Migranten der ersten Generation haben keine Vorbilder, keine ältere Generation welche diese Anforderungen schon einmal bewältigen musste. Die Frage der Zugehörigkeit stellt sich wieder ganz neu und mit vermehrter Dringlichkeit: „Wo möchte ich sein, wo ist meine Heimat? Wo möchte ich sterben?“ (Ertl 2012) Bei erhaltener Gesundheit und Mobilität ist gerade das Pendeln zwischen Ursprungsland und Aufnahmeland eine Möglichkeit, in dieser Frage einen individuellen Weg zu finden. Im Rentenalter geniessen Arbeitsmigrantinnen und -migranten eine erhöhte örtliche Flexibilität, was das Pendeln ermöglicht.

Bei Verlust der Mobilität oder bei Abhängigkeit durch chronische Krankheit sind dem Pendeln aber Grenzen gesetzt. Auf die Frage, wo denn ältere Migrantinnen und Migranten bleiben, wenn sie auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, war die Antwort der Interviewpartnerinnen und -partner in dieser Untersuchung: „Dort wo ihre Kinder sind.“ Hilfe anzunehmen und das Leben in Abhängigkeit zu gestalten, ist für alle älteren Personen schwierig. Für ältere Migrantinnen und Migranten ist dieser Schritt nochmals erschwert durch die Frage der Zugehörigkeit. Für die professionellen Helferinnen und Helfer ist es wichtig zu wissen, wie schwierig und Konfliktbeladen dieser Schritt sein kann, und wie sie ältere Migrantinnen und Migranten darin unterstützen können.

Bei dieser Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern spielt bei Migrantinnen und Migranten die Migrationsbiographie eine wichtige Rolle. Neben der Arbeitsmigration gibt es verschiedenste Gründe, eine neue Existenz in einem Gastland aufzubauen. Mehrere Interviewpartnerinnen und -partner weisen darauf hin, dass in der Schweiz immer mehr Kriegs- und Wirtschaftsflüchtlinge das hohe Alter erreichen werden, welche z. T. tiefe Verwundungen aus ihrer Migrationsbiographie mit sich tragen. Diese Erfahrungen werden sich noch stärker auf ihre Auseinandersetzung mit Krankheit und körperlichen Einschränkungen auswirken, und auf ihre Annahme von Betreuung und Pflege.

„Ältere Migrantinnen und Migranten, egal ob sie eingebürgert sind oder nicht, fühlen sich trotzdem als Gast hier. Und viele, fast alle, sind hierhergekommen mit dem Ziel, „eines Tages kehre ich wieder zurück“. Und dann kommen Alter und Krankheit, und sie sind hiergeblieben. Und dann kommt noch z. B. die Spitex. Das bringt noch mehr Belastung. „Jetzt bin ich total abhängig von jemandem“, und das macht die Situation komplizierter.“ (Frau J.)

Familienstrukturen und -hierarchien (Kat. 9)

Ein Punkt, bei dem in den Interviews Spitexmitarbeitenden mangelndes Verständnis für kulturelle Unterschiede zugeschrieben wird, ist in Bezug auf Familienstrukturen und Rollen im Familiengefüge. In den Interviews wird dies vor allem im Zusammenhang mit Familien aus dem Osteuropäischen Raum genannt. Laut einer Interviewpartnerin erfordert die Tatsache, dass die älteste Generation eine grosse Verantwortung innerhalb der Familie trägt und für alle Familienmitglieder wichtige Entscheidungen trifft, eine gute Zusammenarbeit. Die Rolle der Schwiegertochter als derjenigen, welche den Haushalt und die Pflege der ältesten Generation übernehmen muss, ist für eine schweizerische Mitarbeiterin befremdend. Dies birgt Konfliktpotential, zumal sich auch das System in diesen Familien durch den Generationenwandel in der Schweiz verändert.

„Die Spitexmitarbeitende muss kompetent sein im Gespräch, und auch aufmerksam sein auf Gefühle. Und gegenüber der alten Person, die krank ist, sehr aufmerksam sein - so dass diese Person im Mittelpunkt ist. Nicht die Schwiegertochter und der Sohn oder die Tochter, aber die kranke Person ist im Mittelpunkt. - Ich denke, durch den Generationenwandel können viele Konflikte entstehen. Ich bin schockiert, wirklich. Früher konnten wir uns nicht so verhalten: auch wenn ich meine Schwiegermutter nicht so lieb gehabt habe, ich durfte nicht so schreien. Ich war zurückhaltend. Aber heute, die Jungen!“ (Frau M.)

Gewohnheiten und Standards in Haushalt und Ernährung (Kat. 10)

Vor allem in Interviews mit Interviewpartnerinnen und -partner aus dem südeuropäischen Raum, nimmt das Thema „Hilfe im Haushalt“ erstaunlich viel Platz ein. Es wird beklagt, dass die Spitex zu wenig tüchtig ist, zu langsam vorwärts kommt, ungenau reinigt, unter den Bet-

ten wird nicht Staub gesaugt, und Bettwäsche wird auf dem Bett belassen, bis sie schwarz ist. Es werden mehrere Beispiele genannt, wo Betreuungsarrangements mit der Spitex aufgelöst wurden, weil der erforderliche Standard der Haushaltsführung nicht erreicht wurde. Zudem ist das Kochen ein Thema. Es wird beklagt, dass es bei den verschiedenen Mahlzeitendiensten, welche der Spitex zuliefern, keine mediterranen Menus gibt.¹⁷ Wenn über längere Zeit die Ernährung durch die Spitex sichergestellt werden soll, bereitet dieser Mangel an gewohnter Kost Probleme und vermindert die Akzeptanz der Spitex.

Diese Resultate sind deshalb relevant, weil oft der erste Kontakt mit der Spitex über die Unterstützung im Haushalt geht. Die Erfahrungen, welche dabei gemacht werden, prägen den Ruf der Spitex und vereinfachen bzw. erschweren den Zugang zu gesundheitlich wichtigen pflegerischen Leistungen der Spitex. Zudem ist Unterstützung im Haushalt ein wichtiger Bestandteil der Angehörigenentlastung bei belastender Betreuung erkrankter Familienangehöriger.

„Aber die Spitex ist auch wieder etwas negatives, muss ich sagen. Weil ich meine, sie kommen um zu putzen. Aber sie putzen nicht gründlich.“ (Frau N.)

Lösungsvorschläge aus den Interviews

Aus den obigen Punkten lassen sich folgende Punkte für eine Verbesserung des Umgangs mit kultureller Differenz ableiten

- Stärkung des Bewusstseins und des Wissens bei den Spitexmitarbeitenden dafür, wie die Migrationsgeschichte die Annahme von Hilfe und die Gestaltung des Lebens bei Abhängigkeit beeinflusst.
- Sensibilisierung für andersartige Familienstrukturen und -hierarchien. Stärkung der Kompetenzen der Spitexmitarbeitenden in der Zusammenarbeit mit diesen Familien.
- Anpassungen der Dienstleistungen an die Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten von Migrantinnen und Migranten - wobei der Bedarf, der in den Interviews klar herauskommt, sich auf die Anpassung der Unterstützung im Haushalt bezieht.

¹⁷ Die Spitex kocht nicht von Grund auf Menus, sondern arbeitet für die warmen Mahlzeiten grundsätzlich mit den Anbietern von Mahlzeitendiensten zusammen.

4.2.5 Personale und familiale Ressourcen

Die Interviews geben Aufschluss über verschiedene familiale und personale Ressourcen, welche die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch die Spitex beeinflussen:

- Finanzielle Ressourcen
- Ressourcen in der Familie für informelle Unterstützung und Pflege
- Sich im Gesundheitswesen zurechtfinden und notwendige Unterstützung organisieren

Finanzielle Ressourcen (Kat. 11)

Bis auf eine Interviewpartnerin betonen alle, dass die Kosten für Spitexleistungen von älteren Migrantinnen und Migranten als teuer empfunden werden. Immer wieder wird erwähnt, dass die Kosten für den Einsatz als unverhältnismässig hoch betrachtet werden im Vergleich zu der erbrachten Leistung. Dies wird vor allem in Bezug auf Haushalthilfe beschrieben, wo eine gute Raumpflegerin effizienter arbeite und erst noch billiger sei. Aber auch die Kosten für Grundpflege und Behandlungspflege werden als hoch empfunden im Vergleich zu der erbrachten Leistung. Drei Interviewpartnerinnen berichten von konkreten Situationen, in denen das Pflege- und Betreuungsarrangement mit der Spitex frühzeitig abgebrochen wurde, weil die älteren Migrantinnen und Migranten nicht bereit waren, die Kosten zu bezahlen. In den Interviews kommt immer wieder zum Ausdruck, dass Ausgaben für die Spitex ältere Migrantinnen und Migranten „noch mehr reue“ wie ihre Schweizer Altersgenossen. Eine Interviewpartnerin aus Osteuropa erklärt das so, dass Personen aus einem kommunistisch organisierten Herkunftsland sich nicht gewöhnt sind, für diese Art von Dienstleistung zu bezahlen. Als weiterer Grund wird das gemeinsame Migrationsprojekt genannt, der Lebensentwurf der mit Sparen und Aufbau im Heimatland verbunden ist. Zudem kann dabei Eigentum im Herkunftsland erschwerend sein beim Antrag auf Ergänzungsleistungen. Das Eigentum zählt dabei als Vermögen, und somit kann je nach Wert die Berechtigung auf Ergänzungsleistungen entfallen, welche wichtig wären für die Finanzierung des Selbstkostenanteils von Spitexleistungen.

Mehrere Interviewpartnerinnen machen die Erfahrung, dass die Inanspruchnahme von Spitexleistungen zusätzlichen administrativen Aufwand bedeutet, der in sich zur Hürde werden kann: die hohen Rechnungssummen müssen zuerst beglichen werden, dann zur Rückvergütung der Krankenkasse bzw. den Ergänzungsleistungen eingereicht werden. Zudem kann bei einem Pflegebedarf, welcher länger als ein Jahr andauert, ein Antrag auf Hilflosenentschädigung gestellt werden, was auch wieder administrativen Aufwand bedeutet.

„Es hat natürlich ältere Migrantinnen und Migranten, die auf dem Existenzminimum leben. Und wenn solche Rechnungen kommen, das ist natürlich belastend..... Wissen Sie, sie sagen: ‚es hat mir nichts gebracht‘. Gerade letzthin hat jemand eine Mahnung erhalten, weil sie keine Rechnungen

mehr bezahlt hatte. ‚Wieso soll ich 2000.- zahlen? Die haben mir gar nichts gemacht. Nur Tabletten bereitgestellt und die Dusche und fertig.‘“ (Frau K.)

„Und dann sagen die Frauen: ‚Aber man muss die Spitex bezahlen, hat mein Mann gesagt‘. – ‚Aber wieso kannst Du sie nicht bezahlen?‘ ‚Weil mein Mann baut ein Haus in Kosovo.‘ Es ist sehr schwierig.“ (Frau M.)

Ressourcen in der Familie für informelle Unterstützung und Pflege (Kat. 12)

Grundsätzlich bestätigen die Interviews das Bild der älteren Migrantin und des älteren Migranten, welche von ihren Kindern umsorgt werden. In diesen Familien ist bei der älteren Generation die Erwartung ausgeprägt: „meine Kinder werden mich pflegen“. Die Interviewpartnerinnen und -partner relativieren diese Erwartungshaltung durch den Generationenwechsel in den Herkunftsländern. Dort ist es aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr so, dass die jüngere Generation uneingeschränkt die Pflege und Betreuung ihrer betagten Eltern gewährleisten kann, und es entstehen immer mehr Einrichtungen zur Alterspflege. Diese Entwicklung im Herkunftsland werde zu wenig durch die älteren Migrantinnen und Migranten wahrgenommen.

Die jüngere Generation in Migrantenfamilien hat durch ihre Sozialisation eine ganz starke Erwartung an sich selber, diese Unterstützung und Pflege der älteren Generation zu gewährleisten. In den Worten einer spanischen Sozialarbeiterin „normalerweise ist das Prozedere bis ans Limit“. Erst wenn Angehörige wirklich an die Grenzen ihrer Kräfte kommen, erwägen sie, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei ist der Anspruch, den sie an sich selber stellen, hoch.

Die Interviewpartnerinnen und -partner berichten aber von einem Haltungswechsel: den Ressourcen der zweiten Generation sind Grenzen gesetzt durch die Berufstätigkeit beider Partner, oder durch die Betreuung von noch jungen Kindern oder Enkelkindern. Das hat zur Folge, dass die zusätzliche Belastung durch die familiäre Pflege zu hoch ist, und die jüngere Generation nicht einfach bereit ist, die Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder zu gewährleisten. Mehrfach wird in den Interviews erwähnt, dass dieser Gesinnungswechsel zu Streit führen kann innerhalb der Familie.

In allen konkreten Beispielen von familiären Pflegearrangements, welche in den Interviews beschrieben werden, sind es weibliche Familienangehörige, welche die Pflege wahrnehmen. Das sind entweder Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter oder andere weibliche Angehörige. Die Belastung und manchmal auch Überforderung durch die Pflege- und Betreuung, und die Einschränkungen z. B. durch die Aufgabe eines Teils der Berufstätigkeit betreffen somit grösstenteils die Frauen.

„Zum einen spürt die zweite Generation die Erwartungen. Das spürt man als Kind der zweiten Generation von klein auf: ‚Ja die Schweizer stecken ihre Alten in ein Alters- oder Pflegeheim‘. Mit dem wächst man auf, und auch mit dem Vorurteil ‚das ist etwas Schlechtes‘. Das heisst, wenn man es machen müsste, wäre das mit einem sehr schlechten Gewissen.“ (Frau F.)

„Deshalb, wenn die Mutter oder der Vater krank ist, ist der erste Schritt: ‚Wir Töchter, wir machen es so, ich komme am Montag und Dienstag, und Du kommst am Mittwoch und Donnerstag.‘ Das ist der erste Schritt. Und wenn die Töchter überfordert sind, suchen sie jemanden in der Familie, der das machen könnte. Der letzte Schritt ist Spitex, oder eine Pflegewohnung oder so. Das ist die mediterrane Mentalität. Für meine Mutter muss es perfekt sein. Das ist meine Mutter.“ (Frau T.)

„Meine Erfahrung ist, viele erwarten von der Tochter oder Schwiegertochter, dass sei von diesen Personen gepflegt werden. Und dann kommt oft Streit in die Familie und so weiter.“ (Frau M.)

Vier Interviewpartnerinnen beschreiben Situationen von älteren Migrantinnen und Migranten, welche keine Angehörigen in der Schweiz haben, oder grundsätzlich keine Angehörigen, zu welchen sie Kontakt pflegen. Bei diesen ist einerseits, wie auch bei alleinstehenden Schweizern, der Bedarf nach Spitex erhöht. Andererseits wird bei ihnen die Betreuung durch die Spitex als anspruchsvoller beschrieben. Die Erwartungen an die Spitex können dann sehr hoch sein und zu Konflikten führen.

Sich im Gesundheitswesen zurechtfinden und notwendige Unterstützung organisieren (Kat. 13) In den Interviews kommt die unterstützende Rolle der Spitexmitarbeitenden zur Sprache, wenn es darum geht, den Überblick über eine Pflegesituation zu gewährleisten, die Bemühungen aller Beteiligten zu koordinieren, gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen und verständlich zu vermitteln, und notwendige gesundheitsrelevante Massnahmen in die Wege zu leiten. Diese Rolle entspricht der Fallführung, welche in Spitexpflegesituationen durch eine diplomierte Pflegefachperson wahrgenommen wird (siehe Kapitel 1.3). Der Bedarf nach einer effektiven Fallführung, ist bei Personen die z. B. kein Deutsch sprechen und sich in den Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens schlecht auskennen oder einen tiefen Bildungshintergrund haben, höher¹⁸. Die Fallführung ist in diesen Situationen anspruchsvoll, und sie wird nicht immer so wahrgenommen, wie sie in der Funktionsbeschreibung definiert ist. In den Interviews wird hier ein Bedarf nach Verbesserung festgestellt, der natürlich mit dem Aspekt der sprachlichen Verständigung eng verknüpft ist.

Eine Interviewpartnerin mit Erfahrung als Spitexmitarbeitende bringt es so auf den Punkt: *„Ich erlebe im Alltag, wie Spitex sich nicht für das ganze verantwortlich fühlt, sondern nur ‚das‘ (z. B. ei-*

¹⁸ Sich gesundheitsrelevante Informationen beschaffen und verstehen, sich im Gesundheitssystem orientieren und Bedürfnisse und Anliegen vertreten zu können und so zu notwendiger Unterstützung zu kommen, sind Komponenten der Gesundheitskompetenz (Gutzwiler und Paccaud 2007). Diese ist stark abhängig von Bildungshintergrund und Integration und Sprache.

nen Verbandswechsel, Anmerkung der Autorin) macht. Es gibt Angehörige, die fühlen sich als Manager der ganzen Sache, und diese sehen Spitex als Dienstleister. Und dann managen sie es, und sagen zur Spitex ‚das und dann das‘, und das klappt dann auch. - Und dann gibt es die andere Gruppe, welche eigentlich sehr überfordert ist: die Tochter welche 100% schafft, und sowieso schon völlig am Rande der Erschöpfung ist. Und diese bräuchte eigentlich, und hat auch die Erwartung, dass die Spitex kommt und die Verantwortung übernimmt und auch für das Gesamte schaut. Das findet häufig so nicht statt. Und das, denke ich, ist natürlich in dieser Situation gar nicht richtig. Diese Familien brauchen eine Spitex welche ein Case Management macht.“

(Frau A.)

In einer Alltagssituation könnte das durchaus so aussehen: *„Ich erinnere mich an eine Frau, eine alte Dame, sie hat eine Spitex gehabt. Und sie brauchte eine Telefonnummer. Und die Spitexfrau hat schlecht geantwortet: sie hat sie ihr nicht gegeben. Die Frau hat mir gesagt: ich will nicht mehr Spitex.“* (Frau M.)

Verbesserte Unterstützung der personalen und familialen Ressourcen durch die Spitex

- In fast allen Interviews wird ein Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen gesehen. Ein Modell wird gefordert, welches Angehörige klar entlastet und gleichzeitig sicherstellt, dass diese informiert sind und Einblick in die Situation haben.
- Eine gute Fallführung würde die Attraktivität der Spitex als Dienstleisterin erhöhen, und den in den Interviews geforderten Punkt der besseren Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen gewährleisten. Diese Form der Unterstützung könnte auch das Vertrauensverhältnis zwischen älteren Migrantinnen / Migranten und Spitex stärken.
- Mehrere Interviewpartnerinnen schlagen Unterstützung vor bei der zusätzlichen Administration, welche durch die Spitexleistungen ausgelöst wird.

4.2.6 Wichtigste Resultate

Im Folgenden werden die wichtigsten Resultate der Interviews in Bezug gebracht zu den Forschungsfragen. (Für Aspekte, welche nicht Migrationsspezifisch sind, siehe Kapitel 5.2 „weitere Implikationen“.)

2a) Welche Hürden bestehen im Zugang und in der Nutzung von Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten?

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten erschweren den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und einer guten Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Familien im komplexen Bereich von Gesundheit und Krankheit, und in der Bewältigung der Folgen veränderter gesundheitlicher Situationen.

Generell werden den Spitexmitarbeitenden gute Kompetenzen im Umgang mit kultureller Unterschiedlichkeit bei älteren Migrantinnen und Migranten zugesprochen. Bemängelt werden das Wissen um die Wichtigkeit der Migrationsbiographie und um die Anforderungen, welche das Altern in einem Migrationsland mit sich bringt.

Auch werden fehlende Kompetenzen im Umgang mit andersartigen Familienstrukturen und -hierarchien genannt. Eine gute Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen wird als zentraler Aspekt der Unterstützung durch die Spitex gesehen, und ein Fehlen dieser Zusammenarbeit kann in sich zu einer Hürde in der Nutzung werden.

Informationen zu Spitexleistungen sind bei älteren Migrantinnen und Migranten vorhanden, aber oft sind diese rudimentär oder negativ belastet. Mangelndes konkretes Wissen zu Unterstützungsmöglichkeiten und Finanzierung erschweren den Zugang. Dies betrifft Frauen stärker als Männer. Die Finanzierung der Spitex und der damit verbundene administrative Aufwand werden für Personen mit niederem Einkommen als Hürde erlebt.

2b) Welche Einstellungen zeigen ältere Migrantinnen / Migranten und ihre Familien gegenüber ambulanter professioneller Pflege?

Das Bild, welches in den Interviews gezeichnet wird, ist dasjenige von Migrantenfamilien, welche den Wunsch und den Anspruch haben, ihre älteren Familienmitglieder zuhause betreuen und pflegen zu können, und dabei in Situationen der Überforderung hineinlaufen. Die Hinzunahme von Hilfe von aussen wird als Versagen in der Erfüllung dieser Rolle aufgefasst, wobei ambulante pflegerische Unterstützung weniger als Versagen empfunden wird als eine Institutionalisierung der Eltern. Es werden mehrere Beispiele geschildert, wo die ergänzende Spitexpflege von schwer pflegebedürftigen Personen in Migrantenfamilien sehr gut funktioniert hat und geschätzt wurde. Ältere Migrantinnen und Migranten werden in den Interviews grundsätzlich als offen beschrieben gegenüber professionellen Pflegenden und

Helfenden, welche in die Privatsphäre ihrer Haushalte kommen, mit Ausnahme von gewissen Migrantengruppen aus Osteuropa, welche im Herkunftsland Repressionen erlitten haben.

Zusammenfassend kann die Einstellung älterer Migrantinnen und Migranten und ihrer Familien gegenüber Unterstützung als ein Abwägen von Aufwand und Nutzen betrachtet werden. Aufwand bedeutet, neben der finanziellen und administrativen Mehrbelastung, auch die ganze organisatorische und kommunikative Leistung, sich mit dieser Form von Unterstützung zu arrangieren. Der Nutzen daraus ist einerseits die praktische Hilfe und Entlastung in den alltäglichen Anforderungen des Lebens mit gesundheitlichen Einschränkungen, andererseits hilfreiche Unterstützung durch Fachpersonen in Krankheitsverständnis und -bewältigung und im Idealfall herzliche und stützende Beziehungen. Aufgrund der Aussagen in den Interviews könnte postuliert werden, dass je schwerer die gesundheitlichen Probleme und der Pflegebedarf der betroffenen Person sind, desto wahrscheinlicher die Bilanz in Richtung wahrgenommenen Nutzen durch die Spitex ausfällt.

2c) Wo besteht Verbesserungspotential in der Gestaltung der Dienstleistung und der Zusammenarbeit mit älteren Migrantinnen / Migranten und ihren Familien?

Folgende wichtigsten Verbesserungsvorschläge werden in den Interviews formuliert:

- Verbesserung der sprachlichen Kommunikation durch gezieltes Ausbilden und Anwerben von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und der Gewährleistung von einem unkomplizierten Zugang zu Übersetzungsdiensten.
- Stärkung der Fallführung bei älteren Migrantinnen hinsichtlich einer umfassenderen Beratung und besserer Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen.
- Schulung der Spitexmitarbeitenden in transkultureller Kompetenz, mit Schwerpunkt auf Umgang mit Familienstrukturen und -hierarchien und Wissen darüber, wie die Migrationsbiographie die Annahme von Hilfe und die Gestaltung des Lebens bei Abhängigkeit beeinflusst.
- Informationsabgabe über direkten muttersprachlichen Kontakt an den Anlässen der Migrantenvereinigungen, mit Schwerpunkt auf Information der Frauen und der zweiten Generation.
- Vereinfachung der Zahlungswege bis hin zu der Möglichkeit, dass die Spitex bei der Administration hilft, welche durch die Spitex-Inanspruchnahme verursacht wird.

5 Diskussion

5.1 Bedeutung der Hauptergebnisse

In diesem Kapitel diskutiere ich Resultate, welche vor allem ältere Migrantinnen und Migranten betreffen. Weitere Resultate, welche sowohl für die älteren Migrantinnen und Migranten wie auch Schweizerinnen und Schweizer wichtig sind, werden im nächsten Kapitel „weitere Implikationen“ beleuchtet.

Inanspruchnahme

Das Resultat der statistischen Untersuchung der Spitexdaten der Stadt Luzern fällt überraschend aus: es konnten nur **kleine statistische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen durch die Spitex zwischen Schweizerinnen und Schweizern und ausländischen Staatsangehörigen** gezeigt werden. Da im verwendeten Datensatz keine Anhaltspunkte für den funktionellen Gesundheitsstatus und den sozio-ökonomischen Status enthalten waren, könnten diese Faktoren die minimalen Unterschiede weiter erklären. Somit kann auf diesen Datensatz bezogen die Annahme widerlegt werden, dass ältere Migrantinnen und Migranten was die Häufigkeit und Art der Leistungen anbelangt, durch die Spitex „unterversorgt“ (Kohn et al. 2013) seien. Als starker Confounder der Beziehung zwischen Spitex-Inanspruchnahme und Staatsangehörigkeit zeigte sich die Altersverteilung. Damit wäre die Erfahrung in Spitexzentren, dass ältere Migrantinnen und Migranten unter den Spitexkundinnen und -kunden untervertreten sind, hauptsächlich diesen Unterschieden in der Altersverteilung zuzuschreiben: die Spitex-Inanspruchnahme steigt in der Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe der über 84-jährigen rapide an (siehe Kapitel 1.3). Diese Altersgruppe ist jedoch bei den Migrantinnen und Migranten prozentual stark untervertreten. (im Jahr 2011 in Luzern machten in der schweizerischen Bevölkerung die über 79-jährigen 7,9% aus, bei ausländischen Staatsbürgern waren es 1,3%. Quelle: eigene Berechnung anhand der Bevölkerungsstatistik).

Ein Unterschied zeigt sich bei der Inanspruchnahme der zeitlich beschränkten Haushalthilfe: ausländische Staatsangehörige haben eine signifikant kleinere Wahrscheinlichkeit, Spitexleistungen in dieser Form zu beanspruchen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Kohn et al (Kohn et al 2013). Eine mögliche Erklärung dafür zeigen die Interviews in dieser Untersuchung: bei Pflegebedürftigkeit wird die Unterstützung durch die Spitex als positiv erlebt, während die Haushalthilfe generell weniger den Bedürfnissen älterer Migrantinnen und Migranten entspricht. Ein anderer Grund lässt sich sicher in der finanziellen Belastung finden: Haushalthilfe durch die Spitex muss im Gegensatz zu Pflege und Beratung „out of pocket“, über Zusatzversicherungen oder Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Einflussfaktoren

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse dieser Arbeit darauf hin, dass bestehende Hürden in Nutzung von und Zugang zu Spitexleistungen vor allem diejenigen älteren Migrantinnen und Migranten treffen, welche aus verschiedenen Gründen weniger in der schweizer Gesellschaft integriert sondern hauptsächlich in ihren Communities eingebettet sind. Die Interviews zeigen **sprachliche Verständigungsschwierigkeiten als einen der wichtigsten Problempunkte** älterer Migrantinnen und Migranten gegenüber Spitexdiensten. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten erschweren den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und einer guten Zusammenarbeit im komplexen Bereich von Gesundheit und Krankheit. Die quantitative Analyse der Spitexdaten aus Luzern bestätigt die Tatsache, dass etwa 40% der älteren ausländischen Staatsangehörige, welche Spitex in Anspruch nehmen, nicht Deutsch sprechen. Diese fremdsprachigen Personen haben eine um etwa einen Drittel geringere Chance, reguläre Hilfe und Pflege durch die Spitex in Anspruch zu nehmen. Als Verbesserungsmöglichkeit werden in den Interviews vor allem das gezielte Anwerben und Ausbilden von Spitexmitarbeitenden mit einem Migrationshintergrund genannt. Zusätzlich muss die fallführende Pflegeperson für wichtige Gespräche unkompliziert und kostengünstig eine kompetente Person zur Übersetzung beiziehen können. Auch das Bundesamt für Gesundheit und Migration sieht in seinem Strategiepapier 2014 - 2017 den erleichterten Zugang ambulanter Pflege zu interkulturellen Übersetzungsdiensten als Schwerpunkt (BAG 2013). Interessanterweise relativiert van Holten diese Sicht: in ihren Interviews mit pflegebedürftigen Migrantinnen und Migrantinnen stellt sie fest, dass die Sprachbarriere bei ambulanter Pflege weniger problematisch ist als bei institutioneller Pflege (van Holten 2009).

Eine weitere Folge schlechter sprachlichen Integration ist der Mangel an konkretem Wissen von älteren Migrantinnen und ihren Familien zu Möglichkeiten der Betreuung durch die Spitex. Die Informationspolitik zu Spitexangeboten gegenüber älteren Migrantinnen und Migranten wird in der Fachwelt schon lange diskutiert, und die Wichtigkeit der persönlichen, aufsuchenden Information und Beratung in der Muttersprache ist schon länger bekannt (Hungerbühler und Bisegger 2012). Aus dieser Untersuchung gehen als wichtige Schwerpunkte hervor, **dass bei der Informationspolitik ältere Frauen und die zweite Generation speziell angesprochen werden müssen.**

Die Wichtigkeit guter **Zusammenarbeit mit dem ganzen Familiensystem** und die Stärkung Angehöriger in der Betreuung und Pflege älterer Migrantinnen und Migranten ist ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung. Die quantitative Analyse untermauert die Wichtigkeit der Zusammenarbeit: der Anteil älterer Ausländerinnen und Ausländer unter den Spitexkundinnen und Kunden in Luzern, welche in einer Partnerschaft oder einer erweiterten Familiensammensetzung leben, ist deutlich höher als bei Schweizerinnen und Schweizern. Wobei die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die ausserhalb des Haushaltes wohnen, genauso wichtig ist: 64% der älteren Migrantinnen und Migranten in der Schweiz sehen ihre erwachsenen

Kinder mehrmals pro Woche (Bolzmann/Fibbi/Via 2001 in van Holten 2009: 37). Aktuelle Studien zeigen, dass diese Migrantenfamilien einerseits gerne ihre älteren Mitglieder ausschliesslich in der Familie pflegen würden. Andererseits sind sie mit einer veränderten gesellschaftlichen Situation und veränderten Rollenbildern konfrontiert, welche diese innerfamiliäre Pflege erschweren (Kobi 2008, van Holten 2009). Dass die Fallführung, wie sie gemäss Spitexrichtlinie angestrebt wird, für die effektive Unterstützung des ganzen Familiensystems zentral ist, ist eine wichtige Erkenntnis dieser Untersuchung (siehe auch Punkt 4.2.5 „personale und familiäre Ressourcen“). Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit der Familie und der Begleitung dieser zeigt folgendes Resultat von Perrig-Chiello et al: die Zufriedenheit mit der Spitex ist ein statistisch bedeutsamer Faktor zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit pflegender Angehöriger (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012). Die Zusammenfassung der Swiss Age Studie zeigt auch die Wichtigkeit eines Case Managements durch die Spitex mit systematisch eingeplantem, regelmässigem Austausch zwischen an der ambulanten und an der informellen pflege beteiligten Personen (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012: 301).

Es ist erfreulich, wie gut in den Interviews die Kompetenzen der Spitexmitarbeitenden im Umgang mit kulturellen Unterschieden bei älteren Migrantinnen und Migranten eingeschätzt werden. Andererseits wird immer wieder die kühle, distanzierte Haltung der Spitexmitarbeitenden erwähnt. Diese könnten als Unsicherheit und Zurückhaltung bei der Konfrontation mit Andersartigkeit interpretiert werden. Kohn et al beschreibt das verunsichernde Gefühl der Spitexmitarbeitenden, „in eine fremde Welt einzutreten“, und empfehlen die **Schulung der transkulturellen Kompetenzen** der Spitexmitarbeitenden (Kohn et al 2013: 49). Die Resultate der vorliegenden Untersuchung zeigen vor allem in zwei Bereichen einen Schulungsbedarf:

- Einerseits besteht Verbesserungspotential im Wissen der Spitexmitarbeitenden darüber, **wie die Migrationsbiographie die Annahme von Hilfe und die Gestaltung des Lebens bei Abhängigkeit beeinflussen**, ein Prozess bei dem Spitexmitarbeitende ihre älteren Kundinnen und Kunden begleiten.
- Ein anderer Bereich, in dem Schulungsbedarf festgestellt wird, ist im **Umgang mit kultureller Andersartigkeit von Familienstrukturen und -hierarchien**. Die Zusammenarbeit mit anderen Familienstrukturen ist anspruchsvoll und konflikträchtig. Die Einschätzung teilt eine kanadische Studie: Gerade wenn Familienangehörige in der Rolle von Übersetzerinnen und Koordinatorinnen intensiv involviert sind, müssen ambulante Pflegepersonen Wege finden, die älteren Pflegeempfänger und – empfängerinnen ins Zentrum zu stellen. „They need to keep going back to their clients themselves, communicating directly with them and laying the foundation of control in their hands“. (Brotman 2002: 47) Dass dies anspruchsvoll ist zeigt die Bemerkung von Fr. M. in den von mir geführten Interviews, dass „die alte Person im Zentrum stehen muss, nicht die Tochter oder Schwiegertochter“ (siehe Punkt 4.2.4)

Ein letztes wichtiges Resultat dieser Untersuchung zeigt, dass **die Finanzierung von Spitexleistungen generell für Personen mit niederm Einkommen eine Hürde bedeutet**. Die Kosten werden als unverhältnismässig hoch für die bezogenen Leistungen erlebt, und der Selbstkostenanteil und die administrativen Abläufe bei der Rückforderung der Auslagen werden als Belastung empfunden. Dass die finanzielle Belastung ein „Riesenproblem“ ist, stellen Kohn et al in ihrer Studie auch fest (Kohn et al. 2013). Indikatoren zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2012 zeigen, dass „im Ausland geborene Personen häufiger aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen verzichten als in der Schweiz geborene Personen“ (2,0% bei AusländerInnen versus 0,6% bei SchweizerInnen) (Indikatoren zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2012: 2). Praxiserfahrungen zeigen, dass dieses Problem nicht unterschätzt werden darf. Interviewpartnerinnen in dieser Studie sehen als Verbesserungsmöglichkeit die Vereinfachung der Zahlungswege, und die Möglichkeit, dass die Spitex bei der Administration hilft, welche durch die Spitex-Inanspruchnahme verursacht wird.

5.2 Weitere Implikationen

Grundsätzlich ist die Grenze zwischen Problemen der Spitexbetreuung älterer Migrantinnen und Migranten und jener der älteren Bevölkerung fließend. In diesem Kapitel möchte ich von der kleinen Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten die Perspektive öffnen für Aspekte, welche für die ältere Bevölkerung generell wichtig sind.

Hervorheben möchte ich den verbesserten **Umgang mit Diversität** in den Spitexbetrieben (Diversity-Konzept, siehe Domenig 2009). Die ältere schweizerische Bevölkerung weist einen hohen Grad an Diversität in Lebensläufen und Herkunft auf, gerade auch in Bezug auf die oft jungen Mitarbeitenden der Spitex. Eine Spitexorganisation, welche einen guten Umgang mit Diversität und Andersartigkeit zum Schwerpunkt macht, wird nicht nur die Betreuung von Migrantinnen und Migranten positiv beeinflussen, sondern auch diejenige aller älteren Personen.

Die Erfassung von individuellen kulturellen Ausprägungen und wichtigen lebensbiographischen Hintergründen beginnt bei der **Bedarfsabklärung**, welche von der fallführenden diplomierten Pflegefachperson durchgeführt wird (siehe auch Punkt 4.2.5). Von der Verbesserung der Kompetenzen der fallführenden Mitarbeitenden in der Erfassung relevanter kultureller Ausprägungen und lebensbiographischer Hintergründe würden nicht nur ältere Migrantinnen und Migranten profitieren, sondern auch Schweizerinnen und Schweizer.

Verbesserungen der Spitexleistungen, die aktuell in Bezug auf die Versorgung der ganzen älteren Bevölkerung diskutiert werden, wurden in dieser Arbeit nicht speziell erwähnt, und werden in diesem Abschnitt kurz dargestellt. Resultate der Swiss Age Studie zeigen als wichtigste Probleme in der Zusammenarbeit mit Spitex folgende Punkte (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012: 224):

- häufige Wechsel der Pflegepersonen
- fehlende Zeit auf Seiten der Spitex
- Kommunikationsprobleme
- falsche Erwartungen
- Pünktlichkeit

Diese Schwerpunkte decken sich mit Ergebnissen aus den Interviews in dieser Untersuchung¹⁹. Sogar der Aspekt der Pünktlichkeit gewinnt im Zusammenhang mit Migration eine weitere Dimension: eine Interviewpartnerin in dieser Untersuchung erwähnte, dass das pünktliche Erscheinen von Spitexmitarbeitenden von älteren Migrantinnen und Migranten als respektvolle Haltung erlebt werde und sehr geschätzt werde. Wir dürfen davon ausgehen, dass die Verbesserung der obigen Punkte auch die Qualität der Spitexversorgung älterer Migrantinnen und Migranten massgeblich verbessern könnte.

5.3 Kritik

Eine klare Limitation dieser Arbeit ist der Grösse des Datensatzes zuzuschreiben. Aus Gründen der Zugänglichkeit sowohl zu den Kundendaten der Spitex wie auch den Bevölkerungsstatistiken der Stadt Luzern, konnten nur die Daten des Jahres 2011 benutzt werden. Die Fallzahlen der älteren ausländischen Staatsangehörigen unter den Spitexkundinnen und -kunden waren klein, so dass die Signifikanz der Ergebnisse nicht sehr hoch ist. Trotzdem konnten Tendenzen aufgezeigt werden, die übertragbar sind auf Städte der deutschen Schweiz mit ähnlicher Bevölkerungszusammensetzung und ähnlichen Strukturen der Dienstleistungen. Eine weitere Limitation des Datensatzes ist, dass keine Aussagen über die effektive Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten gemacht werden können, da mindestens die Hälfte im höheren Alter eingebürgert ist und als Schweizerin oder Schweizer erfasst wird (siehe auch Punkt 1.1 Demographische Entwicklung).

Die Sekundäranalyse der Erfassungsdaten der Spitex hat sich insofern als limitiert erwiesen, als dass keine Aussagen zu Indikationen für die Spitexeinsätze, sozio-ökonomischen Hintergrund der Spitexkundinnen und -kunden und Häufigkeit und Dauer der Einsätze gemacht werden konnten. Das Minimal Data Set (MDS) welches zur RAI-HC Abklärung bei regulärer Hilfe und Pflege und bei Palliativpflege eingesetzt wird, hätte die Erfassung der Indikation für Spitexleistungen und gesundheitliche Situation ermöglicht. Das MDS wurde in zu wenigen Fällen ausgeführt, um für diese Untersuchung verwendet werden zu können.

Offen bleibt die Frage, weshalb die Spitex-Inanspruchnahme der über 80-jährigen Ausländerinnen in diesem Datensatz so viel kleiner ist als bei den gleichaltrigen Schweizerinnen. Per-

¹⁹ Das Sample der Swiss Age Studie setzt sich aus 74% Schweizern und Schweizerinnen, und 26% Personen, welche aus anderen Nationen stammen.

sönlich erachte ich diese Frage als wichtig, weil in der Literatur auf die erhöhte Vulnerabilität älterer Migrantinnen hingewiesen wird. Eine kanadische Studie stellt fest, dass die Bedürfnisse älterer Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung am wenigsten gehört werden. Als Gründe werden einerseits aufgeführt, dass diese älteren Migrantinnen ihre Bedürfnisse wahrscheinlich nicht auf eine Art zum Ausdruck bringen können, welche von den Health Professionals verstanden wird (Brotman 2002). Diese Studie beschreibt zwar kanadische Verhältnisse, aber ich denke sie könnte auch für die Schweiz wichtige Aspekte enthalten.

Die Methode der Experteninterviews war gut, um einen Überblick zu verschaffen über wichtige Aspekte der Fragestellung und Erklärungen dazu. Expertinnen und Experten stellen ihre Deutungsmuster dar, ihre Abstraktionen des Diskurses, an dem sie sich beteiligen. Sie ermöglichen jedoch keine wirklichen Erkenntnisse über die Erfahrungen und das Erleben der Betroffenen. Für eine neue Sicht auf die Fragestellung hätten Direktbetroffene befragt werden müssen, was leider den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

5.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Einerseits zeigen die Resultate dieser Studie tendenziell auf, dass die Häufigkeit der Nutzung von Spitexleistungen durch ältere Migrantinnen und ihre Familien sich nicht stark von derjenigen der Schweizerinnen und Schweizer unterscheidet. Die Resultate der Interviews geben aber wichtige Hinweise für die Anpassung von Pflege und Betreuung durch die Spitex, um der Situation von älteren Migrantinnen und Migranten und ihren Familien besser gerecht zu werden. Durch diese Arbeit konnte ein wichtiger Beitrag geleistet werden zum Verständnis der aktuellen Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten durch ambulante Pflegedienste und Möglichkeiten, diese Versorgung zu optimieren.

Es wäre spannend, weiter in diesem Themenbereich zu forschen. Ein weiterführender Schwerpunkt könnte sein, die Qualität der Spitexbetreuung direkt bei den betroffenen älteren Migrantinnen und Migranten und deren Familien zu erheben. Quantitativ könnte mit einem geeigneten Datensatz die Dauer der Spitexbetreuung in Bezug zu Indikation für die Spitexleistungen und den Sozio-ökonomischem Hintergrund untersucht werden. Interessant wäre auch, der Frage genauer nachzugehen, ob sich ein Genderunterschied bei der Inanspruchnahme von Spitex bei ausländischen Staatsangehörigen mit zunehmendem Alter zeigt.

Die Umsetzung der Vorschläge zur Verbesserung der Spitexbetreuung älterer Migrantinnen und Migranten ist aufwändig. Aber dort, wo grundlegende Strukturen in Richtung bessere Kommunikation, Vertrauensaufbau und gute Fallführung verändert werden, und wo der Umgang mit Diversität verbessert wird, profitieren alle Spitexkundinnen und -kunden.

Wichtige Kriterien für eine „Migrant Friendly Spitex“, welche aus dieser Untersuchung hervorgehen, sind:

- Die Kontinuität in der Betreuung und genügend Zeit für kommunikative Aspekte ist gewährleistet, damit der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses mit Spitexkundinnen und -kunden erleichtert wird.
- Für die Bedarfsabklärung und weitere wichtige Gespräche können unkompliziert und kostengünstig eine Übersetzerin/ein Übersetzer angefordert werden, z. B. im Rahmen eines Pools an geschulten Mitarbeitenden bei der Spitex selber.
- Rahmenbedingungen erlauben es, dass eine umfassende Fallführung, wie sie in den Arbeitsaufgaben beschrieben ist, auch bei Migrantinnen und Migranten umgesetzt werden kann.
- Mitarbeitende haben hohe Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit verschiedenartigen Familiensystemen und der Unterstützung pflegender Angehörigen.
- Mitarbeitende wissen um die Wichtigkeit der Migrationsbiographie für die Lebensgestaltung und den Umgang mit Abhängigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen im Alter, und sind kompetent in der Begleitung ihrer Kunden.
- Die Spitexorganisation stellt gezielt auf allen Stufen Personen mit verschiedenen Migrationshintergründen an, und setzt diese wenn sinnvoll als Bezugspersonen bei Migrantinnen und Migranten ähnlicher Herkunft ein.
- Die Spitexorganisation informiert pro aktiv und aufsuchend über persönliche Kontakte oder an Vereinsanlässen älterer Migrantinnen und Migranten über ihre Dienstleistungen.
- Die Spitexorganisation vereinfacht die Administration im Zusammenhang mit der Bezahlung der Spitexleistungen.
- Die Spitexorganisation kann, wenn erwünscht, einen Mahlzeitendienst organisieren, welcher mediterrane Kost anbietet.

6 Verdankungen

Mein grösster Dank gebührt meinen Interviewpartnerinnen und -partnern, welche bereit waren, für diese Arbeit ihre kostbare Zeit aufzuwenden und mir Einblick in ihre Erfahrungen und Überlegungen zu geben. Auch möchte ich der öffentlichen Spitex Luzern danken, welche mir ermöglichte, ihre Kundendaten für diese Arbeit zu erfassen. Mein spezieller Dank geht an Adrian Wicki, der mir als IT-Verantwortlicher die Daten in einer Excel-Datei zusammengeführt hat.

Bei meiner Betreuerin Dr. Corinna Bisegger möchte ich mich von Herzen bedanken für ihre fundierte fachliche Unterstützung, und die wertvollen und wohldosierten Impulsen, welche mir geholfen haben Zusammenhänge und Dimensionen der Thematik zu erfassen. Ihre Bereitschaft, jederzeit meine Fragen zu erörtern und mir einen Schritt weiterzuhelfen hat wesentlich zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen.

Ein ganz grosser Dank geht an PD Dr. Christian Schindler, der mich auf die spannende Reise durch die statistischen Berechnungen begleitet hat, und mich bei der präzisen Formulierung meiner Resultate unterstützt hat.

Seit meiner ersten Begegnung mit der Frage der adäquaten ambulanten Pflege älterer Migrantinnen und Migranten durfte ich mit vielen Personen anregende Gespräche führen: Verantwortliche der Spitex Zürich Limmat AG, allen voran Elena Owassapian, haben mich mit Interesse unterstützt. Dozierende und Studierende am MPH-Programm und Mitarbeitende der Koordinationsstelle haben in Diskussionen immer wieder wertvolle Impulse geben. Besonders erwähnen möchte ich Gespräche mit Rosanna Raths von der Stelle für Integrationsförderung der Stadt Zürich, und Silvie Kobi von der ZHAW, welche mir mit ihren Erfahrungen einen Schritt weiter geholfen haben.

Ohne den Rückhalt meiner Familie und meines Freundeskreises wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Ich danke meinem Partner und meinen Freundinnen für ihre tatkräftige Entlastung im Alltag, und meinen Kindern für ihre Nachsicht ob der vielen Stunden, welche ich am Computer verbracht habe.

7 Literaturverzeichnis

- Abel T., Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Weitkunat R., Haisch J., Kessler M. (Hrsg.). Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik, 1997; Bern: Huber, S. 56-61
- Bisegger C., Hungerbühler H. (2008): Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz. SRK Bern
- Bogner A., Littig B. (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Brotman S. (2002): The primacy of Family in Elder Care Discourse: Home Care Services to Older Ethnic Women in Canada. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 38(3) 2002
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2008): Migration und Gesundheit, Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008 – 2013). Bern
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010 (GMM II). Bern 2012
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2010): Spitex-Inanspruchnahme - eine Genderbezogene Analyse der Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Bern
- Carter M., Little M. (2007): Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. In *Qualitative Health Research*, Volume 17 Number 10, 1316-1328, Sage Publications
- De Graaff F, Francke L. (2009): Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GP's and nurses: a survey. *BMC Palliative Care* 2009, 8:3
- Domenig D. (2009): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern
- Egger Th. (2007): Spitex – Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse, Literaturübersicht. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG. Bern
- Ertl A. (2012): 10 Jahre Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe – ein Plädoyer für eine migrations- und kultursensible Altenhilfe, in: Heinrich Böll Stiftung, Migration Integration Diversity. Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier. Berlin, 42-47. www.migration-boell.de
- Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG BASS, ZHAW, ISOM, M.I.S Trend, 2011
- Gordis L. (2009): *Epidemiology*. Saunders Elsevier, USA

- Gutzwiler G., Paccaud F., Herausgeber (2007): Sozial- und Präventivmedizin-Public Health. Hans Huber Verlag, Bern
- Helfferrich C. (2009): Begleitmaterial zum Modul „Grundlagen der Gesundheitswissenschaft und Sozialepidemiologie“ des MPH-Studiengangs Basel, Bern, Zürich
- Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., Zumbrunn A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Hans Huber Verlag, Bern
- Höpflinger F., Stuckelberger A. (1999): Demographische Alterung und individuelles Altern. Seismo Verlag, Zürich
- Hopf C. (2009): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I.: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt's Enzyklopädie, Hamburg: 349-360.
- Hungerbühler H., Bisegger C. (2012): „Und so sind wir geblieben...“ Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM, Bern
- Indikatoren zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ungleichheit nach Nationalität und Geburtsort, Medienmitteilung vom 10.12.2012, Neuchâtel, Bundesamt für Statistik BFS
- Jacobs Schmid I. (2001): Migration und Spitex Basel. Eigenverlag FHS-BB, Basel
- Kirkwood B., Sterne J. (2003): Essential Medical statistics. Blackwell Science Inc. Massachusetts
- Kobi, S. (2008): Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten. Peter Lang AG, Bern
- Kohn J., Tov E., Hanetseder Chr., Hungerbühler H. (2013): Pflegearrangements und Einstellungen zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel/Bern: FHNW/SRK
- Kolland F. (2013): Demographische Alterung und ihre Herausforderung für die Gesellschaft. In: Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg), Seismo Verlag Zürich
- Künzi K., Wächter M., (2011): Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG. Bern
- Lindesay J., Jagger C. (1997): Knowledge, uptake and availability of health and social services among Asian Gujarati and white elderly persons. Ethnicity and Health; Mar-jun97, Vol 2 Issue 1/2, p59
- Mayring Ph. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 10. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel
- Mielck A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Hans Huber Verlag, Bern.
- Perrig-Chiello P., Höpflinger F. (2012): Pflegende Angehörige älterer Menschen, Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hans Huber Verlag, Bern

Saladin P. (2009): Diversität und Chancengleichheit, Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern

Schenk L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Birkhäuser Verlag, Basel

Szepura A. (2005): Access to health care for ethnic minority populations, Postgrad. Med. J 2005; 81:141 – 147

Tashakkori A., Teddlie C. (2009): Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioural sciences. SAGE Publications, California

Van Holten K. (2009): Alter, Migration und (trans-)nationale Pflegeverhältnisse. Intergenerationelle Unterstützungsarrangements in Migrationsfamilien aus der Sicht der zweiten Generation. Bern: Institut für Sozialanthropologie.

Wanner Ph. et al. (2005): Eidgenössische Volkszählung 2000. Alter und Generationen, das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien, Neuchâtel, und Universität Genf

Zhan L., Clutterbuck J., Keshian J., Lombardi L. (1998): Promoting Health: Perspectives from Ethnic Elderly Women. Journal of Community Health Nursing, 15(1), 31-44

8 Anhänge

8.1 Anhang A: Public Health Relevanz dieser Untersuchung

Das Resultat dieser Untersuchung zeigt deutlich, dass eine Anpassung ambulanter Pflege auf die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten notwendig ist, um Zugang und Nutzung zu verbessern. Das Resultat muss aber differenziert betrachtet werden und betrifft vor allem die Gruppen älterer Migrantinnen und Migranten, welche aufgrund mangelnder Integration und Sprachkenntnisse benachteiligt sind.

Chancengleichheit auf Gesundheit ist eines der Grundprinzipien von Public Health. In der „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ von 1986 wurden soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als notwendige Voraussetzungen für Gesundheit formuliert. Public Health stützt sich nach wie vor auf den Ebenen Policies, Programmen und konkreten Umsetzungsprojekten auf die Grundaussagen der Ottawa Charta. Die Schaffung von strukturellen Bedingungen, welche eine gute Versorgung mit ambulanter professioneller Pflege für alle älteren Migrantinnen und Migranten gewährleisten, ist ein Schritt in Richtung Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit und somit von hoher Relevanz für Public Health. Diese Arbeit befasst sich mit Einflussfaktoren auf Aspekte gesundheitsrelevanten Verhaltens der kollektiven Einheit der älteren Migrantinnen und Migranten, und macht praxisrelevante Aussagen zu der Verbesserung der Situation: somit entspricht sie wichtigen Kriterien für Forschung in Public Health (Abel 1997).

1 Vulnerabilität älterer Migrantinnen und Migranten

Ältere Migrantinnen und Migranten weisen eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität auf, und verdienen unter dem Aspekt der Chancengleichheit auf Gesundheit besondere Beachtung. Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (2010) zeigt, dass „die ältere Migrationsbevölkerung gesundheitlich deutlich mehr Probleme als die einheimische Bevölkerung im selben Alter hat“, und dass mit zunehmendem Alter die Schere zwischen der Gesundheit der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung immer mehr auseinandergeht (BAG 2012: Wichtigste Ergebnisse des GMM II: 17). Hier einige Beispiele:

- Im Vergleich zu gleichaltrigen Schweizerinnen, geben ältere Migrantinnen aus der Gruppe der Portugiesinnen, Türkinnen, Serbinnen und Kosovarinnen häufiger an, dass sie unter einem langdauernden, gesundheitlichen Problem leiden. Sie erfahren deutlich häufiger gesundheitliche Einschränkungen im Alltag als gleichaltrige Schweizerinnen. (BAG 2012: Wichtigste Ergebnisse des GMM II: 17)
- Den Unterschied in der Gesundheit zwischen Migrantengruppen mit verschiedenen sozio-ökonomischen Situationen zeigt das folgende Beispiel aus dem GMM II: Italienerinnen und Italiener über 65 Jahren, welche hauptsächlich als Arbeitsmigrantinnen und -migranten in die Schweiz gekommen sind, schätzen ihre Gesundheit zu 57% als

gut oder sehr gut ein. Das ist einerseits deutlich weniger wie bei gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern, aber auch weniger als bei Personen deutscher, österreichischer, französischer oder liechtensteinischer Herkunft. (Hungerbühler und Bisegger 2012: 46)

Wo sich die sozio-ökonomische und bildungsmässige Benachteiligung der Migrantenfamilien auf die zweite Generation erstreckt, sind auch pflegende Angehörige einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Bekanntlich weichen sowohl körperliche wie auch psychische Befindlichkeit und die subjektive Gesundheitseinschätzung pflegender Angehöriger negativ von der Durchschnittsbevölkerung ab. Diese negative gesundheitliche Auswirkung der Angehörigenpflege wird verstärkt durch Faktoren wie tiefes Einkommen, enge Wohnverhältnisse und berufliche Verpflichtungen der Pflegeperson (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012).

Wodurch die Gesundheit älterer Migrantinnen und Migranten beeinflusst wird

Ein grundlegendes Modell zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit (Unterschiede in Bildung, Berufsstatus und Einkommen) und gesundheitlicher Ungleichheit geben Elkeles und Mielck (Mielck 2005: 53). Dieses zeigt als wichtigste Faktoren

a) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, b) Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und c) Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Diese Faktoren bewirken z. T. direkt eine gesundheitliche Ungleichheit, z. T. über Unterschiede beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Das Modell zeigt, dass nicht die gesundheitliche Belastung per se die gesundheitliche Ungleichheit bewirkt, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressourcen und Art der gesundheitlichen Versorgung.

Konkret für die Situation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz hat das GMM II folgende Einflussfaktoren auf die Gesundheit eruieren können. (BAG 2012: Wichtigste Ergebnisse des GMM II: 20 ff):

- Unterschiede im Ausbildungsniveau
- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, z. B. Familie oder Nachbarschaft
- Positive Auswirkung von Kontrollüberzeugungen auf den Gesundheitszustand
- Sprachkompetenzen: Migrantinnen und Migranten welche die örtliche gesprochene Landessprache beherrschen, fühlen sich gesünder und haben weniger gesundheitliche Einschränkungen wie diejenigen ohne diese Sprachkompetenzen.
- Diskriminierungserfahrung und Gewalt im Heimatland wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus.
- Aufenthaltsdauer: Migrantinnen und Migranten, welche erst vor kurzer Zeit in die Schweiz immigriert sind (unter 3 Jahren), zeigen einen besseren Gesundheitszustand als gleichaltrige, welche schon länger in der Schweiz sind.

Diese Daten zeigen, wie differenziert die ältere Migrationsbevölkerung in Bezug auf Migrationsbiographie, Sprachkompetenzen, Bildung und informelles Unterstützungsnetz betrachtet

werden muss.

3 Rolle der Spitex in der gesundheitlichen Unterstützung vulnerabler Migrantinnen und Migranten

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bezweckt mit dem „nationalen Programm Migration und Gesundheit“ die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu verbessern, und kommt hauptsächlich Personen mit niederem sozialen Status, tiefen Gesundheitskompetenzen und den entsprechenden gesundheitlichen Problemen zugute. Der Strategiekatalog für den Zeitraum 2014 - 2017 legt den Focus auf ältere Migrantinnen und Migranten als vulnerable Gruppe, welche bisher zu wenig erreicht wurde. Ein expliziter Schwerpunkt des Handlungsfelds Versorgung ist „die Definition und Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung des Zugangs der Migrationsbevölkerung zu Spitex-Diensten“ (Nationales Programm Gesundheit und Migration 2014 - 2017: 14). Zudem legt das nationale Programm Migration und Gesundheit einen Schwerpunkt auf die Förderung der Nutzung interkultureller Übersetzungsdienste in der ambulanten Versorgung, speziell auch durch die Spitex. Aufgrund der Resultate der vorliegenden Untersuchung ist dieser Schwerpunkt sehr zu begrüssen.

Insofern leisten die Resultate der vorliegenden Untersuchung einen wichtigen Beitrag zur Definition der Hürden im Zugang älterer Migrantinnen und Migranten zu Spitexleistungen, und von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Spitexversorgung. Offen bleibt die Frage, wie denn ein verbesserter Zugang zu und Nutzung von Spitex-Diensten durch ältere Migrantinnen und Migranten deren Gesundheit unterstützen und fördern soll? Hier möchte ich einige wichtige Punkte in der Rolle der Spitex hervorheben:

- Bei den pflegebedürftigen Personen selber kann die Spitex vor allem in der sekundären Prävention wirksam sein, indem durch Beratung und Edukation im Umgang mit Einschränkungen und Symptomen, korrekte Anwendung von Medikation und Therapien und frühzeitiger Erfassung von Komplikationen, eine Verschlechterung eines bestehenden gesundheitlichen Problems vermieden wird. Letztendlich geht es bei diesen Punkten stark um die Unterstützung der Gesundheitskompetenzen älterer Migrantinnen und Migranten und ihrer Familien.
- Einige Projekte, die ausgebildete ambulante Gesundheitsfachpersonen in der Prävention bei älteren, zuhause lebenden Personen einsetzen, haben eine bedeutsame Reduktion der Pflegebedürftigkeit erreicht (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012). Um vulnerablen älteren Migrantinnen und Migranten zu nützen, müssten diese Präventionsprogramme sprachlich und inhaltlich angepasst werden.
- Die Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen durch die Spitex vermindert deren Gesundheitsrisiko. Die Autoren der Swiss Age Studie stellen fest, dass der Spitex bei der Identifizierung von Stressoren bei der Angehörigenpflege und bei

der Nutzung vorhandener Ressourcen eine entscheidende Rolle zukommt (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012).

4 Verhältnis- versus Verhaltensprävention

Speziell in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung vulnerabler Gruppen ist ein Kernkonzept von Public Health die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Massnahmen. Es geht nicht nur darum, auf der Handlungsebene das gesundheitliche Verhalten älterer Migrantinnen und Migranten positiv zu beeinflussen, sondern auf der strukturellen Ebene Verhältnisse bereitzustellen, welche sie in diesem Verhalten unterstützen: wie z. B. eine Spitex, mit der sie sich verständigen können, und welche ihre wichtigsten Bedürfnisse abdeckt.

5 Gesundheitsökonomische Aspekte

Die Stärkung der ambulanten Pflege gegenüber der stationären lässt sich auch aus ökonomischer Sicht rechtfertigen. Verschiedene Studien zeigen, dass die Gesamtkosten in Pflegesituationen leichter bis mittlerer Komplexität bei ambulanter Pflege durch die Spitex günstiger ausfallen wie bei stationärer Pflege (Künzi und Wächter 2011). Perrig-Chiello und Höpflinger sehen in der präventiven Wirkung der Spitex einen kostensparenden Faktor: „Gesundheitsvorsorge und Krankheitsprävention - unter anderem durch Spitexleistungen, welche eine Verschlimmerung schon bestehender Beschwerden verhindern - erscheinen damit klar als optimale Strategie, den demographischen Effekt (des Alterns, Anmerkung Autorin) auf die Zahl kostenrelevanter ärztlicher Behandlungen im Gesundheitswesen zu kompensieren“ (Perrig-Chiello und Höpflinger 2012: 39). Somit ist es auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll, einen Schwerpunkt auf die Förderung des Zugangs zu ambulanter Pflege und deren Nutzung durch die wachsende Gruppe älterer Migrantinnen und Migranten zu setzen.

Quellen:

Abel T. (1997): Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Weitkunat R, Haisch J, Kessler M (Hrsg.). Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik, 1997; Bern: Huber, S. 56-61

Hungerbühler H. und Bisegger C. (2012): „Und so sind wir geblieben...“ Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013): Nationales Programm Migration und Gesundheit, Bilanz 2008-13 und Schwerpunkte 2014-17. BAG, Sektion Migration und Gesundheit

Bundesamt für Gesundheit BAG (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010 (GMM II). Bern 2012

Höpflinger F., Bayer-Oglesby L. und Zumbrunn A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Hans Huber Verlag, Bern

Künzi K. und Wächter M. (2011): Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG. Bern

Mielck A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Hans Huber Verlag, Bern.

Perrig-Chiello P. und Höpflinger F. (2012): Pflegende Angehörige älterer Menschen, Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hans Huber Verlag, Bern

8.2 Anhang B: ergänzende Materialien

8.2.1 Analyseplan für die Kundendaten der Spitex Luzern 2011

1) Bereinigung des Datensatzes:

- a) Mehrfachnennungen bereinigen: jeder Kunde ist definiert durch eine Kundennummer. Bei Mehrfachnennungen verwende ich frühstdatierte Nennung, bei der eine Spitexleistung zustande kam.
- b) Ausschluss aller Fälle, bei denen keine Spitexleistung zustande kamen.
- c) Kontrolle auf logische Inkonsistenzen. Änderungen der Variable Sprache: bei der Nennung „Deutsch“ als Nationalität wurde die Variable Sprache auf „lokal gesprochene Sprache“ geändert.
- d) Schriftliche Dokumentation der gefällten Entscheide

2) Bildung und Benennung sinnvoller Variablen:

- a) Erstellung des Alters aufgrund des Geburtsdatums. Bildung von Alterskategorien: 0-39 / 40-65 / 65-80 / 801.
- b) Einweiskategorien abgeleitet von der Nennung des Einweisers: Akut- oder Langzeitinstitution / hausärztliche Praxis / Gemeinde oder ambulante Einrichtung / Kunde selber oder Umfeld
- c) Zusammenfassung der Kategorien für die Variablen letzter Spitalaufenthalt und Lebensform in logische Einheiten. Bestimmen einer sinnvollen Referenzkategorie (Wert 1)
- d) Schaffung einer Variable Leistungsart
- e) Schaffung einer Variable Status, welche Nationalität und Sprache beinhaltet

3 Vergleichsebene Inanspruchnahme der Spitex durch Bevölkerung Luzern:

- a) Erstellung einer Tabelle mit Spitexnutzung ja/nein nach Geschlecht, Alterskategorie, Nationalität.
- b) Berechnung des Risikos auf Spitex von Schweizern und Nichtschweizern, Berechnung des relativen Risikos.
- c) Überprüfung der Wahrscheinlichkeit (Widerlegung der Null-Hypothese) anhand des Exakten Tests nach Fisher.

4) Vergleichsebene Unterschiede in der Inanspruchnahme durch die Spitexkunden:

- a) Verteilung der verschiedenen Einflussvariablen in den Gruppen der Schweizer und Nichtschweizer für a) alle Fälle, b) alle Fälle 65-jährig und älter anhand einer Kreuztabelle. Überprüfung der Wahrscheinlichkeiten anhand des exakten Testes nach Fisher.
- b) Bivariate Analyse der Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Leistungen nach Nationalität anhand einer Kreuztabelle. Überprüfung der Wahrscheinlichkeit anhand des exakten Testes nach Fisher.
- c) Multivariates logistisches Regressionsmodell für die 5 Leistungsarten. Stufenweise werden Confounder aus dem vorhandenen Datensatz eingeführt: Status (Nationalität und Sprache), Alter, Geschlecht, Einweiser, letzter Spitalaufenthalt, Lebensform.
- d) Überprüfung auf Nichtlinearität der Altersvariable mit der Bildung eines quadratischen und kubischen Terms (zur besseren Verständlichkeit aus dem definitiven Modell entfernt). Testen auf Interaktion zwischen den Variablen Alter und Status.

8.2.2 Leitfaden für das Experteninterview

Einführung: Definition des Begriffes „ältere Migrantin oder Migrant“. Klärung um welche Spitexleistungen es sich handelt, ev. anhand von Broschüre aufzeigen. Einführung in die Fragestellung.

Allgemeine Einstiegsfrage:

- Woran denken Sie beim Thema ältere Migrantinnen/Migranten und Spitex?
- Welchen Bezug haben Sie persönlich zum Thema?

Nutzung von Spitex durch ältere Migrantinnen und Migranten:

- Wie bekannt ist Ihrer Erfahrung nach die Spitex unter älteren Migrantinnen und Migranten und ihren Familien?
- In welchen Situationen nehmen ältere Migrantinnen und Migranten die Spitex in Anspruch? Was muss geschehen, dass ältere Migrantinnen und Migranten und ihre Familien Spitex in Anspruch nehmen?
- Kennen Sie Situationen, in denen sterbende Personen von der Spitex betreut wurden?
- Sehen Sie Unterschiede in der Spitexnutzung zwischen Männern und Frauen?
- Wer meldet Migrantinnen oder Migranten bei der Spitex an?

Einstellung älterer Migrantinnen und Migranten zu ambulanter Pflege

- Was denken aus Ihrer Erfahrung ältere Migrantinnen und Migranten und ihre Familien zu Spitex? Zu ambulanter Pflege?
- Wir hören immer wieder, dass gerade in Migrantenfamilien „zu Hause gepflegt werden“ eine hohe Bedeutung hat. Können Sie das bestätigen oder nicht? Wäre Spitex eine Chance, Pflege zu Hause auch umsetzen zu können?
- Studien zeigen, dass die Pflege älterer Familienmitglieder in Migrantenfamilien nicht mehr selbstverständlich ist. Was sind Ihre Erfahrungen dazu? Inwiefern wird das die Nutzung von Spitex in Zukunft beeinflussen?
- Was könnten Probleme sein in der Akzeptanz von ambulanten Pflegediensten? Weshalb vermuten Sie dies? Kennen Sie konkrete Beispiele?
- Was sind Gründe für die Nutzung von Spitex? Was sind Gründe für die Nicht-Nutzung von Spitex?
- Was sind die Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten und ihren Familien, wenn die Spitexbetreuung angelaufen ist (wenn mal die Spitex drin ist)?

Hürden im Zugang und in der Nutzung

- Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten durch die Spitex?
- Was denken Sie zu den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Spitexmitarbeitenden und der älteren Migrantin und ihrer Familie?
- Inwiefern werden kulturellen Bräuche und Gewohnheiten bei der Pflege und Betreuung durch die Spitex beachtet?
- Was braucht es, damit Migrantinnen und Migranten Vertrauen in die Spitex entwickeln können?
- Was sagen ältere Migrantinnen und Migranten zu der Finanzierung von Spitexleistungen? Kennen Sie Situationen, wo die Kosten ältere MigrantInnen davon abgehalten haben, Spitex in Anspruch zu nehmen?

Die Rolle der zweiten Generation bei der Unterstützung und Pflege

- Womit haben diese pflegenden Angehörigen Mühe? Was macht ihnen Probleme?
- Was hilft diesen Personen der zweiten Generation?
- Was wünschen sich diese Personen?

Zusatzfrage je nach Gesprächsentwicklung

- *Was sind die wichtigsten Herausforderungen, welche sich Migrantinnen und Migranten mit dem Älterwerden stellen?*

Anpassungen der Dienstleistung

- Was müsste die Spitex ändern, damit mehr ältere Migrantinnen und Migranten sie nutzen?
- Was würde die Spitex attraktiver machen für ältere Migrantinnen und Migranten und ihre Familien?
- Welche konkreten Verbesserungsmaßnahmen schlagen Sie vor?

Weitere Hinweise:

- Was ist wichtig zu wissen in dieser Thematik, worüber wir noch nicht gesprochen haben?
- Welche Hinweise haben Sie ausserdem?

Nachfrage: Kennen Sie weitere Personen, die gut Auskunft zu diesem Thema geben könnten?

8.2.3 Übersicht über gebildete Kategorien und zugeordnete Codes

Kat. 1: Verstehen und verstanden werden

- Deutschkenntnisse
- Muttersprachliche Verständigung
- Wichtigkeit verstanden zu werden
- Missverständnisse

Kat. 2: Erfahrungen mit veränderter Gesundheit und Krankheit verbal ausdrücken

- Veränderte gesundheitliche Situation
- Sorgen und Ängste ausdrücken
- Zeit haben

Kat. 3: Kenntnisse der Dienstleistung

- Aktuelle Kenntnisse
- Mund zu Mund Propaganda
- Informationsstrategien
- Spezielle Adressatengruppen

Kat. 4: Kontaktaufnahme mit der Spitex

- Anmeldung durch wen?
- Situationen

Kat. 5: Informationen zur Finanzierung

- Kosten
- Infos zu Rückvergütung

Kat. 6: Es ist bei den älteren Migrantinnen und Migranten gar nicht so anders wie bei den Schweizerinnen und Schweizern

- „es sind alte Menschen“
- Hürden allgemein

Kat. 7: Spezielle Anforderungen im Aufbau von Vertrauen bei älteren Migrantinnen und Migranten

- Spitex als staatliche Einrichtung
- Zuverlässigkeit der Spitexmitarbeitenden
- Schritt für Schritt
- Beziehungsaufnahme durch Spitexmitarbeitende
- Kenntnisse des kulturellen Hintergrundes

Kat. 8: Hilfe annehmen und ein Leben in Abhängigkeit gestalten

- Anforderungen viertes Lebensalter
- Bilder von Alter und Sterben
- Einfluss Migrationsbiographie
- Wo alt werden?

Kat. 9: Besonderheiten in Familienstrukturen und –hierarchien

- Anderes Rollenverständnis
- Familienhierarchie
- Entscheidungen fällen
- Familienkonflikte

Kat. 10: Spezielle Gewohnheiten und Standards in Haushalt und Ernährung

- Konkrete Erfahrungen mit HH
- Anforderungen an HH
- Wunsch nach Gewohntem

Kat. 11: Finanzielle Ressourcen

- Soz.-oekonomische Situationen
- Einstellung zu Kosten
- Zusätzl. Administration

Kat. 12: Ressourcen in der Familie für informelle Unterstützung und Pflege

- Nähe zu Familie
- Bereitschaft zur Pflege
- Weibliche pflegende Angehörige
- Generationenwandel
- Überforderung pflegender Angehöriger
- Zusammenarbeit mit Familie

Kat. 13: Sich im Gesundheitswesen zurechtfinden und notwendige Unterstützung organisieren

- Hilfreiche Infos (allg.)
- Zusammenarbeit unterstützen
- „ein Paket anbieten“
- Bedarf an Fallführung
- Konkr. Erfahrungen mit Fallführung

8.2.4 Qualitative Analyseschritte am Beispiel der Kategorie:

Spezielle Anforderungen im Aufbau von Vertrauen bei älteren Migrantinnen und Migranten

| Interview/ Seite | Code | Textpassage | Paraphrasierung | Zusammenfassung |
|---------------------|--------------------|--|--|--|
| J6 | Beziehungsaufnahme | Und die Beziehung. Weil ich verstehe das Spitexangebot nicht als eine „normale Dienstleistung“, sondern man kommt und ist in der Privatsphäre, in der Wohnung einer Person. Ganz privat. Das Vertrauen muss wirklich hoch sein. Verständnis, Vertrauen. Gegenseitiges Verständnis. Also auch Zusammenarbeit. | Das spezielle an der Spitex ist das Eintreten in die Privatsphäre. Deshalb muss das Vertrauen und gegenseitiges Verständnis hoch sein. | Die Spitex tritt in die Privatsphäre ein, was ein hohes gegenseitiges Vertrauen und Verständnis voraussetzt. Das Öffnen der Türe einer fremden Person gegenüber, welche nicht zu den eigenen Landsleuten gehört, kann grosse Mühe machen. Herzlichkeit, Freundlichkeit und spürbare Zuwendung helfen, diese Ängste abzubauen. Diese emotionale Wärme wird z. T. in der Beziehungsaufnahme durch die Spitex vermisst. |
| K3 | Beziehungsaufnahme | Ich glaube, wenn jemand freundlich ist, ein Lächeln hat, und die Feinfühligkeit, dass das bei den Italienern gut ankommt. Mir hat jemand einmal gesagt: ich weiss nicht was sie denkt wenn sie geht. Dass sie zu wenig offen kommuniziert. Das brauchen die Italiener. Und Spanier, Portugiesen sind genau gleich. | Freundlichkeit und Offenheit in der Kommunikation sind wichtig, damit Spitexkundinnen und -kunden verstehen und sich sicher fühlen. | |
| K7 | Beziehungsaufnahme | Das Vertrauen aufbauen, das ist wichtig. Und wenn das Vertrauen da ist, ob sie italienisch können oder nicht, das spielt dann keine Rolle mehr. | Wenn das Vertrauen da ist, spielt die sprachliche Kommunikation keine so grosse Rolle mehr. | |
| M12 | Beziehungsaufnahme | Man muss so kommunikativ lachen mit diesen Leuten. Sie haben Angst, wirklich. Ein Schweizer, whoooo, und wenn Du lachst. Aber sie merken wenn Du lachst, nur dass Du lachen musst. Sie spüren das. | Ängste abbauen über Humor und lachen. | |

Anhänge

| | | | | |
|-----|-------------------------|---|---|---|
| M12 | Beziehungsaufbau | Sehr! Warm – und das gefällt ihnen. Und es ist wirklich so eine grosse, grosse Mühe dass sie jemandem die Türe aufmachen müssen. Für eine nicht ihre - ein fremde Person, nicht ihre Landsleute, aber eine Fremde. Aber wenn sie nachher ein Vertrauen haben. Wah! Es sind wunderbare Leute! | Die Türe auf tun für eine fremde Person (nicht aus eigenem Kulturkreis) ist schwierig. Wärme in der Beziehung ist wichtig und Vertrauen aufzubauen. | |
| K5 | Beziehungsaufnahme | Viel freundlicher muss es sein. Ich glaube bei Italiener und Italienerinnen, wenn jemand freundlich ist, dann sind sie „ah“, happy, kann man sagen. Und wenn jemand schon mit einem „Lätsch“ kommt, geht der Laden hinunter. Das was ihnen fehlt ist die Zuneigung. Sie sind sich anderes gewöhnt. In Italien, es ist eine ganz andere Atmosphäre. Eine familiäre Atmosphäre. Sie sollten einfach sagen: das ist jemand von meiner Familie. Man muss den Kontakt so aufnehmen, dass sie merken: sie hat mich gerne. Und wenn es das nicht ist, dann ist („eine Notwendigkeit“?) | Freundlichkeit und Zuneigung im Kontakt sind wichtig. | |
| N2 | Beziehungsaufnahme | Da müssen wir schon die Mentalität kennen. Schweizer sind so..... - Einfach auch Gespräche, mehr so emotionaler auch sein. Ich begreife schon, wenn Du in dem Bereich arbeitest, dann ist auch gut dass Du Dich schüttest. Das sind ältere Leute, sie sterben nachher. Dann musst Du Dich auch vor diesen Sachen ein bisschen schützen. Ich begreife das. Aber handkehrum. Es braucht ein gewisse Zärtlichkeit. | Spitexmitarbeitende sollten mehr im Gespräch gefühlsmässige Beteiligung vermitteln. | |
| J6 | kultureller Hintergrund | Und Wurzeln auch. Oder einfach Gewohnheiten oder Religion auch. Das spielt auch bei älteren Personen eine grosse Rolle. Man muss alles schauen. Und die Beziehung. Weil ich verstehe das Spitexangebot nicht als eine „normale Dienstleistung“, sondern man kommt und ist in der Privatsphäre, in der Wohnung einer Person. Ganz privat. Das Vertrauen muss wirklich hoch sein. | Interesse für und Erfassung der kulturellen Wurzeln, Gewohnheiten und Religion helfen, dass ein Vertrauen zustande kommt. | Zurückhaltung schweizer Spitexmitarbeitenden gegenüber, weil diese Kultur und Mentalität nicht kennt. Interesse für und Erfassung der kulturellen Wurzeln, Gewohnheiten und Religion helfen, dass ein Vertrauen zustande kommt. |
| M5 | kultureller Hintergrund | Sie sind nicht so gewöhnt, dass eine Schweizerin. Diese ist immer noch für Ausländer: „Hu, eine Schweizerin kommt zu mir“. Ein bisschen brrr (macht abweisende Geste). Sie kennt Kultur und Mentalität nicht. | Zurückhaltung gegenüber schweizer Spitexmitarbeitenden, weil diese Kultur und Mentalität nicht kennen. | |

Anhänge

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|---|---|--|
| J3 | Schritt für Schritt | <i>Gehen wir wieder zu diesem Herrn zurück. Wissen Sie, was in Seiner Situation dazu beigetragen hat, dass die schwierige Anfangsphase überwunden werden konnte und er Vertrauen gewinnen konnte? Also vor allem denke ich wichtig ist es, dass Leute vorher gut informiert sind, was bedeutet das. Also welche Möglichkeiten gibt es, welche Dienstleistungen und so weiter. Oder wenn der Hausarzt sagt: mein Vorschlag ist, dass sie versuchen oder probieren 1x/Woche dass jemand von Spitex kommt. Und dann schauen wir langsam zusammen, wie läuft das.</i> | Voraussetzung für den Vertrauensaufbau ist die gute Information, und der langsame Aufbau, am Anfang als Versuch. | Wichtig für den Vertrauensaufbau ist einerseits die gute Information und Kommunikation. Andererseits ist ein langsamer, schrittweiser Aufbau wichtig. Hilfreich ist, wenn die Inanspruchnahme der Spitex zu Beginn als Versuch betrachtet wird, noch nicht als fixe Einrichtung. |
| J4 | Schritt für Schritt | Ich denke, es war vor allem die Person. Die Persönlichkeit. Diese Frau war auch aus dem ehemaligen Jugoslawien, und die Sprache war wichtig. Und auch hat sie langsam, langsam mit ihm gearbeitet und Vertrauen gewonnen. Das war sehr hilfreich. | Persönlichkeit, Sprache und der langsame Aufbau sind wichtig beim Gewinnen von Vertrauen. | |
| J6 | Schritt für Schritt | Ich denke, vor allem ist es wichtig langsam mit der Arbeit oder mit Vorschlägen vorangehen. Oder einfach viel sprechen mit diesen Personen. Positiv alles schauen u.s.w. Ich wollte nicht sagen, dass die Spitex es nicht so gut macht, einfach ich denke dieses Vertrauen ist sehr, sehr wichtig und auch den langsamen Aufbau von diesem Vertrauen. Es muss langsam sein. | Langsamer Aufbau und gute Kommunikation sind wichtig für den Vertrauensaufbau. | |
| J6 | Schritt für Schritt | einfach ich denke dieses Vertrauen ist sehr, sehr wichtig und auch den langsamen Aufbau von diesem Vertrauen. Es muss langsam sein. Und wenn Familienangehörige dabei sind, es wäre wunderschön. Das heisst wie ein Paket zusammen mit auch Hausarzt empfohlen, dann zusammen mit Familie, und dann auch diese Person. | Der langsame Aufbau von Vertrauen ist wichtig, und wird unterstützt durch Zusammenarbeit mit der Familie und dem Hausarzt. | |
| M12 | Spitex als öffentliche Organisation | Und deshalb sage ich immer: wenn Du mit einem Papier oder einem Brief dorthin gehst und unterschreiben... Popopo, sie denken, dass Du eine Polizistin bist. Auch mit mir, wenn ich Kurse mache oder Veranstaltungen. Und dann wollten sie kontrollieren wie viele Leute teilgenommen haben. Und dann habe ich gekämpft: wie willst Du kontrollieren? Kommen Sie vorbei bitte. Ich nehme keine Unterschrift. Das wäre auch für mich schlecht. Aber Spi- | Formulare und Unterschriften machen Angst und erinnern an die Polizei. Wichtig ist die einfache Erklärung der Formalitäten zu Beginn. | Je nach kulturellem Hintergrund haben Migrantinnen und Migranten Repression durch einen Polizeistaat und/oder Korruption erlebt. Diese Erfahrung erschwert ihnen den Aufbau von Vertrauen in eine öffentliche Organisation, und erhöht die Angst vor Kontrolle durch die Spitex. Schriftlichen Dokumenten wie z. B. Formularen unter die eine Unterschrift gesetzt |

Anhänge

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|--|--|--|
| | | <p>tex: unterschreibst Du, dass sie diese Spritze oder ich weiss nicht was. Am Anfang sehr einfach erklären.</p> | | <p>werden muss, wird besonders mit Misstrauen begegnet. Zudem werden Strukturen und Regeln des Zusammenlebens missinterpretiert, weil sie nicht verstanden werden oder falsche Gerüchte dazu kursieren. Gute sprachliche Verständigung und einfache Erklärung der Strukturen sind helfen diese Ängste abzubauen.</p> |
| M12 | Spitex als öffentliche Organisation | <p>Nicht vergessen, diese Leute noch einmal, die meisten sind Leute mit tiefer Schulbildung, die hierhergekommen sind. Und sie haben schlechte Vorbilder. Weil die anderen haben blablabla. Immer noch kommen die Leute und sagen „die Schweizer bezahlen nicht Steuern, nur wir bezahlen“. Weil sie verwechseln Quellensteuern. Es gibt solche. Schade. Oder die Schweizer machen unsere Kinder kaputt. Weil sie muss zur Schulpsychologin und Logopädin. Weil sie keine Ahnung haben was eine Logopädin ist.</p> | <p>Vorurteile gegenüber Strukturen aufgrund von Unkenntnis und Missverständnissen.</p> | |
| M12 | Spitex als öffentliche Organisation | <p>Von Krieg dort, und immer unterdrückt sein. Und hierher kommen und auch bezahlen. Unterdrückt sind sie hier, weil hier sind Regeln, und sie sind es sich nicht gewöhnt (<i>sind sich diese Regeln nicht gewöhnt</i>).</p> | <p>Personen welche Erfahrung mit Unterdrückung im Krieg empfinden Regeln des Zusammenlebens und Besteuerung etc. auch als Unterdrückung.</p> | |
| F3 | Spitex als öffentliche Organisation | <p>Also Spitexmitarbeitende, welche z. B. serbisch könnten, aus einer serbisch- oder kroatischsprachigen Familie, ist bei weitem nicht eine fremde Person, sondern ist dann wirklich eine Hilfe. Und da kommt nicht der Aspekt dazu „ja, kontrolliert sie mich?“.</p> | <p>Eine Spitexmitarbeitende, welche die gleiche Sprache spricht, ist eine wirkliche Hilfe. Sie wird nicht als Kontrolle empfunden.</p> | |
| Ab4 | Spitex als staatliche Einrichtung | <p>Jetzt kommt mir ganz spontan etwas in den Sinn, nämlich die Angst vor der Kontrolle: überprüft zu werden, ob sie alles recht machen ist viel grösser. Das habe ich viel gehört. Es kommt sogar von ihnen manchmal, dass das viel mehr Thema ist. Die Angst, dass man überprüft und kontrolliert wird, und dass das nach aussen getragen wird. Dass diese Privatsphäre verletzt wird.</p> | <p>Die Angst davor, dass man überprüft und kontrolliert wird, ist bei Migrantinnen und Migranten grösser. Die Angst vor der Verletzung der Privatsphäre ist grösser.</p> | |

Anhänge

| | | | | |
|-----|-----------------------------------|--|---|---|
| Ab5 | Spitex als staatliche Einrichtung | Diese Angst rührt auch daher: Viele Leute erlebe ich so, dass sie immer im Clinch sind „Wie fest muss ich mich anpassen? Wann langt es nun endlich?“ Und das ist so eine Situation, wo man nochmals mit dem ganzen Thema konfrontiert wird. „Bin ich adaptiert genug, damit ich mich zeigen kann in der Privatsphäre? Dass das der Staat sehen kann?“ So kommt es mir vor. | Wenn sie Spitex brauchen, werden Migrantinnen und Miganten nochmals mit der Frage konfrontiert: bin ich adaptiert genug an die schweizer Lebensweise? | |
| Ab5 | Spitex als staatliche Einrichtung | Und dann hat man gemerkt, wie viel Korruption es in anderen Staaten gibt, wie selbstverständlich dass für den Russen ist. Aber alle anderen aus den Oststaaten aber auch aus anderen Staaten. Es war eindrücklich. Das Misstrauen denke ich rührt wahrscheinlich aus schlechten Erfahrungen – der Spitzel in Ostdeutschland – einerseits, oder.....(ich war zwar nie bei Ostdeutschen). | Erfahrungen mit Korruption und Spitzel im Herkunftsland führt zu Misstrauen mit staatlichen Einrichtungen. | |
| J3 | Zuverlässigkeit | Nein, diese Spitexfrau musste immer dabei sein, und nur sie durfte Medikamente vorbereiten, Spritzen vorbereiten, und alles andere machen. also, er hatte wirklich so grosses Vertrauen. Das war wirklich auch eine sehr positive Erfahrung. Er hat z. B. 2 Söhne. Und ich war einmal zu Besuch und habe gefragt, wie zufrieden sie jetzt mit dieser Spitexfrau sind, die kommt. „Ja weisst Du was? Ich habe auch eine Tochter gefunden. Sie ist wie meine Tochter jetzt. Sie macht alles super für mich“. Und das konnte ich nicht glauben. Weil es am Anfang auch problematisch war. | Die einzige welche die Medikamente handhaben darf ist die Spitexfrau: zu ihr hat der Kunde grosses Vertrauen, sie ist wie eine Tochter für ihn. | Zuverlässigkeit und Kompetenz der Spitexmitarbeitenden in der Betreuung hilft Vertrauen aufbauen. Das kann auch sein Unterstützungleistungen, welche aufgrund der Fremdsprachigkeit nötig sind, wie Formulare ausfüllen helfen. Die Diskretion der Spitexmitarbeitenden wird geschätzt und hilft dem Vertrauen. |
| M4 | Zuverlässigkeit | Dass diese Personen einfach schauen „Warum nicht Ihm oder sie ein Formular ausfüllen.“ Das ist eine grosse Hilfe für viele, und auch besonders für die Leute die keine Familie haben. Aber auch ein Weg um Vertrauen zu gewinnen. | Umfassende Unterstützung wie z.B. auch Ausfüllen eines Formulars hilft Vertrauen aufzubauen. | |

8.3 Anhang C: Curriculum Vitae der Autorin

Personalien

Name: Rachel Jenkins Scheidegger
Geburtsdatum: 10. 2. 1965
Geburtsort: Accra, Ghana
Bürgerort: Basel Stadt
Zivilstand: Verheiratet, zwei Kinder (1999, 2001)

Berufliche Tätigkeiten

Ab Jan. 2013 Beraterin bei den städtischen Gesundheitsdiensten Zürich, Fachstelle für präventive Beratung im Alter

2008 - 2012 Spitex Zürich Limmat: Mitarbeit im KNII-Team in der Kundenbetreuung, Bedarfsplanung, und als Thementrägerin HPP
Zentrumsübergreifende Schulungsaufträge und Mitarbeit in Projekten

2007 - 2008 Pädagogische Mitarbeiterin 50% am Careum Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen im Programm höhere Fachausbildung Pflege (temporäre Anstellungen)

2002 – 2005 Lehrerin für Pflege in der Praxis am Stadtspital Waid Zürich (Pensum 50%)

1995 – 2002 Berufsschullehrerin an der Berufsschule für Pflege Männedorf (von 1995 – 1998 in der Funktion der Unterrichtsassistentin während der berufsbegleitenden Ausbildung zur Berufsschullehrerin)

1993 - 1995 Diplomierte Krankenschwester auf der medizinischen Abteilung des Spitals schweizerische Pflegerinnenschule

1992 - 1993 Nachtwache in der schweizerischen Epilepsieklinik

1992 6-monatiger Einsatz in einem Spital in Westafrika

1989 - 1992 Diplomierte Krankenschwester auf der onkologischen Abteilung und auf der neu eröffneten Knochenmarkstransplantationsabteilung des Kinderspitals Zürich

Aus- und Weiterbildungen

| | |
|-------------|--|
| ab April 09 | Interuniversitärer MAS (Master of advanced studies) in Public Health (Uni Bern / Zürich / Basel) |
| 2004 | Modul gerontologische Pflege am Kantonsspital St. Gallen |
| 2002 | Modul palliative Pflege am Kantonsspital St. Gallen |
| 1996 - 1998 | Berufsbegleitende Ausbildung zur Berufsschullehrerin Pflege am WPI Morschach |
| 1993 - 1995 | Berufsbegleitende höhere Fachausbildung in Pflege Stufe I beim SBK Zürich |
| 1985 - 1989 | Ausbildung in integrierter Krankenpflege (IKP) an der Krankenpflegeschule Zürich |
| 1976 - 1984 | Mathematisch naturwissenschaftliches Gymnasium Basel (Abschluss mit der Matura Typ C) |