

Women on the Move Arbeitsmigrantinnen

Migration, Pflege(arbeit) und Gesundheit

Kurzdossier

Vorwort

Die alternde Bevölkerung der Länder mit hohem und mittlerem Einkommen, kombiniert mit steigender Abhängigkeitsquote und weiblicher Erwerbsbevölkerung, haben zu auftretenden Defiziten in der Pflege geführt.

Weltweit vergrößert sich der Anteil der erwerbstätigen Frauen, was zur Folge hat, dass Frauen für ihre traditionelle Rolle als unbezahlte Pflegekraft zu Hause wegfallen. Migrantinnen gelangen zunehmend in Aufnahmeländern in der Pflege oft in informelle Anstellungen und sind häufig in privaten Haushalten ohne vollen Zugang zu sozialer Absicherung und Arbeitnehmerrechten tätig.

Als führende maßgebende Gesundheitsbehörde macht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf folgendes Paradox aufmerksam: Migrantinnen, die als Pflegekräfte tätig sind, stützen Gesundheitssysteme in Ländern, die unter knapper Pflegeversorgung leiden, während ihre eigenen Rechte auf Gesundheit und Wohlergehen untergraben und ihre Gesundheitsbedürfnisse nicht berücksichtigt werden. Diese eingewanderten weiblichen Pflegekräfte federn Missstände in Ländern, die keine adäquate Versorgung in der Langzeitpflege und in der Pflege von Kindern und Kranken haben, ab.



World Health
Organization



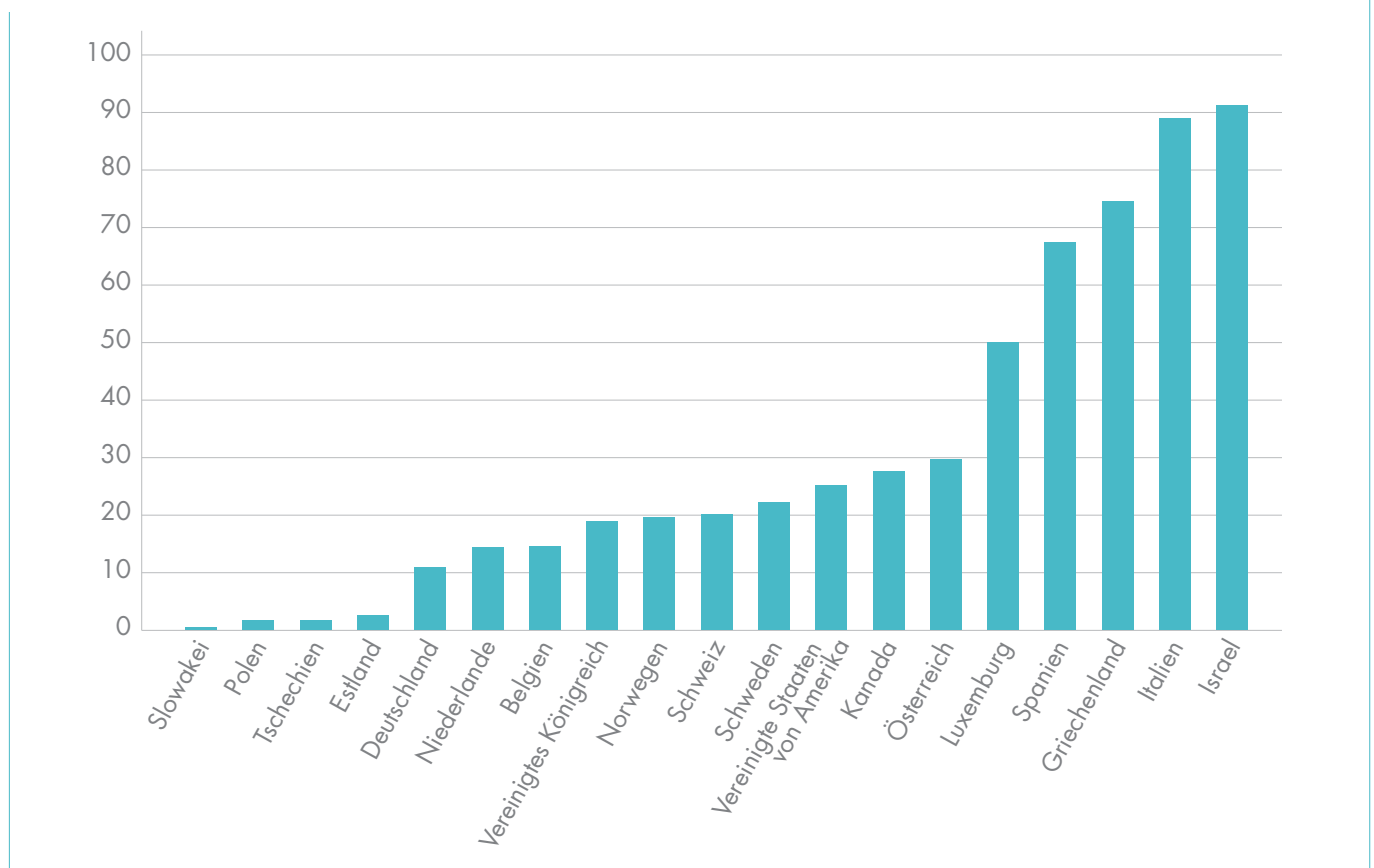
Die entscheidende Rolle von Pflegearbeit und Pflegekräften in Gesundheitssystemen

Dieses Kurzdossier beschäftigt sich mit **weiblichen Pflegekräften mit Migrationshintergrund**, die häusliche Pflege anbieten. Sie spielen eine immer bedeutendere Rolle in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Einzelpersonen und tragen damit zur allgemeinen Gesundheitsversorgung bei. Es ist jedoch relativ wenig über ihren eigenen Gesundheitszustand, ihr Leben als Pflegekraft mit Migrationshintergrund und ihren wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung bekannt. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als es weltweit zu der paradoxen Situation kommt, dass Pflegekräfte, die mehrheitlich weiblich und häufig Migrantinnen sind, einen großen Beitrag zur globalen öffentlichen Gesundheitsversorgung leisten, selbst jedoch vielen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und ohne Schutz und Versicherung für ihre Gesundheit arbeiten.

Pflege definieren und anerkennen

In diesem Kurzdossier liegt der Fokus auf **bezahlten Pflegekräften in Privathaushalten, die sich den verschiedenen Bedürfnissen von Kindern, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und Kranken widmen**. Wir sind besonders an der Rolle interessiert, die pflegende Migranten, die mehrheitlich, aber nicht ausschließlich weiblich sind, als bezahlte und zur Gesundheitsversorgung beitragende Pflegekräfte sowie als Arbeitskräfte spielen, deren Rechte zu ihrer eigenen Gesundheitsversorgung möglicherweise von ihrem Migrations- und Erwerbsstatus abhängig sind.

Anteil der in der Langzeitpflege Zuhause tätigen ausländischen Pflegekräfte



Quelle: OECD Migration Outlook, 2015:123.

Ungeschützt und unterbewertet

Pflegekräfte werden oft über private Agenturen oder informell in privaten Haushalten angestellt. Manche sind auch professionelle Pflegekräfte, denen es nicht möglich war, auf dem regulären Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden, sei es wegen nicht anerkannter Zeugnisse oder wegen ihrer Qualifizierung, und die daher vor dem Problem einer signifikanten Herabstufung oder Dequalifizierung ihrer Arbeit stehen.¹ Es wird geschätzt, dass weniger als 15% der in Privathaushalten beschäftigten Pflegekräfte regulär angestellt sind.² Den informellen Angestellten fehlt oft der vertragliche Anspruch auf gesetzlich festgelegte Arbeitsrechte, Rente und Sozialleistungen. Sie beziehen möglicherweise Löhne, die deutlich unter denen liegen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt für die Pflege in der Gesundheitsversorgung gezahlt werden.³

Die unterschiedlichen, teils sehr vagen Einwanderungsgesetze der verschiedenen Ankunftsländer stellen migrierende weibliche Pflegekräfte vor eine besondere Herausforderung, die sie oft davon abhält, legal einzureisen und Arbeit aufzunehmen.

Ohne legalen Bleibe-Status sind illegal eingewanderte Pflegekräfte in vielen Ländern dem Risiko von Missbrauch durch skrupellose Arbeitgeber ausgesetzt. Darüber hinaus kann auf diese Weise der Pflegemarkt selbst in den verschiedenen Ländern nicht vollständig von der Arbeit von eingewanderten Pflegekräften profitieren, die häusliche Pflege zwar leisten wollen, aber denen es nicht gelingt, einen legalen Weg in das Land oder ein Angestelltenverhältnis zu finden.

Viele Migranten haben das Problem, dass die Gastländer ihre Ausbildung und Zeugnisse nicht anerkennen⁴, was dazu führt, dass sie Privatpersonen pflegen, und nicht ihrer eigentlichen Qualifizierung entsprechend arbeiten (s. z.B. das Schicksal von Simbabweischen Pflegekräften in Großbritannien).⁵ Pflegekräfte mit Migrationshintergrund arbeiten generell unter erschwerten Bedingungen, haben weniger Rechte und weniger adäquate Gesundheitsversorgung als einheimische Pflegekräfte. Dadurch, dass Pflegearbeit häufig in den informellen Sektor verschoben wird, müssen in diesem Bereich arbeitende Angestellte erfahren, dass Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung nicht garantiert sind, sondern ihnen nach Belieben des Arbeitgebers gewährt werden. Beispielsweise hatte in den USA in 2010 fast ein Viertel der im Ausland geborenen Arbeitskräfte, die in der Pflege als Hilfskräfte in der Heim-, psychiatrischen und häuslichen Pflege beschäftigt waren, keine eigene Krankenversicherung.⁶

Es wurde schon viel über die schlechten Bedingungen geschrieben, unter denen Pflegekräfte, vor allem Migranten, arbeiten müssen, wie beispielsweise niedrige Löhne, lange Arbeitszeiten, inadäquate Wohn- und Versorgungsverhältnisse, was insbesondere für Pflegekräfte zutrifft, die im selben Haus wohnen.^{7,8,9} Viele Studien berichten über fehlenden Respekt gegenüber der Arbeit und dem Ansehen der Arbeitskraft und sogar über verbalen, physischen und sexuellen Missbrauch.^{10,11,12} In den extremsten Fällen, in denen Vermittler oder Arbeitgeber den Angestellten ihre Reisepässe wegnehmen¹³ und ihnen Reisekosten und andere Ausgaben vom Lohn abziehen (oder sie überhaupt nicht entlohnen), wird die Pflegearbeit zu einer modernen Form der zeitgebundenen Fronarbeit.¹⁴ In diesem Kontext überrascht es, dass Wissenschaftler dem Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen der Pflegearbeit und der Gesundheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bisher noch keine Aufmerksamkeit schenken.

Die physische und mentale Gesundheit von migrierenden weiblichen Pflegekräften

Es besteht eine signifikante Wissenslücke in Bezug auf den Einfluss der Arbeit sowie der Arbeitsbedingungen – positiv und negativ – auf die Gesundheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

Die Literatur dazu dokumentiert spezifische negative physische Folgen der Pflegearbeit für die Gesundheit. Die am häufigsten genannten sind Müdigkeit, Hunger (ungenügende Mahlzeiten oder fehlende Möglichkeit zur Zubereitung von Mahlzeiten, die dem eigenen Herkunftsland entsprechen)¹⁵, Stürze sowie Belastungen und Verletzungen des Bewegungsapparates durch schweres Heben von Personen und Geräten, von denen manche Leiden noch lange nach Rückkehr der Betroffenen in ihre Heimatländer bestehen.¹⁶ Diese Forschungsergebnisse decken sich mit einem wachsenden Wissenschaftsfeld, das sich mit den Verletzungen beschäftigt, die sich besonders Hausangestellte zuziehen, wie Prellungen, Schnittwunden, Verbrennungen, Amputationen, Augenverletzungen, Erblindung, Kopfverletzungen, Verletzungen/Verstauchungen des Bewegungsapparates, chronische Hand und Handgelenkspathologien, sowie Rücken- und Beinschmerzen. Zudem sind sie Infektionskrankheiten ausgesetzt.^{17,18}

Viele weibliche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund leiden ebenso unter schlechter reproduktiver und sexueller Gesundheit.^{19,20} Es gibt außerdem reichliche Beweise, dass sie Opfer von physischer Gewalt und Schlägen werden, sexuelle Belästigungen und Übergriffe miteingeschlossen. So gaben beispielsweise 44% von philippinischen Migrantinnen an, eine/n Hausangestellte/n zu kennen, die/der physische Gewalt erfuhr, 27% kannten jemanden, der sexuelle Belästigungen erleben musste, und 22,4% kannten Fälle von Vergewaltigungen.^{21,22}

Eine zentrale Hürde im Zugang zu Gesundheitsversorgung, insbesondere von Hausangestellten mit Migrationshintergrund, ist die Unmöglichkeit, im Ankunftsland eine **Krankenversicherung** zu erhalten. Manche Herkunftsländer haben mobile Versicherungsprogramme eingeführt, die es migrierenden weiblichen Pflegekräften ermöglichen, in ihrem Ankunftsland Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten. Jedoch sind die abgedeckten Basisleistungen, die eingeschränkte Dauer des Schutzes und der Umfang der abgedeckten Kosten nicht unbedingt ausreichend, um akute Fälle abzuschließen. Viele migrierende Arbeitnehmer sind daher schutzlos, wenn ihre Rechte und Ansprüche auf Gesundheitsversorgung von den Privathaushalten der Ankunftsländer nicht eingehalten werden. Besonders laufen sie Gefahr, dass ihre Krankheitskosten im Ankunftsland nicht gedeckt sind sowie die Kosten von Krankheiten und Verletzungen, die durch Flucht aus missbräuchlichen Arbeitsverhältnissen entstanden sind, oder auch Behandlungen von Geschlechtskrankheiten wie HIV nicht erstattet werden.

Es können auch signifikante Nachteile entstehen, wenn medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird. Es gab Fälle, in denen Anträge auf Einbürgerung zurückgewiesen wurden, wenn durch Gesundheitstests lebensbedrohliche Erkrankungen aufgedeckt wurden.^{23,24} Aus anderen Berichten ging hervor, dass Testergebnisse an Vermittlungsagenturen ohne das jeweilige Einverständnis von Sender und Empfänger weitergereicht wurden.²⁵ Auch ist bekannt, dass im östlichen Mittelmeerraum weiblichen Pflegekräften mit Migrationshintergrund bei denen der HIV/AIDS-Tests positiv ausfällt oder eine Schwangerschaft diagnostiziert wird, die sofortige Ausweisung droht.²⁶

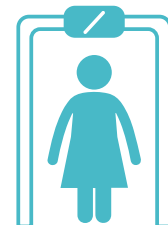
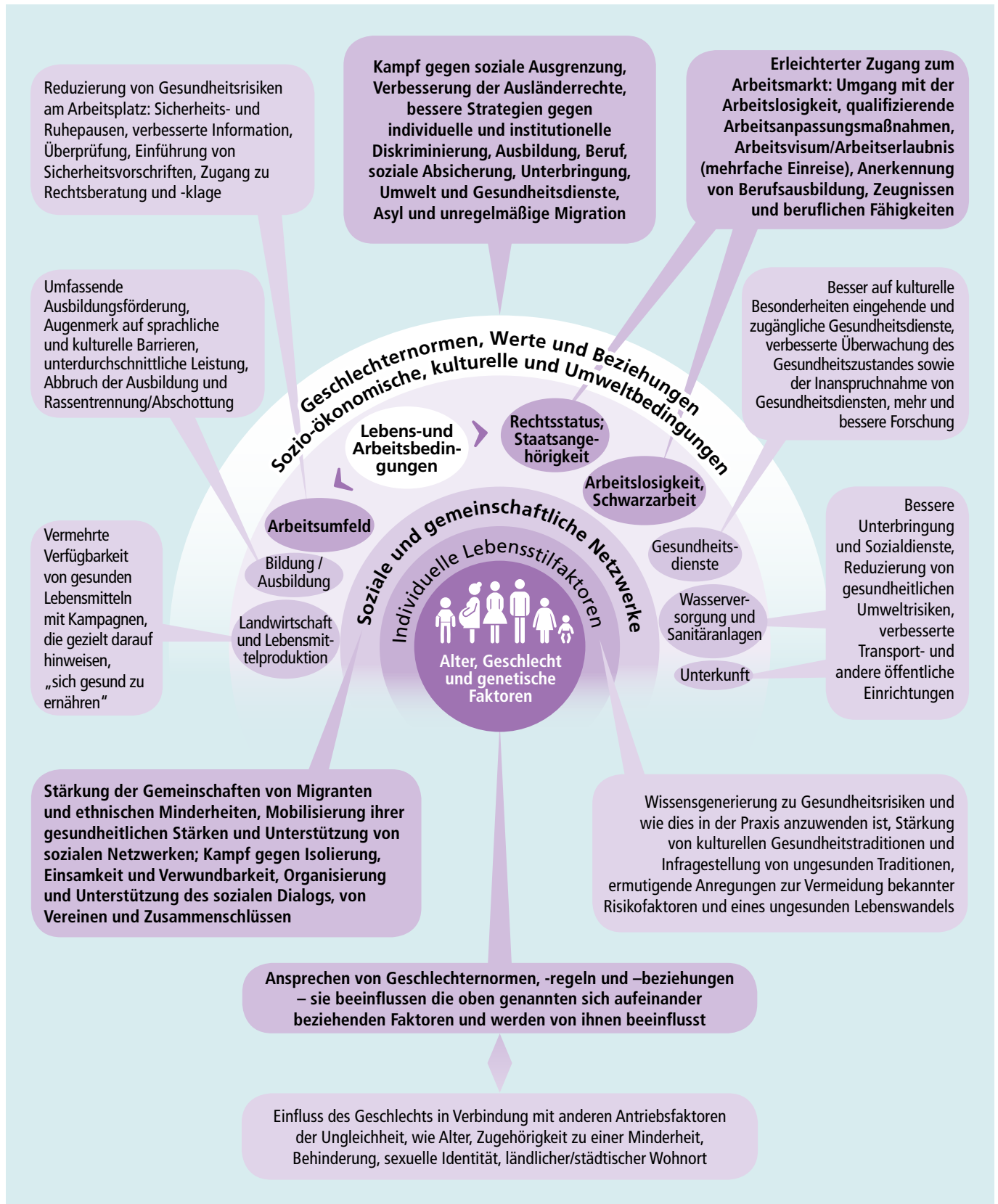


Diagramm der sozialen Determinanten von Gesundheit, angepasst an die Situation von migrierenden weiblichen Pflegekräften



Quelle: WHO Regional Office for Europe. 2010. Das Diagramm wurde von T. Koller mit Ergänzungen von D. Ingleby, S. Gamage und M. Manandhar und Layout-Änderungen von E. Cherchi zur Gesundheit von Migranten ausgearbeitet. Der innere Regenbogen stammt von Dahlgren und Whitehead, 1991.

Versorgungsketten und Abwanderung von Pflegepersonal

Die steigende Zahl von Migranten/innen führt zu Abwanderungen von Pflegepersonal, „care drain“, im globalen Süden, in den ärmeren Regionen der Europäischen Union und anderen sich entwickelnden Regionen sowie in den ländlichen Gegenden von Ländern mit stark ausgeprägter interner (Land-Stadt) Migration (z.B. Brasilien, China, Philippinen).²⁷ Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht von Pflegeressourcen zum Vorteil von Städten und dem globalen Norden. Migranten/innen und die Familien, die sie zurücklassen, versuchen den Verlust der Pflegenden damit auszugleichen, indem sie „globale Versorgungsketten“ kreieren. Diejenigen, die früher für die Pflege zuständig waren, werden nun ersetzt, indem Kinder bei Tanten, Großmüttern oder anderen Verwandten (normalerweise Frauen) untergebracht und bezahlte Pflegekräfte angestellt werden. Zwar beweisen diese globalen Versorgungsketten Handlungsfähigkeit und Resilienz der Migranten/innen und ihrer Familien, sie sind jedoch fragil und brechen häufig unter dem psychischen und finanziellen Druck der langen Trennung zusammen.^{28,29,30,21}

Die Gesundheit und das Wohlergehen der Zurückgebliebenen

Auch diejenigen, die im Sog der Migration zurückbleiben, leiden an den Folgen, die die Trennung für ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen mit sich bringt. Kinder reagieren auf die Abwesenheit ihrer Mütter in unterschiedlichster Weise, je nach Temperament des Kindes, ihrer Beziehung mit dem abwesenden Elternteil, der Gestaltung der Ersatzbetreuung und den involvierten Personen. Auch ändern sich die Reaktionen der Kinder auf die Abwesenheit der Mütter mit der Zeit und mit dem Alter: Jugendliche tendieren dazu ihre negativen Gefühle stärker auszusprechen als jüngere Kinder.³²

Es sind aber nicht nur Kinder, die von der Migration eines Familienmitglieds betroffen sind. Durch die Migration sehen sich ältere Personen einer zweifachen Herausforderung gegenüber, wenn sie sich um die Enkel kümmern müssen, deren Eltern migriert sind und gleichzeitig selbst auf Pflege und Hilfe angewiesen sind. Ältere Menschen sind häufig die Hauptbetreuerpersonen in vielen armen Haushalten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Oft betreuen sie andere ältere Personen und Kinder in ihren Familien.



© Monica Campbell / PRI's The World

Ihre Arbeit sollte weit mehr anerkannt und unterstützt werden.³³ Betagte Großeltern in Thailand sind oft gezwungen, wieder erwerbstätig zu werden, um ihre zurückgelassenen Enkel zu unterstützen.³⁴ Die Fähigkeit von Ersatz- bzw. Pflegeeltern, mit der zusätzlichen Belastung umzugehen, hängt stark von ihrem Alter und körperlichen Verfassung ab.

Die praktischen und psychologischen Folgen von abwesenden Frauen können auch Geschlechterungleichheiten in den Herkunftsländern verstärken, indem andere Frauen und Mädchen verstärkt (vor allem unbezahlt) zur Übernahme der Pflege herangezogen werden, um die Abwesenden zu ersetzen. Dies erhöht die zeitliche Belastung der Betroffenen und wirkt sich frustrierend auf das aus, was sie im Leben erreichen wollen. Die mütterliche Abwesenheit kann aber auch Männer veranlassen, Geschlechterrollen und -verantwortlichkeiten zu tauschen und so in manchen Fällen, sich liebevoller der Familie zu widmen.³⁵

Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheit von Migrantinnen in Pflegearbeit

Migration, Arbeit, mangelnde soziale Absicherung und die Gepflogenheiten der jeweiligen Gesundheitssysteme können negative Auswirkungen auf die Gesundheit von migrierenden weiblichen Pflegekräften und ihren Familien haben – unabhängig davon, ob sie die Frauen begleiten oder zu Hause bleiben. So sind Visaeinträge für Pflegekräfte beispielsweise häufig zeitlich begrenzt und ermöglichen es den Pflegekräften nicht, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. In vielen Ländern haben diejenigen mit Nichtbürger-Status keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung oder Kinderbetreuung,³⁶ oder diese sind für Nichtbürger und Nichtversicherte unverhältnismäßig teuer.^{37,38} Ebenso verhindern fehlende regelnde Verträge den Zugang zu Grundrechten des Arbeitnehmers, wie bezahlter Krankenstand oder Entschädigung im Krankheitsfall.³⁹

Migrierende weibliche Pflegekräfte sind oft davon abhängig, dass ihre Arbeitgeber, Vermittler oder Agenturen ihre vertraglichen Verpflichtungen einhalten. Das ist jedoch nicht immer der Fall.

Einwanderungsgesetze werden wegen ihrer Auswirkung auf Familien, weil sie entweder den Familiennachzug beschleunigen oder verzögern, faktisch zu Familiengesetzen.⁴⁰ Einwanderungsgesetze wirken sich auf Familien aus, indem sie vorschreiben, was „eine Familie“ ausmacht, wer nachziehen kann und wann. Sie können vielen Migranten die legale Einreise verweigern und somit anderen Familienmitgliedern den Nachzug erschweren, oder sie können es Arbeitnehmern ohne Dokumente schwer machen, einen Heimurlaub bei ihrer zurückgelassenen Familie zu machen, weil es zu teuer oder gefährlich ist und/oder weil ihnen die erneute Einreise bei der Rückkehr nicht gestattet wird.

Eine Lockerung der Visumpflichten, um es Migrantinnen zu erleichtern, ihre Kinder häufiger zu sehen oder sie in die Ankunftsländer mitzunehmen, könnte manche dieser Probleme entschärfen. Doch der Prozess bis zum Erhalt einer Nachreiseerlaubnis für minderjährige Kinder kann so lange dauern, dass die Kinder zu alt für die Nachreise sind.⁴¹

Arbeitsrecht sowie Einwanderungsrecht und -praxis können sich also häufig widersprechen, insbesondere wenn das Arbeitsrecht sich nicht auf Migranten erstreckt oder wenn der Migrationsstatus den Zugang zu gesetzlichen Arbeitnehmerrechten beeinflusst, wie das Recht auf Versammlungsfreiheit, das Recht auf Mindestlohn oder die gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Ruhezeiten.^{42,43,44}

Gleichermaßen ist soziale Absicherung häufig vom Migrationsstatus abhängig, und nicht alle Arbeitskräfte haben das Recht auf Rentenansprüche oder auf andere soziale Ansprüche, wie es einheimischen Arbeitskräften und Bürgern zusteht.

Eine transnationale soziale (Ab)sicherung wird angestrebt

Soziale Absicherung (auf allen Ebenen) während Migration und Pflege ist essentiell, um es weiblichen migrierenden Pflegekräften zu ermöglichen, dass sie während der Pflege und Betreuung anderer (Pflegebedürftige und auch Familien in ihren Herkunftsländern) gesund bleiben und es ihnen dabei gut geht. Die Möglichkeit und Übertragbarkeit von bereichs- und grenzüberschreitender sozialer Absicherung (inklusive Krankenversicherung und hier speziell der Zugang zur Gesundheitsversorgung), Sozialversicherung und Renten muss gesichert sein.

Im asiatisch-pazifischen Raum, fällt auf, dass fast 11% der Philippinischen Bevölkerung im Ausland leben oder arbeiten. Wenn Philippinen ihr Land verlassen, müssen sie sich alle in das Programm PhilHealth einschreiben. Die Regierungen von Indonesien und Thailand verhandeln derzeit über ähnliche bilaterale Abkommen, die einen Mindeststandard für Löhne und Zulagen sowie Zugang zur Krankenversicherung für Arbeitnehmer in Übersee beinhalten.

In der Europäischen Union haben europäische Migranten ebenfalls das Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und sozialer Absicherung.

Auf dem amerikanischen Kontinent haben Migranten innerhalb der südamerikanischen MERCOSUR- Länder, ein Recht auf universelle soziale Absicherung, was es den Angehörigen dieser Länder ermöglicht, sich frei über die Grenzen hinweg zu bewegen, und zudem grenzüberschreitende

Rentenansprüche durch bilaterale Abkommen zusichert. Die mexikanische Regierung hat zusätzlich ihre nationale Krankenversicherung erweitert, um im Ausland arbeitende Migranten abzusichern: „Familienmitglieder, die noch in Mexiko leben, sind vollständig versichert, während diejenigen, die im Ausland leben, ärztliche Grundversorgung in Gemeindegesundheitszentren in Kalifornien erhalten können (bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen bekommen sie „Katastrophenschutz“ in Mexiko)“.⁴⁵

Ähnlich handhabt es Guatemala, wo man dabei ist, ein Krankenversicherungssystem zu entwickeln, welches es migrierenden Arbeitskräften erlaubt, einen Beitrag in ein von der Internationalen Organisation für Migration geschaffenes System einzuzahlen, so dass ihre Familien zuhause Zugang zu einer speziellen Gesundheitsversorgung haben.⁴⁶

Nationale Gesundheitspolitik, Strategien und Pläne (National Health Policies, Strategies and Plans (NHPPs)) sind die Eckpunkte einer Gouvernanz, die darauf abzielt, universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage (UHC)), verbunden mit dem Recht auf Gesundheit, zu schaffen. Dabei wird deutlich, dass die Herausforderung darin besteht, das Recht auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung neu zu definieren und nicht mehr allein die Staatsbürgerschaft als Grundlage zu nehmen. Es gilt „UHC Systeme neu zu betrachten, damit sie auch über nationale Grenzen hinweg gültig sein können“.⁴⁷

Nächste Schritte

Dieser Bericht unterstreicht **drei wichtige nächste Schritte**, die alle Länder und Regionen bedenken sollten, um die Gesundheit und das Wohlergehen von migrierenden Pflegekräften und ihren Familien zu verbessern:

1. Berichterstattung über Zustand und Art der Pflegearbeit von Migranten, deren Beitrag zu globaler Pflege und deren Arbeitsbedingungen. Das WHO Country Support Package⁴⁸, inklusive dem darin erwähnten Arbeitsmaterial wie Health Inequality Monitoring, Innov8 Barrier Analysis und partizipative Ansätze im Allgemeinen können dabei hilfreich sein.
2. Verbessertes Zugang zum UHC durch spezifische Maßnahmen zur Unterbindung von Diskriminierung sowie die Förderung von Inklusion und Teilnahme migrierender Pflegekräfte.
3. Förderung und Anerkennung von Pflege als globales öffentliches Gut (Global Public Good), welches zu globaler Gesundheit und globalem Wohlergehen beiträgt.

Diese Schritte und viele damit in Verbindung stehende Strategien betreffen **alle Migranten, Männer wie Frauen sowie die Zurückgelassenen**. Sie plädieren für holistische, universelle und personenbezogene Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme.

Wir rufen die Regierungen dringend dazu auf, bezahlte und unbezahlte Pflegearbeit anzuerkennen und zu unterstützen, migrierende weibliche Pflegekräfte gegen Menschenrechts- und Arbeitsrechtsverletzungen zu schützen und Aktivitäten auf internationaler, regionaler und Landesebene zu fördern, die Modelle für „Gesundheit für Alle“ durch ethische und transparente Gouvernanz-Mechanismen zugänglich machen.

Es braucht sowohl politischen Willen und Vision, geleitet von einer robusten Beweislage. Es braucht Strategien und Arbeitsmaterialien zum bereichsübergreifenden Handeln, sowie eine Stärkung der Mitsprache der Migrantinnen selbst. Nur so kann eine gerechte und sozial ausgewogene Entwicklung vorangebracht werden.



References

- 1 Crushed hopes: underemployment and deskilling among skilled migrant women. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/crushed_hopes_3jan2013.pdf, accessed 21 August 2017).
- 2 Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. Extension of Social Security, Working Paper 50. Geneva: International Labour Organization; 2015.
- 3 Spencer S, Martin S, Bourgeault I, O'Shea E. The role of migrant care workers in aging societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States. IOM Migration Research Series No. 41. Geneva: International Organization for Migration; 2010. (<http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS41.pdf>, accessed 15 October 2017).
- 4 Akresh I. Occupational trajectories of legal US immigrants: downgrading and recovery. *Pop Dev Rev.* 2008; 34:435–56.
- 5 McGregor J. Joining the BBC (British Bottom Cleaners): Zimbabwean migrants and the UK care industry. *J Ethn Migr Stud.* 2007;33(5):801–24.
- 6 Foreign-born health-care workers in the United States. Washington (DC): Migration Policy Institute; 2007 (<http://www.migrationpolicy.org/article/foreign-born-health-care-workers-united-states-o>, accessed 21 August 2017).
- 7 van Walsum S. International migrant domestic workers, national welfare states and transnational social security arrangements. In: Meghani Z, editor. *Women migrant workers, ethical, political and legal problems.* New York (NY) and London: Routledge; 2016:131–53.
- 8 Triandafyllidou A, editor. *Irregular migrant domestic workers in Europe: Who cares?* Farnham: Ashgate; 2013.
- 9 Meghani Z. Trapped in a web of immigration and employment laws: female undocumented home health workers in the US. In: Meghani Z, editor. *Women migrant workers, ethical, political and legal problems.* New York (NY) and London: Routledge; 2016:24–53.
- 10 Jureidini R. Irregular workers in Egypt: migrant and refugee domestic workers. *Int J Multicult Soc.* 2009;11(2):75–90.
- 11 Abu-Habib L. The use and abuse of female domestic workers from Sri Lanka in Lebanon. *Gender & Development.* 1998;6(1):52–6 (<https://doi.org/10.1080/741922630>, accessed 21 August 2017).
- 12 Huang S, Yeoh BSA. Emotional labour and transnational domestic work: the moving geographies of “maid abuse” in Singapore. *Mobilities.* 2007;2(2):195–217
- 13 Fernandez B. Household help? Ethiopian women domestic workers' labor migration to the Gulf countries. *Asian Pac Migr J.* 2011;20:433–57.
- 14 Jureidini R, Moukarbel N. Female Sri Lankan domestic workers in Lebanon. A case of “contract slavery”? *J Ethn Migr Stud.* 2004;30(4):581–607.
- 15 Tungohan E. From migrant to citizen: learning from the experiences of former caregivers transitioning out of the live-in caregiver program. Toronto: Gabriela Transitions Experiences Survey; 2014 <http://www.gatesurvey.com/wp-content/uploads/2014/07/GATES-Preliminary-Analysis-201407221.pdf>, accessed 29 August 2017).
- 16 Malhotra R, Arambepola C, Tarun S, De Silva V, Kishore J, Ostbye T. Health issues of female foreign domestic workers: a systematic review of the scientific and gray literature. *Int J Occup Environ Health.* 2013;19(4):261–77.
- 17 Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection. Geneva: International Labour Organization; 2015.
- 18 Ahonen EQ, López-Jacob MJ, Vázquez ML, Porthé V, Gil-González D, García AM, et al. Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain. *Am J Ind Med.* 2010;53(4):405–16. <https://doi.org/10.1002/ajim.20710>.
- 19 Bedri N, Ibrahim Abdelmoneim S, Tambal N, Adam S. Factors influencing access of women migrant domestic workers to sexual and reproductive health (SRH) services at Khartoum State: the case of Ethiopian migrant domestic workers. *Ahfad Journal.* 2015;32(2).
- 20 Mora L. Gender, reproductive rights and international migration. Meeting of Experts on Population, Inequalities and Human Rights. Santiago: CEPAL; 2006 (<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/27116/moral.pdf>, accessed 29 August 2017).
- 21 ACHIEVE & Vrije Universiteit Medical Center Metamedical Health Care and Culture. *Women and migration: the mental health nexus a research on individual and structural determinants of stress and mental health problems of Filipino women migrant domestic workers.* Quezon City: Action for Health Initiatives; 2011.
- 22 Wong A. Identifying work-related stressors and abuses and assessing their impact on the health of migrant domestic workers in Singapore. Singapore: Humanitarian Organization for Migration Economics; 2010.
- 23 Canchela J. Support surges for ailing caregiver. *The Philippine Reporter,* 2008 (<http://www.philreporter.com/Issue-07-1-15-08/support.htm>, accessed 29 September 2016).
- 24 Keung N. Ottawa urged to grant permanent status to migrant workers on arrival. *Toronto Star,* 11 September 2016 (<https://www.thestar.com/news/immigration/2016/09/11/ottawa-urged-to-grant-permanent-status-to-migrant-workers-upon-arrival.html>, accessed 29 August 2017).
- 25 About us. Manila: Philippine Migrants Rights Watch; 2016 (<http://www.pmrw.org.ph/p/the-philippine-migrants-rights-watch-is.html>, accessed 29 August 2017).
- 26 Cariker B. Health requirement for Middle East Visas. *Expat Family Health.* 2013. (<https://expatfamilyhealth.com/health-requirements-work-visas/health-requirements-for-middle-east-visas/>, accessed 13 November 2016).

- 27 Liu B, Zhang Y, Li Y. Reconciling work and family: issues and policies in China. *Conditions of Work and Employment Series*, No. 22. Geneva: International Labour Office; 2009 (http://www.ilo.org/beijing/what-we-do/publications/WCMS_141729/lang-en/index.htm, accessed 21 August 2017).
- 28 Ehrenreich B, Hochschild AR. *Global woman: nannies, maids, and sex workers in the new economy*. New York (NY): Macmillan; 2003.
- 29 Hondagneu-Sotelo P, Avila E. "Here, but I'm there": the meanings of Latina transnational motherhood. *Gend Soc.* 1997;11(5):548-71.
- 30 Yeates N. *Globalising care economies and migrant workers: explorations in global care chains*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2009.
- 31 Yeates N. Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. *Global Networks*. 2012;12(2):135-54.
- 32 Hoang LA, Lam T, Yeoh BSA, Graham E. Transnational migration, changing care arrangements and left-behind children's responses in South-east Asia. *Children's Geographies*, 2015;13(33):262-77.
- 33 Global AgeWatch Index 2015. Insight report. London: HelpAge International; 2015.
- 34 Kusakabe K. Reconciling work and family: issues and policies in Thailand. *Conditions of Work and Employment Series*, No. 14. Geneva: International Labour Organization; 2006 (http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_TRAVAIL_PUB_14/lang-en/index.htm, accessed 29 August 2017).
- 35 Gallo E, Scrinzi F. *Migration, masculinities and reproductive labor: men of the home*. New York (NY): Palgrave Macmillan; 2016.
- 36 Ku L, Jewers M. *Health care for immigrant families: current policies and issues*. Washington (DC): Migration Policy Institute; 2013.
- 37 Squires D, Anderson C. U.S. health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2015;1-15.
- 38 Sivadasan K, Zhang C. *Improving healthcare insurance for migrant workers in China: cover the missing 220 million migrants. How to bridge the missing gap?* MPA Thesis submission. Cambridge (MA): John F. Kennedy School of Government, Harvard University; 2014.
- 39 Rojas-Wiesner M, DeVargas M. Strategic invisibility as everyday politics for a life with dignity: Guatemalan Women migrants' experiences of insecurity at Mexico's southern border. In Truong T, Gasper D, Handmaker J, Bergh S, editors. *Migration, gender and social justice: perspectives on human insecurity*. Berlin: Springer; 2014.
- 40 Van Walsum S. Transnational mothering, national immigration policy, and European law: the experience of the Netherlands. In: Benhabib S, Resnik J, editors. *Migrations and mobilities: citizenship, borders, and gender*. New York (NY): New York University Press; 2009.
- 41 Parreñas RS, Parreñas R. *Servants of globalization: migration and domestic work*. Redwood City (CA): Stanford University Press; 2015.
- 42 Calavita K. Gender, migration and law: crossing borders and bridging disciplines. *Int Migr Rev.* 2006;40(1):104-32.
- 43 Lutz H, Palenga-Möllnbeck E. Care work migration in Germany: semi-compliance and complicity. *Soc Pol Soc.*, themed issue on "Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: some European experiences". 2010(3):419-30.
- 44 Léon M. Migration and care work in Spain: the domestic sector revisited. *Soc Pol Soc.*, themed issue on "Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: some European experiences". 2010(3):409-18.
- 45 Levitt P. *Why we need transnational social protection for migrants*. New York (NY): Sapiens; 5 April 2017 (<http://www.sapiens.org/culture/transnational-social-protection/>, accessed 21 August 2017).
- 46 MacLaren B. Securing health services in Guatemala for the families of migrant workers. *FocalPoint*. 2008;7(5):10-1. (http://www.focal.ca/pdf/focalpoint_june2008.pdf, accessed 5 September 2017).
- 47 Guinto RL, Curran UZ, Suphanchaimat S, Pocock NS. Universal health coverage in "One ASEAN": are migrants included? *Glob Health Action*. 2015;8:25749. doi:10.3402/gha.v8.25749.
- 48 For more information, go to: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/en/>

Translation

Katharina Klohe, Msc

Profes Andrea S Winkler & Clarissa Prazeres da Costa

Center for Global Health

Department of Neurology & Institute for Medical

Microbiology, Immunology and Hygiene

Technical University of Munich

Munich, Germany

Women on the Move: Migration, Care Work and Health (Policy Brief)

WHO/FWC/GER/17.2 - © WHO 2017. Some rights reserved.

This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

The Gender, Equity, and Human Rights (GER) Team can be contacted through: GER@who.int