



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 20

20

Zugewandertes Pflegeassistenzpersonal und Brain Waste I

Quantitative Daten zur Soziodemografie,
Qualifikation und beruflichen Motivation

Christa Vangelooven, Dirk Richter, Petra Metzenthin

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Christa Vangelooen, Dirk Richter und Petra Metzenthin
(Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit)

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 20

Zitierweise

Vangelooen, C., Richter, D. & Metzenthin, P. (2012). *Zugewandertes Pflegeassistenzpersonal und Brain Waste I. Quantitative Daten zur Soziodemografie, Qualifikation und beruflichen Motivation* (Obsan Dossier 20). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen
(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1201-05

ISBN

978-2-940502-00-4

© Obsan 2012

Der Inhalt dieses Berichtes widerspiegelt die Ansicht der Autorinnen und Autoren und wiedergibt nicht zwangsläufig die Meinung der Auftraggeber.



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Zugewandertes Pflegeassistentenpersonal und Brain Waste I

Quantitative Daten zur Soziodemografie, Qualifikation und
beruflichen Motivation

Christa Vangelooven

Dirk Richter

Petra Metzenthin

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
Résumé	11
1 Einführung	15
1.1 Ausgangslage	15
1.2 Begriffsdefinitionen	15
1.2.1 Brain Waste und Dequalifikation	15
1.2.2 Pflegepersonal auf Assistenzstufe	16
1.2.3 Zuwanderinnen und Zuwanderer.....	16
1.3 Auftrag, Ziele und Fragestellung.....	17
1.4 Projektkonzeption und Projektorganisation	17
2 Brain Waste: aktueller Forschungsstand	19
2.1 Allgemeine Ausgangslage	19
2.2 Brain Waste und Dequalifikation in Zahlen	19
2.2.1 Internationaler Kontext.....	19
2.2.2 Die Situation in der Schweiz	21
2.3 Gründe für Brain Waste	22
2.3.1 Individuelle Faktoren.....	22
2.3.2 Institutionelle und gesellschaftliche Faktoren	23
2.3.3 Faktoren der Profession und der beruflichen Integration	24
2.4 (Re-)Qualifikation und Upgrading	25
2.5 Zusammenfassung	26
3 Methode	27
3.1 Befragung der Institutionen (Teilstudie 1).....	27
3.1.1 Auswahl der Institutionen und Rekrutierung.....	27
3.1.2 Datenerhebung	28
3.1.3 Datenanalyse.....	29
3.2 Befragung des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals (Teilstudie 2).....	29
3.2.1 Rekrutierungsprozess der Teilnehmenden.....	29
3.2.2 Datenerhebung	30
3.3 Datenanalyse	32
4 Ergebnisse	33
4.1 Befragung der Institutionen im Langzeit- und Spitexbereich (Teilstudie 1)	33
4.1.1 Stichprobe.....	33
4.1.2 Gesamtpersonalbestand Pflege und Betreuung	34
4.1.3 Zugewandertes Pflegeassistentzpersonal.....	34
4.1.4 Beschreibung der Studienpopulation aus Sicht der Arbeitgeber.....	35
4.1.5 Dequalifikation und Brain Waste	36
4.1.6 Ausmass des Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistentzpersonal.....	38
4.1.7 Massnahmen zur Qualifikation und Requalifikation	39
4.2 Befragung des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals (Teilstudie 2)	40
4.2.1 Stichprobe und Rücklaufquote	40
4.2.2 Persönlicher Hintergrund der Teilnehmenden.....	40
4.2.3 Push- und Pullfaktoren	41
4.2.4 Sprachkenntnisse des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals	41
4.2.5 Schulische und berufliche Ausbildung im Herkunftsland der Teilnehmenden	42
4.2.6 Aktuelle berufliche Situation der Teilnehmenden in der Schweiz	43
4.2.7 Dequalifikation und Brain Waste	45
4.2.8 Berufliche Zukunft in der Schweiz	45
5 Diskussion	47
5.1 Heterogene Stichprobe	47
5.2 Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistentzpersonal.....	47

5.3	Qualifikations- und Requalifikationsmassnahmen	48
5.4	Soziodemografische Angaben zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal	48
5.5	Brain Waste und Dequalifikation	49
5.6	(Re-)Qualifikation	51
5.7	Einschränkungen der Studie	53
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	55
6.1	Die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals	55
6.2	Brain Waste, Dequalifikation und (Re-)Qualifikation	55
6.3	(Re-)Qualifikationsmassnahmen	56
6.4	Empfehlungen	56
6.4.1	Verbesserung der Datenlage	57
6.4.2	Gesellschafts- bzw. migrationspolitische Massnahmen	57
6.4.3	Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der formalen Anerkennungsverfahren	57
6.4.4	Subgruppenspezifische Requalifikationsmassnahmen	58
7	Bibliographie	59
8	Anhang	63
8.1	Anhang 1: Suchstrategie Literaturrecherche	63
8.2	Anhang 2: Anzahl gültige Antworten Teilstudie 1	64
8.3	Anhang 3: Anzahl gültige Antworten Teilstudie 2	65
8.4	Anhang 4: Fragebogen zur Befragung der Institutionen	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Studiendesign Ablaufplan	18
Abbildung 4.1	Herkunftsregionen des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals in % (N=164)	35
Abbildung 4.2	Einschätzung der Sprachkenntnisse durch die Arbeitgeber in Prozent	37
Abbildung 4.3	Gesamtpersonalbestand und Schätzung des Brain Waste in der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals (Schätzung)	38
Abbildung 4.4	Herkunftsregionen des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals in % (N=93)	40
Abbildung 4.5	Sprachkenntnisse bei der Einreise in die Schweiz und heute in %	42
Abbildung 4.6	Berufsabschlüsse vor der Einreise in die Schweiz in % (N=84)*	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1	Teilnehmende Institutionen nach Region	33
Tabelle 4.2	Gesamtpersonalbestand Betreuung und Pflege nach Qualifikation (Schätzung)	34
Tabelle 4.3	Angaben über Anteil zugewandertes Pflegeassistentenpersonal in Langzeit- und Spitexbetrieben	34
Tabelle 4.4	Geschätzte Altersverteilung zugewandertes Pflegeassistentenpersonal in %	35
Tabelle 4.5	Berufliche Qualifikation des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals im Herkunftsland (nach Anzahl Nennungen geordnet)	36
Tabelle 4.6	In der Schweiz nicht angewendete ausländische Qualifikationen	37
Tabelle 4.7	Umfang Brain Waste (Schätzung)	38
Tabelle 4.8	Von den Betrieben bereits angewendete Massnahmen zur (Re-)Qualifikation	39
Tabelle 4.9	Empfohlene Massnahmen zur (Re-)Qualifikation	39
Tabelle 4.10	Höchster Bildungsabschluss vor Einreise in die Schweiz	42
Tabelle 4.11	Beurteilung der aktuellen Arbeitssituation	44
Tabelle 4.12	Weitere Schulungsprogramme, an denen die Befragten teilnehmen würden	45
Tabelle 4.13	Angebote der (Re-)Qualifikation, die in Anspruch genommen würden	46

Danksagungen

In erster Linie dankt das Forschungsteam dem zugewanderten Pflegeassistentenpersonal sowie dem Leitungspersonal und den betriebsinternen Kontaktpersonen in den beteiligten Institutionen für ihr Engagement und die Bereitschaft, am Forschungsprojekt teilzunehmen. Für die ideelle und logistische Unterstützung danken wir dem Fachbereich Menschen im Alter bei CURAVIVA, Heimverband Schweiz, den beteiligten Sektionen und der Abteilung integrative Angebote beim Schweizerischen Roten Kreuz sowie Domicil Bern. Für die konstruktive und bereichernde Zusammenarbeit über die Sprachregionen hinaus ein grosser Dank an Dr. Stefan Kunz, die weiteren Kooperationsbeteiligten in der Haute Ecole de Santé Fribourg und der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno, sowie allen Mitarbeitenden der Befragungsteams.

Abkürzungsverzeichnis

AKP	Allgemeine Krankenpflege (altrechtliches Pflegediplom)
AFIPA Fribourg	Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées / Vereinigung Freiburgerischer Alterseinrichtungen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFH	Berner Fachhochschule
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EBA AGS	Assistent/in Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest
EMN	European Migration Network
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
FaBe	Fachmann/Fachfrau Betreuung
FaGe	Fachmann/Fachfrau Gesundheit
FASRK	Fähigkeitsausweis SRK (altrechtliche Pflegeausbildung Sekundarstufe II)
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz
HEdS-FR	Haute Ecole de santé Fribourg
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale / Fachhochschule Westschweiz
HWWI	Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut
ICN	International Council of Nurses
ICNM	International Centre on Nurse Migration
ILO	International Labour Organisation
IMIS	Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien
IMO	International Organization for Migration
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PA	Pflegeassistent/in
PH	Pflegehilfe
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SUPSI	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
WHO	World Health Organisation

Zusammenfassung

Einleitung: Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen in den OECD-Staaten wurde Ende der 1990er-Jahre ein drohender Fachkräftemangel im Gesundheitswesen prognostiziert. Dabei rückte die Diskussion über die Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal (Care Drain) in den Vordergrund. In den letzten Jahren konnte vermehrt ein gewisser Widerspruch zwischen der zunehmenden Migration von Gesundheitspersonal und der tatsächlichen Integration in den Arbeitsmarkt im Zuwanderungsland festgestellt werden. Oft können die im Herkunftsland erworbenen beruflichen Qualifikationen im Zuwanderungsland nicht genutzt werden, was in der einschlägigen Forschungsliteratur mit einem englischen Begriff als Brain Waste (Verschwendung von Wissen und Kompetenzen) bezeichnet wird.

Diese Studie im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums hatte zum Ziel, die Bedeutung des Brain Waste unter dem heutigen zugewanderten Pflegeassistentenpersonal in der Schweiz zu explorieren. Dahinter standen mehrere Intentionen, zum einen die Verbesserung der lückenhaften Datenlage zu zugewanderten Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistenz im Gesundheitswesen, zum zweiten die Prüfung der Annahme, dass Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistentenpersonal vorhanden ist, und zum dritten die Exploration des Potentials für (Re-)Qualifikation bzw. Upgrading der Qualifikationen im Bereich Gesundheit.

Stand der Forschung: Der Wissensstand zum Thema Brain Waste bei Gesundheitspersonal ist sowohl aus internationaler als auch aus nationaler Perspektive noch begrenzt. Studien zu Brain Waste beim Gesundheitspersonal fokussieren im internationalen Kontext eher auf die subjektiven Erfahrungen von ausländischem Fachpersonal bei der beruflichen Integration. Im deutschsprachigen Raum liegen mehrere Studien mit eingewanderten Hochschulabsolventinnen und -absolventen in Deutschland vor. Die Datenlage in der Schweiz ist rudimentär.

Bei der Entstehung von Brain Waste spielen Faktoren auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene eine Rolle. Individuelle Risikofaktoren beinhalten Sprachkenntnisse, die Einwanderungsmotivation, das Herkunftsland, den Aufenthaltsstatus, das Geschlecht sowie soziale und finanzielle Ressourcen. Auf institutioneller Ebene können Migrationsverfahren sowie die Zeitdauer bis zur beruflichen Integration eine Rolle spielen. Bei den gesellschaftlichen Faktoren werden Themen wie Ausgrenzung genannt. Spezifisch für die Gesundheitsberufe werden professionsbezogene Risikofaktoren wie unterschiedliche professionelle Rollen in verschiedenen Ländern beschrieben. Die international sehr unterschiedlichen Standards und Rahmenbedingungen im Berufsalltag beeinflussen die Entstehung von Brain Waste massgeblich.

Einige Länder haben staatlich geförderte Strategien und Förderprogramme zur (Re-)Qualifikation von zugewandertem Gesundheitsfachpersonal entwickelt. Diese haben zum Ziel, die Nutzung des bereits vorhandenen Humankapitals zu fördern. Solche Förderprogramme bestehen meist aus mehreren Komponenten, welche eine verbesserte Nutzung der Workforce-Kompetenzen anstreben. Dabei stehen die Entwicklung von Sprach- und Kommunikationskompetenzen, klinisch-pflegerischen Kompetenzen sowie die Sozialisierung in der professionellen Rolle im Zuwanderungsland im Vordergrund.

Methode: In dieser Untersuchung, bestehend aus zwei Teilstudien, wurden sowohl Institutions- als auch Personendaten erhoben. In Teilstudie 1 wurden Leitungspersonen von Spitex- und Langzeitbetrieben in der Schweiz mittels eines Onlinesurveys befragt. In der strukturierten Befragung wurden Angaben zum Betrieb, zum Personalbestand sowie zum Anteil der Mitarbeitenden mit nicht-schweizerischer Herkunft erfragt. Soziodemografische Angaben (Aufenthaltsstatus, Alter, Herkunft etc.) sowie Angaben zur beruflichen Qualifikation und zu den Sprachkenntnissen der Studienpopulation wurden ebenfalls erhoben. Um den Aufwand für die Institutionen so gering wie möglich zu halten und somit die Befragungsteilnahme zu erhöhen, handelt es sich bei diesen Daten um

geschätzte Angaben der befragten Leitungspersonen. Danach wurden Erfahrungen und Wünsche zur (Re-)Qualifikation aus Sicht der Arbeitgeber eruiert.

In Teilstudie 2 fanden strukturierte schriftliche oder telefonische Befragungen des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals statt. Die Rekrutierung erfolgte über interne Kontaktpersonen der in Teilstudie 1 befragten Institutionen sowie über das SRK Schweiz. Die Mitarbeitenden wurden zu ihrem persönlichen Hintergrund, ihrer Lebensgeschichte, ihren Sprachkenntnissen, zur beruflichen Bildung und zur Tätigkeit im Ausland sowie in der Schweiz befragt. Abschliessend wurden ihre Erfahrungen mit der beruflichen Integration in der Schweiz und ihre Vorstellungen zur (Re-)Qualifikation in der Schweiz erhoben.

Ergebnisse: An der Befragung der Teilstudie 1 haben 347 Institutionen aus der Langzeitpflege und der spitalexternen Pflege teilgenommen. Der Anteil an zugewanderten Mitarbeitenden in der Gruppe des Pflegeassistentenpersonals wird auf 33% geschätzt. Anhand der geschätzten Zahlenangaben der Institutionen kann davon ausgegangen werden, dass in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals ein Anteil von 15% von Brain Waste betroffen ist.

An Teilstudie 2 nahmen 95 Personen aus der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals teil. Bei der Analyse der beruflichen Qualifikationen im Herkunftsland wurden in der Mitarbeitendenbefragung drei Subgruppen identifiziert. Diese umfassten Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem Gesundheitsberuf, solche mit einer Qualifikation in einem anderen Berufszweig sowie Personen ohne berufliche Qualifikation im Herkunftsland. Von den 84 Befragten, die Angaben über ihren beruflichen Abschluss gemacht haben, sind 55 Personen (65%) eindeutig von Brain Waste betroffen. Bei den übrigen Befragten trifft Brain Waste nicht zu, weil sie im Herkunftsland keine berufliche Qualifikation erworben hatten.

Sowohl die Institutionen als auch die Mitarbeitenden haben ein grosses Interesse an (Re-)Qualifikationsmassnahmen. Einige davon werden seitens der Institutionen bereits angeboten oder gefördert. Die Schwerpunktsetzung der gewünschten Massnahmen gestaltet sich je nach Subgruppe unterschiedlich (z.B. Sprachkurse oder Fachkurse). Mit der Teilnahme an (Re-)Qualifikationsmassnahmen kann eine Nachqualifikation oder eine Qualifikation im Gesundheitswesen überhaupt bezweckt werden.

Diskussion: Die Annahme, dass Brain Waste innerhalb der untersuchten Population vorhanden ist, wurde bestätigt. Jede sechste bis siebte Person in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals könnte aufgrund der Schätzung in Teilstudie 1 von Brain Waste betroffen sein. Knapp die Hälfte der Betroffenen verfügt über eine ausländische Qualifikation in einem Gesundheitsberuf.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals besonders hinsichtlich ihrer Herkunft und ihrer beruflichen Qualifikation im Herkunftsland sehr heterogen zusammengestellt ist. Diese Population unterscheidet sich hinsichtlich den soziodemografischen Merkmalen wie Durchschnittsalter, Herkunft, Zuwanderungsmotivation und berufliche Qualifikation im Herkunftsland klar von anderen Populationen mit dem Motiv der Arbeitsmigration, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten und qualifiziertem Pflegefachpersonal aus den EU-Ländern. Ungefähr jede dritte Person auf Pflegeassistentenstufe ist nach dem 18. Lebensjahr in die Schweiz zugewandert. Somit weist die untersuchte Population viele Merkmale auf, die das individuelle Risiko für ein Scheitern der beruflichen Integration erhöhen.

(Re-)Qualifikationsmassnahmen sollten der Heterogenität der Population Rechnung tragen und subgruppenspezifisch gestaltet werden. Die Notwendigkeit für Förderungsprogramme mit mehreren Komponenten drängt sich auf, wobei massgeschneiderte und individuelle Angebote zu präferieren sind.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen: Die Themen Brain Waste und (Re-)Qualifikation müssen aufgrund der grossen Heterogenität der hier befragten Personen differenziert betrachtet werden. Die Empfehlungen beziehen sich auf Massnahmen zur besseren Nutzung des Humankapitals in der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals. Dabei stehen Themen wie die weitere Verbesserung der Datenlage, gesellschaftspolitische Massnahmen, Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der formalen Anerkennungsverfahren sowie subgruppenspezifische (Re-)Qualifikationsmassnahmen im Vordergrund. Diese Massnahmen sollen dazu beitragen, dass Personen, welche Interesse an einer Arbeit im Gesundheitswesen haben, sich ihrem Potential entsprechend weiter entwickeln können. Damit könnte auch dem absehbaren Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und vor allem im Langzeitpflegebereich zumindest teilweise begegnet werden.

Résumé

Introduction: Compte tenu des évolutions démographiques dans les Etats membres de l'OCDE, une pénurie de main-d'œuvre spécialisée dans le domaine de la santé a été pronostiquée à la fin des années 1990. Dans ce contexte, la migration professionnelle du personnel de santé (*care drain*) est devenue un débat d'actualité. Ces dernières années, on a observé de manière plus évidente une certaine contradiction entre l'intensification de la migration du personnel de santé et l'intégration effective sur le marché du travail du pays d'accueil. Les qualifications professionnelles acquises dans le pays d'origine ne peuvent souvent pas être utilisées dans le pays d'accueil, un phénomène qui est désigné dans la littérature spécialisée par le terme anglais de *brain waste* (gaspillage des savoirs et des compétences).

Cette étude, réalisée sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé, se proposait d'analyser l'importance du *brain waste* chez les auxiliaires de santé migrants travaillant actuellement en Suisse. Elle visait plusieurs objectifs : premièrement, améliorer l'état lacunaire des données sur le personnel de santé auxiliaire migrant ; deuxièmement, examiner l'hypothèse de l'existence d'un *brain waste* au sein des auxiliaires de santé migrants ; troisièmement, analyser le potentiel d'accès à des qualifications, à la reconnaissance de qualifications ou à la mise à jour des qualifications dans le domaine de la santé.

Etat de la recherche : l'état des connaissances sur le thème du *brain waste* au sein du personnel de santé est encore limité tant dans une perspective internationale que nationale. Les études réalisées sur ce thème dans le contexte international mettent plutôt l'accent sur les expériences subjectives du personnel de santé étranger sur le plan de l'intégration professionnelle. Dans l'espace germanophone, plusieurs études ont été menées en Allemagne auprès de personnes émigrées diplômées d'une haute école. L'état des données en Suisse est rudimentaire.

Des facteurs de nature individuelle, institutionnelle et sociétale jouent un rôle dans l'apparition du *brain waste*. Les facteurs individuels de risque comprennent les connaissances linguistiques, les motifs de l'émigration, le pays d'origine, le statut de séjour, le sexe ainsi que les ressources financières et sociales. Sur le plan institutionnel, des facteurs comme les procédures liées à la migration et le temps requis jusqu'à l'achèvement de l'intégration professionnelle peuvent jouer un rôle. Parmi les facteurs de société, on peut citer notamment l'exclusion. Si l'on considère spécifiquement les professions de la santé, il faut évoquer des facteurs de risque comme la différence des rôles professionnels dans les divers pays. La grande disparité des standards et des conditions-cadre dans le quotidien professionnel selon les pays influencent largement l'émergence du *brain waste*.

Certains pays ont développé des stratégies et des programmes gouvernementaux d'encouragement des qualifications et de requalification (mise à jour des qualifications) du personnel de santé émigré. Ces mesures ont pour but de favoriser l'utilisation du capital humain existant. Elles comportent le plus souvent plusieurs composantes visant une meilleure utilisation des compétences de la main-d'œuvre. Les composantes centrales sont ici le développement des compétences linguistiques et de communication, le développement des compétences cliniques et soignantes ainsi que la socialisation dans le rôle professionnel à remplir dans le pays d'accueil.

Méthode: Pour cette étude, composée de deux volets (1^{ère} partie et 2^{ème} partie), on a relevé des données aussi bien sur des institutions que sur des personnes. Dans l'étude 1, des personnes membres de la direction de services d'aide et des soins à domicile et d'établissements de soins de longue durée en Suisse ont été interrogées par le biais d'une enquête en ligne. Celle-ci a permis de recueillir des informations sur l'établissement, sur l'effectif du personnel et sur la part des membres du personnel d'origine non suisse de même que des données sociodémographiques (statut de séjour, âge, origine, etc.) et des indications sur les qualifications professionnelles et les connaissances linguistiques de la population étudiée. Pour alléger autant que possible la charge de travail des

personnes interrogées et de la sorte accroître le taux de participation à l'enquête, les réponses ne devaient être données que sous forme d'estimations. Les personnes interrogées ont été priées ensuite de faire part de leurs expériences et de leurs vœux en matière de qualifications et de requalification du point de vue des employeurs.

L'étude 2 avait pour objet d'interroger des auxiliaires de santé migrants par téléphone ou par le biais d'un questionnaire écrit. La sélection de ces derniers a été faite par le biais des institutions ayant pris part à l'étude 1 et de la Croix-Rouge suisse. Les collaboratrices et collaborateurs interrogés ont répondu à des questions sur leur origine, leur vécu, leurs connaissances linguistiques, leur formation ainsi que sur leurs activités professionnelles à l'étranger et en Suisse. Elles ont ensuite été priées de parler de leurs expériences en matière d'intégration professionnelle et de leurs attentes sur le plan des qualifications et des requalifications en Suisse.

Résultats: 347 institutions de soins de longue durée ou d'aide et de soins à domicile ont pris part à l'enquête 1. La part des auxiliaires de santé migrants est évaluée à 33%. Selon les indications fournies par les institutions, on peut estimer que 15% des auxiliaires de santé migrants sont en situation de brain waste.

95 personnes du groupe du personnel auxiliaire de santé migrant ont pris part à l'étude 2. Elles ont été réparties en trois sous-groupes sur la base de l'analyse des qualifications professionnelles acquises dans le pays d'origine. Un sous-groupe comprenait les personnes ayant des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, un autre était formé des personnes qualifiées dans une autre branche professionnelle et le troisième sous-groupe se composait des personnes n'ayant pas acquis de qualifications professionnelles dans leur pays d'origine. Sur les 84 personnes ayant fourni des informations sur leurs titres professionnels, 55 (65%) sont manifestement en situation de brain waste. Les autres personnes interrogées ne sont pas touchées par ce phénomène du fait qu'elles n'ont pas acquis de qualifications professionnelles dans leur pays d'origine.

Tant les institutions que le personnel auxiliaire de santé sont très intéressés par des mesures permettant d'acquérir ou de mettre à jour des qualifications. Certaines institutions proposent ou encouragent déjà des mesures dans ce domaine. La priorisation des mesures souhaitées varie selon le sous-groupe (par ex. cours de langues ou cours spécialisés). La participation à des mesures de qualifications ou de requalification permet de viser une qualification complémentaire ou autre dans le domaine de la santé.

Discussion: L'hypothèse selon laquelle le brain waste est une réalité pour certaines personnes dans la population étudiée est confirmée. Selon les estimations faites dans l'étude 1, une personne sur six ou sept dans le personnel auxiliaire de santé migrant pourrait être touchée par le brain waste. Près de la moitié des personnes se trouvant dans une telle situation disposent de qualifications dans une profession de santé acquises à l'étranger.

Autre constat: le personnel auxiliaire de santé migrant a une composition très hétérogène notamment quant à son origine et aux qualifications professionnelles acquises dans le pays d'origine. Cette population se distingue clairement des autres populations provenant des pays de l'UE et ayant émigré pour des raisons de travail comme les médecins et le personnel soignant qualifié sur les plans suivants : variables sociodémographiques comme l'âge moyen, l'origine, le motif d'émigration et les qualifications professionnelles acquises dans le pays d'origine. Environ une personne émigrée sur trois œuvrant comme auxiliaire de santé est arrivée en Suisse après sa 18^e année. Ainsi, la population étudiée présente de nombreuses caractéristiques accroissant le risque individuel d'un échec dans l'intégration professionnelle.

Les mesures de qualifications ou de requalification devraient tenir compte de l'hétérogénéité de cette population et être structurées spécifiquement en fonction des sous-groupes. La nécessité de mettre sur pied des programmes d'encouragement avec plusieurs composantes est incontestable et il conviendrait de privilégier des offres individuelles et taillées sur mesure.

Conclusions et recommandations : Les thèmes du brain waste et des qualifications/requalifications doivent être considérés de manière différenciée en raison de la grande hétérogénéité des personnes interrogées. Les recommandations se réfèrent aux mesures visant une meilleure utilisation du capital humain dans le groupe du personnel auxiliaire migrant. Les éléments prioritaires sont ici l'amélioration de l'état des données, les mesures de politique sociale, les possibilités d'amélioration dans le cadre des procédures formelles de reconnaissance ainsi que les mesures de qualification/requalification spécifiques aux sous-groupes. Ces mesures devraient contribuer à ce que les personnes désireuses de travailler dans le domaine de la santé soient à même de développer leur potentiel en conséquence. Elles devraient permettre de combler du moins en partie la prévisible pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le domaine de la santé et notamment dans le domaine des soins de longue durée.

1 Einführung

1.1 Ausgangslage

Gegen Ende der 1990er Jahre wurden im Zusammenhang mit den demografischen Veränderungen in den OECD-Ländern die ersten Publikationen zu einem drohenden Fachkräftemangel veröffentlicht. Auch für die Schweiz wird ein Fachkräftemangel in den Gesundheitsinstitutionen prognostiziert (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009; Jaccard Ruedin, Weaver, Roth, & Widmer, 2009). Dabei wurde im internationalen Rahmen die Thematik der Migration von Arbeitskräften im Allgemeinen sowie von Gesundheitspersonal (Care Drain¹) im Speziellen aktuell (OECD, 2007, 2008b). In den letzten Jahren wurde zudem vermehrt ein gewisser Widerspruch zwischen der Einwanderung von Gesundheitspersonal und dessen tatsächlicher Integration in den Arbeitsmarkt im Zuwanderungsland festgestellt (OECD, 2007). Oft können die im Herkunftsland erworbenen beruflichen Qualifikationen aufgrund mehrerer Faktoren im Zuwanderungsland nicht genutzt werden (Buchan, Kingma, & Lorenzo, 2005). Dies kann zu einer potentiellen Dequalifikation führen. Die Betroffenen sehen sich in diesem Fall gezwungen, eine Stelle anzunehmen, welche unterhalb ihrer erworbenen Qualifikationen liegt (Englmann & Müller, 2007).

Im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel konzentriert sich der Diskurs zum Thema Brain Drain bzw. Care Drain vermehrt auch auf die Frage, wie Brain Waste (Verschwendung von Wissen und Kompetenzen) von Arbeitsmigrantinnen und -migranten vermieden werden kann, damit das Humankapital bzw. die beruflichen Qualifikationen von zugewanderten Personen optimal genutzt werden können.

1.2 Begriffsdefinitionen

1.2.1 Brain Waste und Dequalifikation

Der Begriff Brain Waste wird in der Fachliteratur unterschiedlich definiert.

Es besteht jedoch Konsens darüber, dass Brain Waste entsteht, wenn Migrantinnen und Migranten in ihrem Herkunftsland erworbene berufliche Qualifikationen im Zuwanderungsland nicht anwenden können (Carr, Inkson, & Thorn, 2005; Englmann & Müller, 2007; Europäisches Migrationsnetzwerk, 2010; Keeley, 2009; Martin & Reitz, 2006).

In der Literatur finden sich folgende weitere Definitionsaspekte:

- Nicht-Anerkennung von Fähigkeiten (Qualifikationen), welche die Nutzung des Arbeitspotentials verhindern (Europäisches Migrationsnetzwerk, 2010; Martin & Reitz, 2006),
- Nicht-Ausschöpfung der Kompetenzen und Fähigkeiten im Zuwanderungsland (Carr et al., 2005; Meinhardt, 2008)
- Wechsel zu einer Anstellung, welche nicht die Fähigkeiten und Erfahrungen der früheren Anstellung im Herkunftsland erfordert (Carr et. al, 2005).

Brain Waste hat meist eine Dequalifikation zur Folge, d.h. diese Personen arbeiten auf einer tieferen Kompetenzebene als es ihre ursprünglichen Qualifikationen erlauben würden. Vorhandene Qualifikationen und Ausbildungen können somit nicht vollständig genutzt werden (Keeley, 2009). Eine „lose-

¹ Die deutsche Schreibweise der Begriffe im Zusammenhang mit Migration in diesem Bericht orientiert sich am "Glossar zu Asyl und Migration" des Europäischen Migrationsnetzwerks (2010).

lose-Situation“ (Englmann & Müller, 2007) für alle Beteiligten entsteht: Die Zuwanderinnen und Zuwanderer erfahren eine Dequalifikation. Volkswirtschaftlich gesehen verlieren sowohl die Herkunftsländer als auch die Aufnahmeländer, da das vorhandene Humankapital nicht vollständig ausgeschöpft werden kann. Es kommt zu einem Brain Waste anstatt zu einem Brain Gain (Englmann & Müller, 2007; Keeley, 2009; Meinhardt, 2008).

Das Konzept des Humankapitals impliziert üblicherweise nicht nur die Integration im Arbeitsmarkt, sondern zieht auch in Betracht, ob der jeweilige Arbeitsplatz mit dem Bildungs- und Qualifikationsniveau dieser Person übereinstimmt (Keeley, 2009).

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im schweizerischen Gesundheitswesen wird in der vorliegenden Studie diese Definition des Brain Waste auf das Personal in der Pflegeassistentenstufe angewendet.

1.2.2 Pflegepersonal auf Assistenzstufe

Für die Definition des "Pflegepersonals auf Assistenzstufe" kam die Kategorisierung aus früheren Untersuchungen zum Gesundheitspersonal zur Anwendung (Jaccard Ruedin et al., 2009). Demnach setzt sich die Kategorie des Pflegepersonals auf Assistenzstufe aus folgenden Gruppen zusammen:

- Personen, welche eine Ausbildung Pflege und Betreuung auf Assistenzstufe (Pflegeassistent PA, früher "Spitalgehilfin" oder eine Attestausbildung) absolviert haben,
- Personen, welche einen Kurs in Pflege und Betreuung (Pflegehelferin und Pflegehelfer SRK oder andere Anbieter) absolviert haben.

Die Voraussetzung, um auf der Stufe Pflegeassistent arbeiten zu können, ist ein entsprechender Berufsabschluss als Pflegeassistentin oder Pflegeassistent (künftig EBA AGS). Um als Pflegehelferin oder Pflegehelfer arbeiten zu können, ist der Besuch eines Pflegehelferinnen- oder Pflegehelferkurses, beispielsweise beim SRK, Voraussetzung. Gemäss der SRK-Website² werden in diesem Kurs Kenntnisse zu den Bedürfnissen von gesunden, kranken und behinderten Menschen als Grundlage für den Einstieg in die Pflege vermittelt. Neben mindestens 120 Stunden Theorieunterricht ist auch mindestens ein zwölf-tägiges Praktikum Bestandteil des Lehrgangs, der mit einem landesweit anerkannten Zertifikat abgeschlossen wird (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2011).

Personen ohne Abschluss (häufig unter den Begriff "ungelernte Hilfskräfte" gefasst) wurden von der Studienpopulation ausgeschlossen.

1.2.3 Zuwanderinnen und Zuwanderer

Unter Zuwanderinnen und Zuwanderer werden in dieser Studie Personen mit persönlicher Migrationserfahrung verstanden. Der Migrationszeitpunkt sollte nach dem 18. Lebensjahr gelegen haben, weil bei einer Zuwanderung in die Schweiz vor diesem Zeitpunkt eine Ausbildung innerhalb des schweizerischen Bildungssystems möglich sein sollte. Grenzgängerinnen und Grenzgänger, welche nach ihrem 18. Lebensjahr angefangen haben in der Schweiz zu arbeiten, zählten ebenfalls zur Studienpopulation.

Diese Migrantinnen und Migranten werden unabhängig vom gegenwärtigen Aufenthaltsstatus (befristet, unbefristet), von ihrer Nationalität (nach Einbürgerung), von der Motivation der Zuwanderung, von ihrer Integration und von ihrem Weiterbildungsstatus in die Studie eingeschlossen.

² <http://www.redcross.ch/activities/edu/edu/courses/index-de.php?courseid=15>

Migrantinnen und Migranten der zweiten und nachfolgenden Generationen waren von der Studie ausgeschlossen, weil sie die Möglichkeit haben, eine Ausbildung in der Schweiz abzuschliessen und daher von einer Dequalifikation nicht betroffen sein sollten.

1.3 Auftrag, Ziele und Fragestellung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat sich zum Ziel gesetzt, die Bedeutung des Brain Waste bei zugewandertem Pflegeassistentenpersonal im Rahmen ihres Kompetenzbereiches "Gesundheitsberufe und Versorgung" zu explorieren. Angenommen wurde, dass zugewanderte Mitarbeitende auf Pflegeassistentenstufe und mit einer ausländischen Qualifikation auch bei höheren Qualifikationen in einem Gesundheitsberuf auf Stufe Pflegeassistenten arbeiten (müssen). Dabei könnten Schwierigkeiten bei der formalen Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation und/oder sprachliche Schwierigkeiten eine Rolle spielen. Die Thematik wurde aufgrund des hohen Anteils an Pflegeassistentenpersonal besonders im Langzeitbereich (Alters- und Pflegeheime) sowie im Spitexbereich als relevant eingeschätzt.

Das Hauptziel der durch den Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (BFH) durchgeführten explorativen quantitativen Studie ist die Verbesserung der lückenhaften Datenlage zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal im Gesundheitswesen durch die Beschreibung dieser Population. Die Studie soll erste Schätzungen resp. weiter zu untersuchende Aussagen ermöglichen, inwiefern Brain Waste bei zugewandertem Pflegeassistentenpersonal vorhanden ist oder nicht. Weiter soll eruiert werden, inwiefern zugewanderte Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistenten eine Zielgruppe für Ausbildungsgänge zwecks (Re-)Qualifikation bzw. Upgrading im Bereich Gesundheit darstellen.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie lässt sich die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, die in Institutionen der Langzeitpflege oder Spitexeinrichtungen tätig ist, in Bezug auf Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Anteil des Gesamtpersonalbestands und ursprüngliche Qualifikation im Herkunftsland beschreiben?
- Wie gross ist der Umfang von Brain Waste in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals?
- Falls Brain Waste ein Thema ist, besteht seitens der Institutionen bzw. seitens der betroffenen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistenten Interesse bzw. Potential und Bereitschaft zur (Re-)Qualifikation?

1.4 Projektkonzeption und Projektorganisation

Das Projekt wurde über eine öffentliche Ausschreibung durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium initiiert und finanziert. Dabei wurden parallel zwei Studien in Auftrag gegeben.

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse der durch die BFH durchgeführten quantitativen Studie zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal und Brain Waste. Parallel dazu wurde in einer durch die HES-SO Wallis durchgeführten qualitativen Studie der Entstehungsprozess von Brain Waste in drei Regionen der Schweiz (Genf, St.Gallen und Wallis) näher untersucht.

Das deskriptiv-explorative Design der vorliegenden quantitativen Studie umfasst zwei Teilstudien:

- Teilstudie 1: Onlinebefragung von Leitungspersonen von Langzeitinstitutionen und Spitexorganisationen.
- Teilstudie 2: Schriftliche oder telefonische Befragung von zugewandertem Pflegeassistenzpersonal.

Abbildung 1.1 Studiendesign Ablaufplan

Studiendesign: Ablaufplan	Monat 1	Monat 2	Monat 3	Monat 4 - 6	Monat 6 - 10
Teilstudie 1: Onlinebefragung von Leitungspersonen von Langzeit- und Spitexbereich					
Literaturrecherche					
Rekrutierung der Institutionen					
Konstruktion Fragebogen der Institutionen		Inkl. Pretest			
Onlinebefragung Institutionen					
Teilstudie 2: Schriftliche/telefonische Befragung von zugewandertem Pflegeassistenzpersonal					
Konstruktion Fragebogen des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals			Inkl. Pretest		
Rekrutierung des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals					
Schriftliche und telefonische Befragung des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals					

Die Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung der BFH, Fachbereich Gesundheit entwickelte das Studiendesign auf der Basis der Ausschreibung. Dieses wurde nach Auftragsvergabe in Zusammenarbeit mit der Projektleitung des Obsan weiter spezifiziert. Die Studie der BFH erhielt eine ideelle Unterstützung von "CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz". Für die Übersetzung der Fragebogen sowie für die Datenerhebung in der Westschweiz und im Tessin bestand eine Kooperation mit den Forschungsabteilungen Gesundheit der Haute École de Santé in Fribourg sowie der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana in Manno. Für den Pretest des Studiendesigns und der Befragungsmethoden haben sich zwei Institutionen von Domicil Bern zur Verfügung gestellt.

2 Brain Waste: aktueller Forschungsstand

In diesem Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zum Thema Brain Waste als Synthese zusammengefasst. Informationen zur Suchstrategie bei der Literaturrecherche sind im Anhang 1 ersichtlich.

2.1 Allgemeine Ausgangslage

Organisationen, die sich mit Aspekten der Migration, der Arbeit und/oder der Gesundheit beschäftigen, wie u.a. die *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), die *World Bank Group* (Weltbank), die *International Labour Organisation* (ILO) sowie die *International Organization for Migration* (IOM), haben sich der Thematik der Arbeitsmigration allgemein sowie insbesondere beim Gesundheitspersonal angenommen. Dabei werden die Effekte des Care Drain (Wegzug von Gesundheitsfachpersonal) für die Herkunftsländer, nicht zuletzt aus ethischer Perspektive breit diskutiert (Keeley, 2009; OECD, 2007, 2008a, 2008b, 2009; Özden & Schiff, 2006). Vorerst war die Diskussion auf die Abwanderungskaskade von qualifizierten Fachkräften aus Entwicklungsländern in die OECD-Staaten fokussiert (OECD, 2008b). Die *World Health Organisation* (WHO) hat dazu Zahlen, Fakten sowie strategische Empfehlungen zur Migration von Gesundheitspersonal veröffentlicht (Stillwell et al., 2004). Auch der Weltverband der Pflegenden, der *International Council of Nurses* (ICN), hat die spezifischen Auswirkungen der Migrationsthematik bei Pflegepersonal untersucht und veröffentlicht (Buchan et al., 2005; Kingma, 2007). In der Folge hat sich der ICN seit 2005 am „International Center on Nurse Migration“ (ICNM)³ beteiligt. Dieses versteht sich als ein Kompetenzzentrum für die Entwicklung und Verbreitung von Forschung, Strategien und Information bezüglich der Migration von Pflegepersonal.

2.2 Brain Waste und Dequalifikation in Zahlen

Es gibt im Allgemeinen wenig Untersuchungen zu Brain Waste (Mattoo, Neagu, & Özden, 2007). Viele Studien konzentrieren sich auf die Sekundäranalyse von vorhandenen Registerdaten oder fokussieren auf zugewanderte Hochschulabsolventinnen und -absolventen, die unter ihrem Qualifikationsniveau arbeiten. Im Zusammenhang mit den Gesundheitsberufen existieren in der internationalen Literatur vor allem Untersuchungen zum erschwerten beruflichen Integrationsprozess von diplomiertem Pflegefachpersonal. Spezifische Arbeiten zu zugewandertem Pflegeassistenzpersonal wurden nicht identifiziert.

Nachfolgend werden der Wissensstand im internationalen Kontext sowie erste Einschätzungen zur Situation in der Schweiz beschrieben.

2.2.1 Internationaler Kontext

Das Thema der Dequalifikation bei Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen, sowie beim Gesundheitspersonal im Besonderen, hat die OECD im „International Migration Outlook“ (2007) als Berichtschwerpunkt gewählt. Die Wahrscheinlichkeit der Dequalifikation ist gemäss diesem Bericht bei kürz-

³ <http://www.intnursemigration.org>

lich zugewanderten Personen sowie Zuwanderinnen und Zuwanderern ausserhalb der OECD-Länder am höchsten. So beträgt die mittlere Dequalifikationsrate für Zuwanderer und Zuwanderinnen aus Nicht-OECD-Staaten durchschnittlich 20% gegenüber 15% für zugewanderte Personen aus den OECD-Ländern.

Eine dänische Studie (Niehlsen, 2009) fand in einer Sekundäranalyse von Registerdaten heraus, dass zugewanderte Personen (Anteil Betroffene 39%) ein grösseres Risiko für eine Anstellung unterhalb ihrer Qualifikationsebene hatten als die dänischen Staatsangehörigen (Anteil Betroffene 15%) bzw. in Dänemark ausgebildete Zugewanderte (Anteil Betroffene 20%).

Eine deutsche Studie ergab, dass 65% der zugewanderten Personen mit einem ausländischen Hochschulabschluss berufstätig sind, im Vergleich zu 85% der Migrantinnen und Migranten mit einem deutschen Abschluss respektive 91% der Deutschen. Dabei arbeiten 20% der Migrantinnen und Migranten mit einem Hochschulabschluss auf einer tieferen Qualifikationsebene, bei den Deutschen sind es drei Prozent (Nohl, Selma, & Thomesen, 2010). Innerhalb Europas waren und sind oft zugewanderte Personen aus den osteuropäischen EU-Beitrittsländern betroffen. Viele dieser Personen, die seit 2004 (Erweiterung EU) eingewandert sind, haben in den alten EU-Ländern Jobs für Geringqualifizierte angenommen. Obwohl die EU-Vorschriften zur Anerkennung von Qualifikationen für diese Gruppe mittlerweile ebenfalls gültig sind, ist unklar, inwiefern es diesen Personen gelingen wird, eine ihrer Qualifikation entsprechende Beschäftigung zu finden, wenn sie ihre Sprachkenntnisse verbessert und sich eingelebt haben (Kofmann & Raghuram, 2009). Eine Studie des Europäischen Flüchtlingsfonds aus 2002/2003 im Bundesland Niedersachsen zeigte, dass knapp 67% von 260 befragten hochqualifizierten Flüchtlingen (Hochschulabsolventinnen und -absolventen) mit unbefristeter Aufenthaltserlaubnis keine Arbeit hatten. Davon waren 8% im medizinischen Bereich ausgebildet. Dies steht in starkem Kontrast zur vorherigen Beschäftigung dieser Personen in ihrem Herkunftsland, wo 86% berufstätig und 72% im erlernten Berufsfeld beschäftigt waren (Hadeed, 2004). Der Zugang zum Arbeitsmarkt wird gemäss dieser Studie durch Faktoren wie eine niedrige Anerkennungsrate der Qualifikationen, Sprachkenntnisse, unzureichende Beratungs- und Begleitungsmodelle sowie fehlende spezifische Angebote für Hochqualifizierte erschwert (Hadeed, 2004). Circa ein Viertel der Personen mit einem ausländischen Hochschulabschluss hat eine Anerkennung erst gar nicht versucht (Hadeed, 2004).

Eine andere deutsche Studie befragte sowohl Angestellte von Anerkennungsstellen wie auch Betroffene zur Thematik der Anerkennung, Dequalifikation und (Re-)Qualifikation (Englmann & Müller, 2007). Sie kommt zum Schluss, dass die Anerkennungsrate aufgrund der Ungleichwertigkeit der Ausbildungen im Bereich der Nicht-OECD-Länder tief ist. Bezogen auf die Anerkennung in den Gesundheitsberufen wird beschrieben, dass über die Hälfte der Anträge im Jahr 2006 abgelehnt wurden sowie circa ein Drittel der Verfahren wegen unvollständiger Unterlagen nicht abgeschlossen werden konnten (Englmann & Müller, 2007). Weil (Re-)Qualifikationsmassnahmen kaum angeboten oder nicht finanziert werden, mussten einige Personen eine Tätigkeit als ungelernte Arbeitskraft annehmen (Englmann & Müller, 2007). Die Studie zeigt, dass ein Grossteil der ausländischen Pflegekräfte ohne Anerkennung – und ohne die entsprechende tarifliche Bezahlung – im Bereich Pflege und Betreuung bzw. im Rahmen von Praktika arbeitet (Englmann & Müller, 2007). Allan und Larsen (2003) stellen in einer Studie mit 72 Pflegepersonen in England fest, dass viele zugewanderte Pflegepersonen im privaten Sektor und somit ausserhalb des öffentlichen Gesundheitssystems auf Pflegeassistentzebene arbeiten.

2.2.2 Die Situation in der Schweiz

Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten Einwanderungsquote (OECD, 2006). Gemäss der Website des IOM⁴ sind 23% der Bevölkerung Migrantinnen und Migranten. Der Frauenanteil beträgt 50%. In einer Reihe von europäischen Staaten, u.a. der Schweiz, betrug der Anteil der Menschen, denen die Einreise explizit zur Arbeitsaufnahme erlaubt wurde, mehr als 40% der gesamten Zuzüge (Dumont & Liebig 2005, zitiert bei Kofmann & Raghuram, 2009).

Gemäss Angaben der OECD betrug die Überqualifikationsrate⁵ aller Berufsgruppen im Jahr 2000 bei Migrantinnen und Migranten 11% gegenüber 7% bei Schweizerinnen und Schweizern (OECD, 2007). Getrennt nach Geschlecht ergeben sich für den Zeitraum 2003 bis 2004 für die über Fünfzehnjährigen in der Schweiz folgende Überqualifikationsraten: 14% für Migrantinnen; 11% für Migranten; 8% für Schweizerinnen und 12% für Schweizer (OECD, 2007).

Der Anteil der Pflegefachpersonen mit ausländischer Herkunft beträgt in der Schweiz über 20% (OECD, 2007). Diese qualifizierten Fachkräfte stammen mehrheitlich aus den Nachbarländern der Schweiz und mindestens 75% davon haben die deutsche Staatsangehörigkeit (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Die Schweiz wird – nach den Vereinigten Staaten – im Migrationskaskadenmodell der OECD als eines der grössten Aufnahmeländer für Gesundheitspersonal aufgeführt (OECD, 2008b). So ist der Migrationssaldo von Gesundheitspersonal stark positiv. Es wandern also mehr Personen ein als aus. Im Jahr 2008 war der Migrationssaldo von ausländischem Pflegefachpersonal beispielsweise fast gleich hoch wie die Anzahl der in der Schweiz neu ausgebildeten Personen (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010).

Im Jahr 2008 hatten von 5410 im Langzeitbereich beschäftigten Mitarbeitenden mit einer im Ausland erworbenen Qualifikation 58% einen tertiären Abschluss, 15% einen Abschluss auf Sekundarstufe II sowie 23% einen Abschluss auf Assistenzstufe (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010).

Die Zahlenangaben zu den Herkunftsländern des Gesundheitspersonals sind wenig spezifiziert, weil das Kriterium Nationalität alleine eine begrenzte Aussagekraft hat (BBT, 2010; Dolder & Grünig, 2009). Rückschlüsse bezüglich des Ausbildungsorts der eingewanderten Personen – im Ausland oder in der Schweiz – sind nicht oder nur begrenzt möglich, da diese erst ab 2008 und noch lückenhaft in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erfasst werden (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Zudem erlauben die Daten keine Aussagen zur Aufenthaltsdauer und dem Integrationsgrad der ausländischen Personen (BBT, 2010; Dolder & Grünig, 2009). Weiter fehlen Angaben, die differenzieren, ob jemand von innerhalb oder ausserhalb der EU- bzw. der OECD-Staaten eingewandert ist. Einzig der Anteil der „Grenzgänger“ im Gesundheitswesen ist quantifiziert und beträgt für das 1. Quartal im Jahr 2009 17247 Personen (acht Prozent des Totals aller Berufsbranchen). Diese Personen arbeiten vorwiegend in den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Tessin und Genf (Dolder & Grünig, 2009).

Zur Verweildauer der Gesundheitsfachleute, die im Ausland ausgebildet wurden und zum Arbeiten in die Schweiz kommen, besteht eine Datenlücke. Zwar wird bei der Einreise der Arbeitgeber erfasst und es ist bekannt, dass 90% des eingewanderten Fachpersonals mit einem medizinischen Hintergrund einen Arbeitgeber im Gesundheitswesen, mehrheitlich in Kliniken und Spitälern, angeben. In der Schweiz werden jährlich rund 2000 Diplome in einem Gesundheitsberuf vom SRK anerkannt, wobei dies zu circa 75% Diplome aus einem der Nachbarländer und etwa elf Prozent Berufsabschlüsse aus Nicht-EU-Ländern betrifft (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Ein Arbeitsplatz- oder Branchenwechsel kann nicht nachverfolgt werden (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Auch die Statistik über die Registrierung und Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in den Gesundheitsberufen des

⁴ <http://www.iom.int/jahia/Jahia/switzerland> (abgefragt im Februar 2010)

⁵ "Over-qualification is examined here with a normative-type measure based on the correspondence between level of education and qualifications for the job held" (OECD, 2007).

SRK führt nicht nach, ob registrierte Berufspersonen aktuell noch berufstätig sind (Dolder & Grünig, 2009).

Dolder und Grünig (2009, p. 20) kommen daher zum Schluss, dass für „eine Steuerung des zugewanderten Personals auf Evidenzbasis und für differenzierte Aussagen zur Entwicklung und zur Bedeutung der zugewanderten Mitarbeitenden in den Institutionen des Gesundheitswesens umfangreiche und vertiefte Analysen notwendig sind“. Somit ist selbst eine vorsichtige Prognose zur Bedeutung der Themen Brain Waste und Dequalifikation beim Gesundheitspersonal auf Pflegeassistentenstufe in der Schweiz aus heutiger Sicht und bei vorliegender Datenlage kaum möglich. Anzunehmen ist, dass die Thematik besonders bei Migrantinnen und Migranten mit einer Herkunft ausserhalb der EU- oder OECD-Staaten relevant ist.

2.3 Gründe für Brain Waste

In den letzten zehn Jahren wurden mehrere Studien publiziert, die sich mit der Entstehung von Brain Waste und Dequalifikation in den Gesundheitsberufen befassen. Diese Arbeiten fokussieren auf die Gesundheitsberufe der Tertiärstufe – die Assistentenstufe wird nicht explizit untersucht.

Die in der Literatur beschriebenen Einflussfaktoren für die Entstehung von Brain Waste lassen sich in drei Ebenen unterteilen. Es werden individuelle Faktoren, institutionelle und gesellschaftliche Faktoren sowie professionelle Faktoren beschrieben.

2.3.1 Individuelle Faktoren

Auf individueller Ebene scheinen insbesondere Sprachkenntnisse, das Geschlecht, Skills, Ressourcen und Arbeitserfahrung sowie die Zuwanderungsmotivation eine Rolle zu spielen.

Die *Sprachkenntnisse* werden übereinstimmend als elementares Schlüsselement betrachtet. Sie bilden die Grundlage zur Kommunikation am Arbeitsplatz (Baumann, Blythe, McIntosh, & Rheame, 2006; Blythe, Baumann, Rheame, & McIntosh, 2009; de Veer, den Ouden, & Francke, 2004; Keeley, 2009; Kingma, 2007; Tregunno, Peters, Campbell, & Gordon, 2009; Xu, Gutierrez, & Kim, 2008). Zudem beeinflussen sie die Leistungsfähigkeit in den Arbeitsprozessen, wie beispielsweise das Verstehen der Kolleginnen und Kollegen, Verzögerung durch Nachfragen, Stress durch Verständnisprobleme etc. (Tregunno et al., 2009). Eine Schweizer Untersuchung ergab, dass rund 88% der fremdsprachigen Migrantinnen und Migranten über ungenügende Lesekompetenzen in der Sprache ihres Umfeldes verfügen, wobei auch ein Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund und dem Migrationsstatus festgestellt wurde (Notter, Arnold, von Erlach, & Hertig, 2006). Gemäss Henkelmann (2010) haben Migrantinnen und Migranten, die der Landessprache mächtig sind, grössere Chancen für eine Diplomanerkennung. Personen, die mehrere Sprachen sprechen, haben ebenfalls bessere Chancen eine Anstellung entsprechend ihrer Qualifikation zu finden. Meinhardt (2008) beschreibt, dass der Sprachlernprozess zudem stagnieren kann, wenn keine Aussicht auf eine Anstellung besteht.

Zur Zuwanderungsmotivation sind im Migrationskontext die sogenannten Push- und Pullfaktoren zu nennen (Buchan, 2008). Diese beschreiben die Gründe für das Verlassen (Push) des Herkunftslandes sowie für die Auswahl (Pull) des Zuwanderungslands (Buchan, 2008). Aus sozialwissenschaftlicher Sicht wurde festgestellt, dass bei hochqualifizierten zugewanderten Personen die Arbeitsmigration und die damit einhergehende Verwertung von Wissen und Können nicht immer als Hauptmotivation gilt (Nohl et al., 2010). Auch andere biographische Orientierungen können eine grosse Gewichtung

haben. Nohl et al. (2010) beschreiben fünf Typen der biographischen Orientierung die einzeln oder auch in Kombination vorkommen können:

- partnerschaftliche Orientierung,
- Ameliorationsorientierung (sozio-ökonomische Verbesserung),
- Qualifikationsorientierung,
- Asylsuche,
- Explorationsorientierung (Fernweh).

Bezogen auf die Migration von Pflegefachpersonen zeigen mehrere Studien komplexe Motive auf (Allan & Larsen, 2003; Blythe et al., 2009; Buchan, 2008; de Veer et al., 2004). Finanzielle Verbesserungen, höherer Lebensstandard, finanzielle Rücküberweisungen ins Heimatland, professionelle Weiterentwicklung sowie Aspekte der Familie und der persönlichen Lebenssituation werden oft genannt. Auch Buchan et al. (2006) stellen fest, dass bei Pflegefachpersonal meist weniger die finanziellen Motive als die Absicht der professionellen Weiterentwicklung im Vordergrund steht. Personen, die aus privaten Gründen (Familie, Partnerschaft) zuwandern, gehen öfters das Dequalifikationsrisiko ein, indem sie eine Arbeit unter ihrem erworbenen Qualifikationsniveau annehmen (Nohl et al., 2010). Dabei kann ein Spannungsfeld zwischen den biographischen Orientierungen und dem Wunsch zur Verwertung des im Herkunftsland erworbenen Wissens und Könnens entstehen (Nohl et al., 2010).

Das *Geschlecht*, der *Aufenthaltsstatus*, sowie die *sozialen und finanziellen Ressourcen* der Betroffenen sind bei der Entstehung von Brain Waste ebenfalls von Bedeutung (von Hausen, 2010). Frauen und besonders jene Personen, die aus Ländern ausserhalb der OECD zugewandert sind, erfahren einen hohen Grad an Dequalifikation (Jubany, 2004 zitiert bei Kofmann & Raghuram, 2009). Der Aufenthaltsstatus spielt insofern eine Rolle, als Personen mit einem Flüchtlingsstatus oft längere Zeit mit einem Arbeitsverbot im Aufnahmeland konfrontiert sind (OECD, 2007). Dadurch steigt das Risiko der Dequalifikation (Nohl et al., 2010). Die Einbürgerung wird als fördernder Faktor für die berufliche Integration gesehen (Steinhardt, Straubhaar, & Wedemeier, 2010). Soziale Verpflichtungen wie die Versorgung der Familie oder das Aufrechterhalten einer Partnerschaft können dazu beitragen, dass eher ein Kompromiss eingegangen wird, um die Lebensexistenz abzusichern (Nohl et al., 2010).

2.3.2 Institutionelle und gesellschaftliche Faktoren

Bei den institutionellen und gesellschaftlichen Faktoren spielen die Migrationsprozeduren und der zeitliche Verlauf der beruflichen Integration eine zentrale Rolle in der Entstehung von Brain Waste.

Der Faktor des zeit- und kostenaufwendigen *Migrationsverfahrens* kann gesetzliche Aspekte (Steuern, Sozialversicherungen, Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung, formale berufliche Anerkennungsverfahren, etc.) und Aspekte der Arbeitssuche (Bewerbungsverfahren, Ablehnung ausländischer Abschluss, etc.) enthalten (Baumann et al., 2006; Blythe et al., 2009; de Veer et al., 2004). Oft ist der berufliche Integrationsprozess langwierig und verläuft über mehrere Jahre (Blythe et al., 2009). Die *Zeitdauer* bis zur beruflichen Integration hat einen Einfluss auf die Entstehung von Brain Waste. Je länger Pflegefachpersonen ausserhalb des Gesundheitssystems bleiben und je mehr Nachqualifikation erforderlich ist, desto grösser ist das Risiko für eine Abwanderung aus dem Beruf oder für den Verbleib in einem Tätigkeitsbereich unterhalb ihrer Qualifikation (Blythe et al., 2009). Dies ist besonders der Fall, wenn zum Zeitpunkt der Zuwanderung noch keine Arbeitsstelle in Aussicht ist (OECD, 2009).

Bezogen auf die *gesellschaftlichen Faktoren* berichtete das ausländische Pflegepersonal in einigen Studien, dass sie den Eindruck hatten, dass ihre Qualifikationen nicht wertgeschätzt würden und sie dadurch Ausgrenzung durch Kolleginnen und Kollegen und/oder Patientinnen und Patienten

(Rassismus, Stigmatisierung, Aggression) erlebt hätten (Allan & Larsen, 2003; Blythe et al., 2009; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008).

2.3.3 Faktoren der Profession und der beruflichen Integration

In seinen Untersuchungen bei hochqualifizierten Zuwanderinnen und Zuwanderern in Deutschland und Kanada stellt Nohl (2010b) fest, dass Personen aus bestimmten Berufsgruppen (insb. Gesundheitsberufe), aufgrund von professionsrechtlichen Bestimmungen Brain Waste erfahren. In anderen Branchen spielen eher die Prinzipien des freien Arbeitsmarktes (Nachfrage, Aspekte der Berufserfahrung, Status) eine Rolle in der Entstehung von Brain Waste (Nohl, 2010b). Hier scheint auch das Vorhandensein von Berufserfahrung im Herkunftsland eine Rolle zu spielen.

Die *professionsrechtlichen Anerkennungsverfahren* stellen für die Gesundheitsberufe eine zentrale Herausforderung bei der beruflichen Integration dar. Die erforderlichen Standards, Kompetenzen und Qualifikationen, um in den Gesundheitsberufen zu arbeiten, sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Aspekte wie die Fachterminologie, fachliche Standards, Kenntnisse des Gesundheitssystems, die Anpassung an die Pflegepraxis und die Patientenrechte im jeweiligen Arbeitsland können den Prozess der Arbeitsintegration und/oder der (Re-)Qualifikation im Aufnahmeland erschweren (Buchan et al., 2005; de Veer et al., 2004; Kingma, 2007; Xu et al., 2008). Sowohl in einer kanadischen als in einer amerikanischen Studie werden in diesem Zusammenhang Aspekte wie die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der Praxis aufgezählt (z.B. interdisziplinäre Entscheidungsfindung, Aspekte der Teamarbeit, die höhere Verantwortung für die Patientin und den Patienten etc.). In Bezug auf die Patientinnen und Patienten werden Aspekte wie "informierte Patienten" und Patientenrechte genannt. Zudem wird die Nutzung von Material und Ressourcen (Wegwerfmaterial, fortgeschrittene Technik etc.) erwähnt (Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008).

Häufig verlaufen Anerkennungsverfahren negativ, weil dabei lediglich die formale Vergleichbarkeit der Qualifikation im Zentrum steht (Meinhardt, 2008) oder Originaldokumente aus der Heimat nicht mehr beschafft werden können (Baumann et al., 2006). Auf individueller Ebene kann das Empfinden der beruflichen und persönlichen Abwertung hinzukommen, weil die formale Nichtanerkennung der Qualifikation dazu führt, dass die Betroffenen als "ungebildet" betrachtet werden. Oft sind Informationsdefizite bezüglich Anerkennungsverfahren sowohl bei den Betroffenen als bei den Arbeitgebern vorhanden (Blythe et al., 2009; Meinhardt, 2008; Singh & Sochan, 2010). Die Anerkennungsregelungen werden oft als ein undurchsichtiger Irrgarten wahrgenommen, wobei auch die zuständigen Stellen nicht immer solide Auskunft geben können (Englmann & Müller, 2007). Nicht selten werden formale Nachqualifikationen gefordert, selbst wenn die Abschlüsse äquivalent sind, was bei den Betroffenen auf Unverständnis stößt (Blythe et al., 2009; Keeley, 2009). Dies könnte ein Grund dafür sein, dass einige Personen nie den Schritt zur beruflichen Integration wagen. Sochan und Singh (2007) identifizierten hinsichtlich Anerkennungsverfahren in Kanada einen Prozess von Hoffnung, Enttäuschung und schlussendlich Neuausrichtung durch formale Nachqualifikation.

2.4 (Re-)Qualifikation und Upgrading

Lösungsansätze zur (Re-)Qualifikation konzentrieren sich auf übergeordnete Strategien zur beruflichen Integration und (Re-)Qualifikation auf Behördenebene sowie konkrete Förderprogramme oder sogenannte "Brückenprogramme".

Erst wenige OECD-Länder haben spezifische Strategien zur beruflichen Integration und (Re-)Qualifikation auf Behördenebene im Sinne einer politischen Strategie entwickelt. Um das Ziel einer möglichst raschen Arbeitsintegration zu erreichen, werden Massnahmen wie Schnellanerkennungsverfahren und/oder Punktesysteme zur Einschätzung der Qualifikation erarbeitet und/oder angeboten (Buchan, 2008). Einige Länder haben Programme entwickelt, um Migrantinnen und Migranten, die in einem anderen Berufszweig tätig sind, „zurück zu rekrutieren“ (OECD, 2007).

Förder- oder Brückenprogramme bestehen in der Regel aus mehreren aufeinander abgestimmten und teilweise überlappenden Elementen, die modular gestaltet sind. Diese Modelle werden vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in Staaten wie Kanada, die Vereinigten Staaten, Portugal und England bereits angewendet. In Deutschland initiierte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Jahr 2005 das Netzwerk „Integration durch Qualifizierung“, das in innovativen Projekten Massnahmen zur beruflichen Integration von Migrantinnen und Migranten entwickelte (Englmann & Müller, 2007). Für Ärztinnen und Ärzte wird beispielsweise ein zehnmonatiger Lehrgang angeboten, der verschiedene aufeinander abgestimmte Fördermassnahmen beinhaltet (Srur, 2010).

Ziel dieser "Brückenprogramme" ist die Nutzung der beruflichen Ressourcen der Fachkräfte (Adeniran et al., 2008; Blythe et al., 2009; Buchan et al., 2006; OECD, 2007). Allerdings ist bis anhin kaum Evidenz über die Wirksamkeit und die Effekte solcher Massnahmen und Programme vorhanden.

In solchen Förder- und Brückenprogrammen werden beispielsweise folgende Elemente beschrieben:

- Sozialisierung in die professionelle Berufsrolle im Zuwanderungsland (Adeniran et al., 2008),
- die Entwicklung von klinischen, spezifischen "Workforce"-Kompetenzen (Adeniran et al., 2008),
- die Vermittlung von Sprach- und Kommunikationskompetenzen (Adeniran et al., 2008; Keeley, 2009; Srur, 2010),
- eine oder mehrere Praktikumsphasen im Berufsfeld, begleitet durch Unterstützung/Coaching/Mentoring oder Supervision, (Adeniran et al., 2008; Keeley, 2009; Srur, 2010),
- fachspezifische Kurse zur medizinischen und pflegerischen Fachsprache (Srur, 2010),
- Orientierungskurse über das Gesundheitssystem im Zuwanderungsland (Srur, 2010),
- Information/Unterstützung/Coaching bei formalen Anerkennungsverfahren und/oder darauf vorbereitenden fachlichen Nachqualifizierungsangebote (Baumann et al., 2006; Srur, 2010),
- individuelle Assessments um die fachlichen Kompetenzen vor einem formalen Anerkennungsverfahren einzuschätzen und gezielt zu fördern (Baumann et al., 2006),
- unterstützende Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems (Adeniran et al., 2008).

In der Schweiz ist den Kantonen vom Bund im Zeitraum 2008–2011 eine Förderung bei Integrations-Pilotprojekten zu Sprache, Berufstraining und begleitend-integrativen (Anlauf-)Stellen angeboten worden. Dabei steht der Leitgedanke im Vordergrund, dass Integration vor allem im Alltag stattzufinden hat. Künftig soll dieses Thema vermehrt als Querschnittsaufgabe entwickelt werden (BFM, 2011).

In der Schweiz wurden zum Thema (Re-)Qualifikation und Upgrade in einer internen Analyse des SRK 312 schweizerische und ausländische Absolventinnen und Absolventen des Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurses befragt, mit dem Ziel, ihr Potential und ihre Bedürfnisse bezüglich ihrer beruflichen Zukunft zu eruieren (Frauenberg & Lamontagne, 2010). Als Motivation für den Kursbesuch wurden die Themen Neuorientierung, die Arbeit mit Menschen, den Wiedereinstieg und ein schneller Einstieg in

den Arbeitsmarkt am häufigsten genannt. Im Durchschnitt zeigten über 50% der Befragten grosses Interesse an einer beruflichen Weiterbildung und/oder an Vertiefungskursen als Pflegehilfe, wobei die Ausbildungen zur PA (34%) und FaGe/FaBe (58%) im Vordergrund standen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Möglichkeit von berufsbegleitenden oder verkürzten Angeboten, Aspekte der Finanzierung und der Mangel an Informationen wurden von den Befragten als wichtige Einflussfaktoren für die beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten genannt.

2.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Wissensstand zum Thema Brain Waste bezogen auf das Gesundheitspersonal im Allgemeinen sowie spezifisch bezogen auf das Pflegeassistentenpersonal sowohl aus internationaler als auch aus nationaler Perspektive noch begrenzt ist. International liegt der Fokus auf den Barrieren im beruflichen Integrationsprozess von diplomiertem Fachpersonal sowie auf Lösungsmassnahmen und Integrationsprogrammen. Im europäischen Raum bestehen besonders in Deutschland Untersuchungen im Bereich von Hochschulabsolventinnen und -absolventen, wobei das Gesundheitspersonal meist einen eher kleinen Teil der Stichprobe ausmacht. Allerdings ist hier die Evidenz am höchsten, dass es Personen mit einer beruflichen Qualifikation auf Tertiärstufe gibt, welche auf Stufe Pflegeassistenz arbeiten. Aus der gesichteten Literatur wird deutlich, dass der Entstehungsprozess von Brain Waste selten linear verläuft und dass komplexe, persönliche, systemische wie gesellschaftliche Einflussfaktoren bzw. deren Wechselwirkung darüber entscheiden, ob Brain Waste entsteht oder nicht.

3 Methode

Die Studie war als Querschnitterhebung konzipiert und umfasste zwei Teilstudien mit einem deskriptiv-explorativen Studiendesign.

3.1 Befragung der Institutionen (Teilstudie 1)

In Teilstudie 1 wurden in Langzeitinstitutionen und Spitexorganisationen allgemeine Daten zum Personalbestand sowie spezifische Daten zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal erhoben.

3.1.1 Auswahl der Institutionen und Rekrutierung

Die Rekrutierung der Institutionen war ursprünglich als randomisierte Stichprobe geplant. Wegen Rekrutierungsschwierigkeiten musste in Absprache mit dem Auftraggeber nachrekrutiert werden.

Aus dem Adressverzeichnis von CURAVIVA Schweiz (N=1387) wurde ein Drittel der Langzeitinstitutionen in der deutsch- (N=368) und französischsprachigen Schweiz (N=113) randomisiert ausgewählt. Nach dem gleichen Verfahren erfolgte die Auswahl von einem Drittel der Deutschschweizer Spitexorganisationen (N=189) auf der Basis der Adressenlisten der kantonalen Spitexverbände. Wegen der geringen Anzahl von Langzeit- und Spitexbetrieben in der lateinischen Schweiz wurden in der Westschweiz alle Spitexbetriebe (N=42) und im Tessin alle Langzeit- (N=64) und Spitexbetriebe (N=8) angeschrieben. Aufgrund der initial geringen Rücklaufquote von 13% (N=95) erfolgte in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz eine zweite Rekrutierungswelle. In dieser zweiten Rekrutierungswelle wurden alle bisher nicht angeschriebenen Langzeitinstitutionen und Spitexorganisationen (N=1315) per Mail um eine Studienteilnahme gebeten. Somit konnten 47 weitere Institutionen oder Dienste rekrutiert werden.

In einer dritten Rekrutierungswelle wurden alle Langzeitinstitutionen der Deutschschweiz, die auf die ersten Anfragen nicht geantwortet hatten, telefonisch um eine Beteiligung an der Studie gebeten. Gleichzeitig wurde in der Westschweiz versucht, die Teilnahmequote über Schlüsselpersonen bei der AFIPA Fribourg durch einen erneuten Hinweis auf die Studie zu erhöhen. Der Raum Genève und Lausanne wurde dabei in Absprache mit dem Auftraggeber Obsan nicht mehr berücksichtigt wegen ihrer Beteiligung am gleichzeitig laufenden qualitativen Studienprojekt. Auf diese Weise konnten 234 weitere Langzeitinstitutionen rekrutiert werden.

Da in den ersten zwei Rekrutierungswellen die Teilnahme an der Studie seitens der Spitexorganisationen oft mit der Begründung abgelehnt wurde, dass sie kein ausländisches Pflegeassistentenpersonal beschäftigen würden, wurde der Spitexbereich in der dritten Rekrutierungswelle in Absprache mit dem Auftraggeber nicht mehr berücksichtigt.

Insgesamt haben sich durch diese drei Rekrutierungswellen 376 Institutionen, (Langzeitinstitutionen (N=342) und Spitexbetriebe (N=34)) zur Teilnahme bereit erklärt. Schlussendlich haben 347 Leitungspersonen dieser Institutionen (Pflegedienstleitungen oder geschäftsführende Personen) den Fragebogen beantwortet. Diese Stichprobe entspricht 21% der Schweizer Langzeitinstitutionen sowie 6% der öffentlich-rechtlichen Spitexorganisationen der Schweiz.

3.1.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung bei den Institutionen fand als Onlinebefragung statt. Die Onlinebefragung erfolgte mit der Befragungssoftware SurveyMonkey® in der jeweiligen Landessprache. Es bestand die Möglichkeit, die Befragung handschriftlich auszufüllen.

Die Kontaktpersonen der teilnehmenden Institutionen bekamen gemäss ihrer Präferenz einen Internetlink zur Onlinebefragung per E-Mail oder einen Fragebogen per Post zugestellt. Falls ein Betrieb kein zugewandertes Pflegeassistentenpersonal der Zielgruppe beschäftigte, konnte die Befragung nach den ersten fünf Fragen beendet werden.

Der Fragebogen enthielt 18 Fragen mit Kommentarfeldern für Freitextantworten. Die Items wurden anhand der Fragestellung nach dem Personalbestand sowie literaturgeleitet entwickelt. Folgende Konzepte wurden in die strukturierte Befragung integriert:

- Allgemeine Angaben zum Betrieb, zum Personalbestand insgesamt sowie spezifisch zu Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund (Zahlenangaben der Betriebe),
- Umfang der Sprachkenntnisse der zugewanderten Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistenten,
- Im Ausland erworbene berufliche Qualifikation der zugewanderten Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistenten,
- Berufliche Integration und im Inland erworbene (Re-)Qualifikation der zugewanderten Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistenten.

Bei den Fragen zum Personalbestand wurden betriebsinterne Zahlenangaben zum Stellenplan und zum Personalbestand erfragt. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei diesen Zahlenangaben um Schätzungen der Arbeitgeber handelt, ohne dass vorgängig Personalakten hätten konsultiert werden müssen. Dies hatte zur Folge, dass die Angaben der Institutionen bei einzelnen Fragen zum Personalbestand teilweise voneinander abwichen, weil zum Teil bei Fragen divergierende Schätzungen abgegeben wurden. Die Resultate der verschiedenen Fragen stimmen daher nicht immer überein. Aus diesem Grund werden keine absoluten Zahlen angegeben, sondern jeweils Prozentraten angegeben. Dem Anhang 2 kann entnommen werden, wie gross die Anzahl der antwortenden Personen bei jeder Frage war.

Die Sprachkenntnisse aus Sicht der Arbeitgeber wurden mittels einer 5-stufigen Likertskala erfragt, wobei die Merkmale der Sprache analog zu Hadeed (2004) übernommen wurden. In der Analyse wurden die Kategorien "gut" und "sehr gut" sowie "schlecht" und "sehr schlecht" zusammengefasst. Die strukturierten Antwortkategorien zur Qualifikation und (Re-)Qualifikation des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals wurden literaturgeleitet entwickelt (siehe 2.4) und konnten mittels Freitextfelder kommentiert werden.

Am Schluss des Fragebogens wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an der zweiten Teilstudie geklärt, indem die Institutionen gebeten wurden, eine betriebsinterne Kontaktperson anzugeben, welche den Kontakt zwischen dem Forschungsteam und den zu befragenden Personen herstellen könnte. Die Fragebogenkonstruktion orientierte sich in methodischer Hinsicht an Jackson & Furnham (2001). Die Spezifitäten einer Internetbefragung (Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) wurden berücksichtigt. So wurde das Layout des Fragebogens an der Onlinebefragungsform angepasst. Die Anleitung wurde im Befragungsinstrument und in die Pflichtfelder integriert, um die Datenqualität zu fördern. Die Antwortfelder für die Zahlenangaben wurden in der Online-Version als Pflichtfelder kodiert und eine Warnung bei unzulässigen Eingaben (z.B. Buchstaben) in die Zahlenfelder integriert.

Die Fragebogen wurden auf Deutsch erstellt und hinsichtlich Verständlichkeit, Anwenderfreundlichkeit und Datenqualität in zwei Langzeitinstitutionen im Raum Bern getestet. Verbesserungsvorschläge zur Eindeutigkeit der Fragestellungen und zur Anwenderfreundlichkeit wurden nach der Pilotphase eingearbeitet. Im Anschluss wurde der Fragebogen in die französische und italienische Sprache übersetzt.

Die Übersetzung wurde von den Kooperationspartnern HEdS-FR und SUPSI auf Augenscheinvalidität überprüft. Am Ende des Entwicklungsprozesses wurden die Erhebungsinstrumente dem Auftraggeber zur Prüfung und Verabschiedung vorgelegt. Eine weitere Testung der nicht-deutschen Varianten hat aus Budget-Gründen nicht stattgefunden.

3.1.3 Datenanalyse

Die Daten der Onlinebefragung der Institutionen wurden aus dem SurveyMonkey® in eine Exceldatei exportiert und anschliessend geprüft und bereinigt. Die ca. 40 handschriftlich ausgefüllten Fragebogen wurden manuell in die Software SurveyMonkey eingegeben. Die deskriptive Auswertung nach Häufigkeit fand anschliessend mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0 statt. Kommentarfelder wurden thematisch zusammengefasst.

Alle Angaben wurden vertraulich behandelt und anonym verarbeitet. Weil bei der Verarbeitung und Publikation der Ergebnisse keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Organisationen möglich sein dürfen, wurden die Daten aus der Westschweiz und im Tessin, aufgrund der geringeren Teilnehmerzahl, unter der Bezeichnung "Lateinische Schweiz" zusammengefasst.

3.2 Befragung des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals (Teilstudie 2)

In der zweiten Teilstudie wurde das ausländische Pflegeassistentzpersonal befragt. Die Befragung erfolgte gemäss der Präferenz der Studienteilnehmenden schriftlich oder telefonisch.

3.2.1 Rekrutierungsprozess der Teilnehmenden

Die Stichprobe der quantitativen Datenerhebung setzte sich aus zugewandertem Pflegeassistentzpersonal gemäss der Definition unter 1.4 zusammen.

Die Rekrutierung des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals wurde in erster Linie im Rahmen der Befragung der Institutionen mittels einer Gelegenheitsstichprobe initiiert. In der ersten Teilstudie meldeten sich insgesamt 85 betriebsinterne Kontaktpersonen, welche potenziell einen Zugang zu Teilnehmenden vermitteln konnten, davon 74 in der Deutschschweiz sowie 21 in der lateinischen Schweiz. Sieben Kontaktpersonen haben nachträglich abgesagt, weil sie keine Personen der Zielgruppe beschäftigen oder ihre Mitarbeitenden sich nicht an der Studie beteiligen wollten. Eine Institution in der Westschweiz sagte ab, da diese sich bereits an der Parallelstudie beteiligte. Aus dem Spitexbereich meldeten sich zwei Kontaktpersonen an. Die restlichen Kontaktpersonen arbeiteten in einer Langzeitinstitution, in 80% der Fälle in der Rolle der Leitung Pflege.

Die Kontaktpersonen erhielten per Mail Informationsmaterial zum Projekt (Ziel, Methode, Teilnahme, Datenschutz, Anonymität) sowie Anmeldeunterlagen zur Teilnahme an der Umfrage. Diese konnten sie potentiellen Studienteilnehmenden abgeben. Sie erstellten zu Handen des Forschungsteams eine Liste inkl. Kontaktdaten von Mitarbeitenden mit Bereitschaft zur Teilnahme an der Umfrage. Diese enthielt auch Informationen über die bevorzugte Form (schriftlich oder telefonisch) der Befragung.

Die Kontaktpersonen informierten die betreffenden Mitarbeitenden und klärten deren Teilnahmebereitschaft ab. Sie erstellten eine Anmelde-Liste mit Kontaktdaten (meist Privatadresse und Telefonnummer) und bevorzugte Befragungsform (schriftlich oder telefonisch) zu Handen des Forschungsteams. Im Anschluss an die erste und zweite Rekrutierungsphase der Institutionen konnten 55 Personen

rekrutiert werden. Im Anschluss an die dritte Rekrutierungsphase kamen 41 weitere Teilnehmende dazu.

Im Auftrag des Obsan wurde versucht, die Stichprobe durch Einbezug des SRK Schweiz zu erweitern. Über interne Kommunikationskanäle des SRK Schweiz wurden die Studieninformationen in den kantonalen Sektionen des SRK verbreitet und um Mithilfe bei der Suche von Studienteilnehmenden gebeten. In der Deutschschweiz meldeten sich zwei kantonale Sektionen sowie ein regionales Programmangebot. Diese stellten Kontaktadressen von ehemaligen ausländischen Absolventinnen und Absolventen des Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurses (gemäss der Definition der Studie) zur Verfügung. Auf diese Weise erhielten 107 Absolventinnen und Absolventen des Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurses SRK per Post mit einem Begleitbrief des SRK einen schriftlichen Fragebogen sowie die Informationen zur Studie.

Über die verschiedenen Rekrutierungswege konnten insgesamt 203 Personen kontaktiert werden, wovon sich 95 Personen an der Studie beteiligten. Davon arbeiteten lediglich zwei Personen im Spitexbereich.

3.2.2 Datenerhebung

Die Befragung des Pflegeassistentenpersonals wurde telefonisch oder schriftlich durchgeführt. Die Befragung fand jeweils in der Sprache der Landesregion der Arbeitsstelle statt. Eine Ausnahme bildeten einige französische Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit einer Anstellung in der Deutschschweiz. Das Westschweizer Team befragte diese Personen auf Französisch mit dem Unterschied, dass sich die Fragen zu den Sprachkenntnissen auf die Arbeitssprache, d.h. Deutsch bezogen.

Der schriftliche Fragebogen (inkl. eines frankierten Antwortkuverts) wurde an die angegebene Postadresse (nach Wunsch private Adresse oder Adresse des Arbeitgebers) der Teilnehmenden versandt. Einige Personen wollten anonym teilnehmen. In solchen Fällen erhielten die Kontaktpersonen die Fragebogen per Post und waren für den anonymen Rückversand besorgt. Auf der ersten Seite des Fragebogens war der Namen der internen Kontaktperson vermerkt, falls diese bereit war beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen. Auch waren hier die Kontaktangaben des Forschungsteams vermerkt.

Wenn eine telefonische Befragung gewünscht wurde, kontaktierte das Interviewteam die Studienteilnehmenden um einen Interviewtermin zu vereinbaren. Die Interviewerinnen und Interviewer (Dozierende, wissenschaftliche und studentische Mitarbeitende der beteiligten Hochschulen) wurden von der Projektleitung geschult und führten vorab jeweils ein Test-Interview mit einer ihnen unbekanntem fremdsprachigen Person aus dem Forschungsteam durch. Für die telefonische Befragung stand ein Interviewleitfaden zur Verfügung.

Um Hinweise auf das Rekrutierungsverfahren, die Durchführbarkeit der Befragung, die Stichprobengrösse und die Befragungsform (schriftlich oder telefonisch) zu erhalten, fand vor der Haupterhebung ein Pretest in zwei städtischen Langzeitinstitutionen in Bern statt. Auch die Frage nach der Verständlichkeit des Fragebogens bzw. den Bedarf einer Befragung in den Migrationssprachen sollte dabei geklärt werden. Einerseits wurde davon ausgegangen, dass bei Personen, die im Pflegebereich tätig sind, die Kommunikation mit den zu betreuenden Personen eine Schlüsselkompetenz für die Arbeit darstellt. Andererseits deutete die konsultierte Literatur (Schenk & Neuhauser, 2005a, 2005b; Zeeb & Razum, 2006) und Erfahrungen aus anderen Projekten darauf hin, dass es eine Herausforderung sein kann, innerhalb der Population der Migrantinnen und Migranten eine befriedigende Responserate zu erzielen bzw. valide Daten zu erheben.

Im Pretest funktionierte das Rekrutierungsverfahren über die interne Kontaktpersonen und es fanden vier Pilotbefragungen (je zwei telefonisch und schriftlich) statt. Wenige Verbesserungsvorschläge zur Verständlichkeit und Eindeutigkeit wurden in die Fragebogen eingearbeitet. Weil die befragten

Personen sehr explizite Präferenzen für die eine oder die andere Befragungsart äusserten, wurde beschlossen, die Wahlmöglichkeit einer schriftlichen oder telefonischen Befragungsform anzubieten.

Der Fragebogen (siehe Anhang 2) beinhaltete 34 Fragen inkl. eines Kommentarfeldes am Ende des Fragebogens. Bei den persönlichen Angaben wie Alter, Herkunftsland, Nationalität, Aufenthaltsjahre in der Schweiz wurden offene Antwortfelder angeboten. Ansonsten waren die Fragen mit strukturierten Antwortkategorien und jeweils einer offenen Kategorie versehen, wobei folgende Themen integriert wurden:

- Angaben zum persönlichen Hintergrund und zur Lebensgeschichte,
- Angaben zu den Sprachkenntnissen,
- Angaben zur beruflichen Ausbildung und Tätigkeit im Herkunftsland,
- Angaben zur aktuellen beruflichen Situation in der Schweiz,
- Vorstellungen zur beruflichen Zukunft in der Schweiz,
- Erfahrungen mit Dequalifikation, Barrieren bei der beruflichen Integration in der Schweiz,
- Einstellung und Haltung zur beruflichen Weiterbildung bzw. (Re-)Qualifikation in der Schweiz.

Die Fragen wurden so formuliert, dass diese sowohl von in der Schweiz wohnenden Personen als auch von Grenzgängerinnen und Grenzgängern beantwortet werden konnten. Für den Aufenthaltsstatus wurden die Kategorien der Aufenthaltsbewilligungen gemäss der Definition vom Bundesamt für Migration⁶ übernommen. Für die Angabe der Muttersprache entsprachen die Antwortkategorien die gemäss dem SRK häufigsten Migrationssprachen, ergänzt mit der Kategorie Tamilisch.

Das Datenerhebungsinstrument für die Befragung des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals wurde mehrheitlich literaturgeleitet entwickelt. Dabei wurden methodische Überlegungen aus anderen Untersuchungen zum Thema Dequalifikation (Hadeed, 2004; Heß, 2009) bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigt. Für die Gestaltung und Formulierung des Fragebogens wurde in Anlehnung an Hadeed (2004) auf eine möglichst einfache Sprache und eine direkt ansprechende Befragungsform (z. B. "Ihr Alter") geachtet.

Von den in der Literaturrecherche identifizierten Fragebogen zum Thema Dequalifikation (Hadeed, 2004; Heß, 2009) wurden einige Fragestellungen übernommen bzw. an Schweizer Verhältnisse adaptiert. So wurden die Fragen zu den Push- und Pullfaktoren sowie zur aktuellen beruflichen Situation aus dem Fragebogen von Heß (2009) übernommen. Die Fragen zu den Sprachkenntnissen sowie zur Anerkennung von Berufsabschlüssen stammen aus dem Fragebogen von Hadeed (2004).

Die Fragen zur beruflichen Qualifikation bzw. zur Motivation und den Vorstellungen zur (Re-)Qualifikation (Frage 29-34) wurden aus den Literaturergebnissen abgeleitet (siehe 2.5) und vom Forschungsteam formuliert. Zusätzlich wurden die Arbeitszufriedenheit und Aspekte der Unter- oder Überforderung in der aktuellen beruflichen Situation mittels einer fünfstufigen Likertskala erfragt. In der Analyse wurden die Kategorien "gut" und "sehr gut" sowie "schlecht" und "sehr schlecht" zusammengefasst.

Der Fragebogen wurde auf Deutsch entwickelt und auf Französisch und Italienisch übersetzt. Die Übersetzung wurde in den kooperierenden Hochschulen HEdS-FR (Fribourg) und SUPSI (Manno) auf die Augenscheinvalidität überprüft. Der Fragebogen wurde dem Auftraggeber zur Prüfung und Verabschiedung vorgelegt.

⁶ <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/de/home/themen/aufenthalt.html>

3.3 Datenanalyse

Für die Datenerfassung wurde eine Datenmaske in Epidata 3.1 erstellt, welche nach Abschluss der Datensammlung in Excel exportiert wurde. Die deskriptive Datenanalyse nach Häufigkeiten fand mittels SPSS 16.0 statt. Die Kommentarfelder wurden thematisch zusammengefasst. Dem Anhang 3 kann entnommen werden, wie gross die Anzahl der antwortenden Personen bei jeder Frage war.

Alle persönlichen Angaben der beteiligten zugewanderten Mitarbeitenden wurden vertraulich behandelt und anonym verarbeitet. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der daraus resultierenden zum Teil geringen Zellenbesetzung konnten die Ergebnisse nicht immer bis in jede Ausprägung einer Variable dargestellt werden, um Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Organisationen zu vermeiden. Alle Daten, welche potenziell Rückschlüsse auf die teilnehmenden Personen ermöglicht hätten, wurden nach dem Abschluss der Studie vernichtet.

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse der Befragung der Langzeitinstitutionen, der Spitexorganisationen sowie der Befragung des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals beschrieben.

4.1 Befragung der Institutionen im Langzeit- und Spitexbereich (Teilstudie 1)

4.1.1 Stichprobe

Bei der Befragung der Institutionen haben 93% der Betriebe mitgewirkt, die initial ihre Zustimmung signalisiert hatten (347 von 376 Betrieben). In dieser Stichprobe beträgt der Anteil Deutschschweizer Einrichtungen 85%, die Westschweiz war mit 13% vertreten, das Tessin mit zwei Prozent. Aufgrund der mehrsprachigen Kantone (Bern, Fribourg und Wallis) weicht die Verteilung nach Sprachregionen leicht von den genannten Angaben ab. Es sind 86% (N=297) der Fragebogen auf Deutsch sowie 12% (N=42) auf Französisch und zwei Prozent der Fragebogen auf Italienisch (N=8) eingegangen. Wegen der kleinen Anzahl teilnehmender Institutionen aus der Westschweiz und dem Tessin werden diese beiden Regionen im weiteren Verlauf des Berichts unter dem Begriff "lateinische Schweiz" zusammengefasst. Die teilnehmenden Institutionen in dieser Stichprobe repräsentieren ca. 21% der Langzeitinstitutionen sowie 6% der öffentlich-rechtlichen Spitexorganisationen der Schweiz.

Das Einzugsgebiet der teilnehmenden Institutionen befand sich mehrheitlich (63%) in Gemeinden, Kleinstädten oder Regionalverbänden mit bis zu 15000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Spitex und Langzeit). Die übrigen Institutionen (30%) waren in grösseren städtischen Einzugsgebieten mit über 15000 Einwohnern lokalisiert. Fünf Prozent der teilnehmenden Institutionen hat zu ihrem Einzugsgebiet keine Angabe gemacht. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass einige Einrichtungen (13%) sich nicht einer der vorgegebenen Einrichtungsformen zugeordnet haben.

Bei den teilnehmenden Langzeitinstitutionen handelt es sich überwiegend um kleinere bis mittelgrosse Heime. Lediglich 23% der Heime weisen eine Grösse von über 80 Betten auf. Der Anteil der Spitexorganisationen beträgt zehn Prozent (N=34), darunter waren lediglich zwei Organisationen aus der lateinischen Schweiz.

Tabelle 4.1 Teilnehmende Institutionen nach Region

	Deutschschweiz		Lateinische Schweiz		Total	
	N	%	N	%	N	%
Langzeitinstitutionen	242	82	47	90	289	84
Langzeitinstitution in der Kleinstadt/Gemeinde: <10 000 Einw.	159	54	36	69	195	56
Städt. Langzeitinstitution: 10 000-100 000 Einw.	53	18	8	15	61	18
Langzeitinstitution in der Grossstadt: >100 000 Einw.	30	10	3	6	33	10
Spitex	32	11	2	4	34	10
Spitexorganisation: Kleinstadt, Gemeinde, regionaler oder Gemeindeverband bis zu 15 000 Einw.	25	8	1	2	26	7
Städtische Spitexorganisationen mit zwischen 10 000 bis > 100 000 Einw.	7	2	1	2	8	2
Andere	13	4	3	6	16	4
Keine Angabe	8	3	0	0	8	2
Total	295		52		347	

4.1.2 Gesamtpersonalbestand Pflege und Betreuung

Von den teilnehmenden Institutionen haben 93% vollständige Angaben zum Gesamtpersonalbestand der Betreuungs- und Pflegeberufe gemacht. Gemäss Angaben der Institutionen arbeiten in den Einrichtungen insgesamt 15580 Personen, der Frauenanteil beträgt 90%. Diese Personen arbeiten auf total 10410 Stellen. Im Durchschnitt aller Einrichtungen sind 48 Personen auf 32 Stellen beschäftigt. Tabelle 4.2 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Qualifikationsstufen im gesamten Personalbestand (Tertiärstufe, Sekundarstufe II und Pflegeassistenz), wobei hier aufgrund der Daten (Schätzungen der Institutionenvertreter/-innen) nur Näherungswerte präsentiert werden können. Diese Ergebnisse nach Qualifikationsstufe zeigen folgendes Bild: 3496 Personen (22%) arbeiten auf Tertiärstufe und 3292 Personen (21%) auf der Sekundarstufe II. 6812 Personen sind auf der Pflegeassistenzstufe angestellt – sie machen somit 44% des Gesamtpersonalbestandes aus.

Tabelle 4.2 Gesamtpersonalbestand Betreuung und Pflege nach Qualifikation (Schätzung)

	N der Institutionen	N der Mitarbeitenden	% der Mitarbeitenden
Gesamtpersonalbestand	347	15580	100
Anzahl Personen Tertiärstufe	321	3496	22
Anzahl Personen Sekundarstufe II	321	3292	21
Anzahl Personen Assistenzstufe	321	6812	44
Keine Angabe*	26	1980	13

* Für diese Personengruppe wurden keine Angaben bezüglich ihrer Qualifikation gemacht

4.1.3 Zugewandertes Pflegeassistenzpersonal

Insgesamt gaben 52% der teilnehmenden Betriebe an, dass sie zugewandertes Pflegeassistenzpersonal mit Migrationshintergrund beschäftigen. Der Anteil der Betriebe ohne zugewanderte Mitarbeitende dieser Qualifikationsstufe beträgt 21%. Weitere 16% beschäftigen zwar ausländische Mitarbeitende, allerdings nur Personen der zweiten oder nachfolgenden Generation. Tabelle 4.3 deutet an, dass in der lateinischen Schweiz der Anteil Betriebe mit zugewandertem Pflegeassistenzpersonal höher sein könnte als in der Deutschschweizer Stichprobe.

Innerhalb der Gruppe des Pflegeassistenzpersonals beträgt der Anteil zugewanderter Mitarbeitender 33%, das sind 2257 Personen in 171 Institutionen. Der Frauenanteil beim zugewanderten Pflegeassistenzpersonal beträgt 87%. Dabei fällt auf, dass im Durchschnitt pro Institution ca. zehn Personen jeweils auf Tertiärstufe und Sekundarstufe II angesiedelt sind, während im Mittel 21 Personen auf der Stufe Pflegeassistenz beschäftigt sind.

Tabelle 4.3 Angaben über Anteil zugewandertes Pflegeassistenzpersonal in Langzeit- und Spitexbetrieben

	Deutschschweiz		Lateinische Schweiz		Total	
	N	%	N	%	N	%
Betriebe mit zugewandertem Pflegeassistenzpersonal der Studiengruppe	145	49	37	71	182	52
Betriebe mit zugewandertem Pflegeassistenzpersonal der 2. Generation (ohne Studiengruppe)	50	17	6	12	56	16
Betriebe ohne zugewandertes Pflegeassistenzpersonal	70	24	2	4	72	21
Keine Angabe	30	10	7	13	37	11
Total	295		52		347	100

Zu den demografischen Daten der zugewanderten Mitarbeitenden auf Pflegeassistentenstufe in Langzeitbetrieben können aufgrund der Daten (Schätzungen der Institutionen) nur Näherungswerte präsentiert werden. Demnach handelt es sich bei dem zugewanderten Pflegeassistentenpersonal zu einem sehr grossen Anteil um Frauen (90%). Über die Hälfte der Mitarbeitenden (58%) sind zwischen 31 und 50 Jahren alt (siehe Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4 Geschätzte Altersverteilung zugewandertes Pflegeassistentenpersonal in %

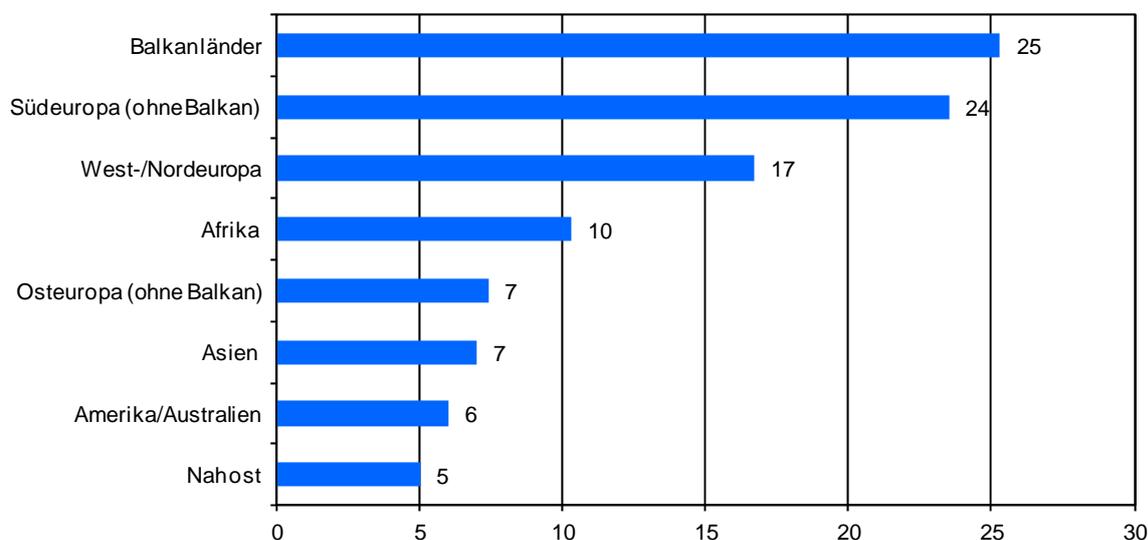
Altersgruppe	18-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	> 50 Jahre.
N	44	408	539	460	256
%	3	24	31	27	15

4.1.4 Beschreibung der Studienpopulation aus Sicht der Arbeitgeber

Herkunft

Zu den Herkunftsländern der zugewanderten Personen auf der Stufe Pflegeassistenten wurden von den Einrichtungen Angaben für 73% der Angehörigen der Zielgruppe gemacht. Aus Abbildung 4.1 geht hervor, dass knapp die Hälfte des Pflegeassistentenpersonals aus den Balkanländern (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Montenegro und Kosovo) und aus Südeuropa stammt. West- oder nordeuropäische Herkunft machen ca. 17% aus.

Abbildung 4.1 Herkunftsregionen des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals in % (N=164)



Aufenthaltsstatus

Die Beschäftigten in der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals können sich rechtlich betrachtet überwiegend dauerhaft in der Schweiz aufhalten. 19% der Mitarbeitenden haben sich im Laufe ihres Aufenthalts in der Schweiz einbürgern lassen. Weitere 40% verfügen über einen unbefristeten Aufenthaltsstatus. Lediglich 22% haben einen befristeten Aufenthaltsstatus. Bemerkenswert ist, dass die Arbeitgeber für 19% der Mitarbeitenden auf Pflegeassistentenstufe keine Angaben zu deren Aufenthaltsstatus machen konnten.

Berufliche Qualifikation

Bezüglich der beruflichen Qualifikation konnten die Langzeitinstitutionen angeben, über welche schulische, berufliche oder akademische Ausbildung ihre Mitarbeitenden des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals verfügen. Diese Angaben in Tabelle 4.5 beziehen sich nicht auf einzelne Personen, sondern es handelt sich um Mehrfachnennungen der Einrichtungen. Knapp 80% der befragten Einrichtungen beschäftigen Pflegeassistenzpersonal der Studiengruppe mit einem obligatorischen Schulabschluss im Herkunftsland. In 57% der Einrichtungen verfügen die Mitarbeitenden zusätzlich über einen Abschluss einer Berufslehre oder der Berufsmaturität. Mitarbeitende mit einer höheren Berufsausbildung sind in sechs Prozent der Einrichtungen auf Pflegeassistenzstufe anzutreffen, weitere 12% der Institutionen beschäftigen Mitarbeitende mit einem Hochschulabschluss. Allerdings beschäftigen mehr als ein Viertel der Einrichtungen auch Mitarbeitende ohne Ausbildung oder Schulabschluss im Herkunftsland.

Tabelle 4.5 Berufliche Qualifikation des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals im Herkunftsland (nach Anzahl Nennungen geordnet)

Berufliche Qualifikation	Anzahl Institutionen	% Institutionen
Obligatorische Schulbildung im Herkunftsland	131	79
Berufslehre,-schule, Berufsmaturität	94	57
Keine Ausbildung im Herkunftsland	43	26
Maturitätsschule, Lehrerseminar, allgemeinbildende Schule	34	21
Keine Informationen vorhanden	26	7
Höhere Berufsausbildung (Meisterdiplom, höhere Fachschule, HTL, HWV)	22	6
Universität, Hochschule	20	12
Sonstiges	1	1

(Mehrfachnennungen, N=165)

Einschätzung der Sprachkenntnisse

Um Aufschluss über die kommunikativen Fertigkeiten im beruflichen Kontext der Pflegeassistenzpersonen unserer Zielgruppe zu erhalten, wurden die Einrichtungen gebeten, die Sprachkenntnisse dieser Personengruppe im Durchschnitt zu beurteilen. Gefragt wurden Einschätzungen der mündlichen Kenntnisse der Landessprache und des Dialekts, jeweils für das Verstehen und das Sprechen. Des Weiteren wurden Einschätzungen zu den schriftlichen Kenntnissen der Landessprache erbeten. In der lateinischen Schweiz entfielen die Fragen zum Dialekt, daher ist hier die Anzahl der Antworten geringer.

Grosso modo werden die Sprachkenntnisse überwiegend als mässig bis gut beurteilt. Dagegen wird die schriftliche Ausdrucksweise tendenziell eher als mässig bis schlecht eingeschätzt. In der Deutschschweiz werden die Kenntnisse der Landessprache von den Arbeitgebern deutlich besser beurteilt als das Verstehen und das Sprechen des Dialekts (Abbildung 4.2).

4.1.5 Dequalifikation und Brain Waste

Die Langzeiteinrichtungen und Spitexorganisationen sind gebeten worden, einzuschätzen, ob bei ihrem zugewanderten Pflegeassistenzpersonal Personen vorhanden sind, die ihre im Herkunftsland erworbene berufliche Qualifikation nicht anwenden können. Diese Frage wurde von 40% der Institutionen bejaht. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei einem Drittel der Einrichtungen die entsprechenden Informationen über die Qualifikation im Herkunftsland nicht verfügbar waren.

Aus Sicht der teilnehmenden Betriebe bezieht sich Brain Waste nicht allein auf Qualifikationen aus dem Gesundheitsbereich. Knapp die Hälfte der Betriebe gab an, dass sie Mitarbeitende beschäftigen, welche ihre in Gesundheitsberufen erworbenen Abschlüsse in der Schweiz nicht adäquat anwenden können. Ein weiteres Drittel sieht dies auch bei Qualifikationen aus anderen Branchen als gegeben an.

Abbildung 4.2 Einschätzung der Sprachkenntnisse durch die Arbeitgeber in Prozent

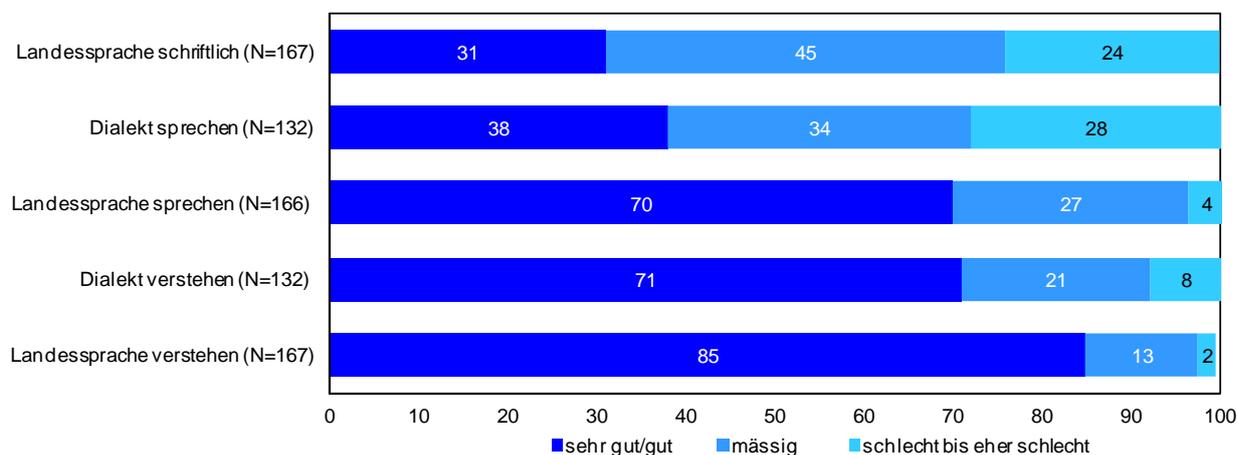


Tabelle 4.6 enthält Angaben über die Antworten der Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter zu den verschiedenen ausländischen Qualifikationsstufen, welche ihrer Meinung nach in der Schweiz nicht adäquat angewendet werden. Die nachfolgend berichteten Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Betriebe, nicht auf die Anzahl der Personen. 30% der antwortenden Betriebe sehen eine Dequalifikation bei Personen die einen der Tertiärstufe vergleichbaren Abschluss in ihrem Herkunftsland erworben haben. In 36% der Einrichtungen gilt dies auch für die Sekundarstufe, weitere 19% sehen dies auf der Stufe Pflegeassistenten.

Tabelle 4.6 In der Schweiz nicht angewendete ausländische Qualifikationen

Nicht angewendete ausländische Qualifikationen	Anzahl Institutionen	% Institutionen
Entsprechend Stufe diplomiertes Pflegefachpersonal	37	30
Entsprechend Stufe Pflegefachpersonal	44	36
Entsprechend Stufe Pflegeassistenten ^o	23	19
In einem paramedizinischen Beruf*	9	7
In einem medizinischen Beruf	4	3
In einem anderen Berufszweig	47	39
Anderes	20	16

(Mehrfachnennungen, N=122)

^o Dieser Personenkreis hat formal eine Qualifikation auf der Stufe Pflegeassistenten im Ausland erworben, der in der Schweiz nicht anerkannt worden ist.

* Als paramedizinische Berufe gelten Bereiche wie Physio- / Ergotherapie, Labor, Röntgen; unter medizinischen Berufen sind neben Ärztinnen und Ärzten auch Psychologinnen und Psychologen eingeschlossen.

4.1.6 Ausmass des Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistenzpersonal

Bei der konkreten Nachfrage nach der Anzahl der Personen, welche von Brain Waste betroffen sind, haben die antwortenden Institutionen insgesamt 328 Mitarbeitende angegeben. Hiervon sind 256 Personen im Langzeitbereich sowie 72 Personen im Spitexbereich beschäftigt. Je nach Bezugsgrösse des Personalbestandes können verschiedene Anteilsraten der von Brain Waste betroffenen Berufsgruppen berechnet werden. Abbildung 4.3 enthält ein Flussdiagramm mit den absoluten Zahlen der beschäftigten Personen sowie der Personen mit Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistenzpersonal.

Abbildung 4.3 Gesamtpersonalbestand und Schätzung des Brain Waste in der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals (Schätzung)

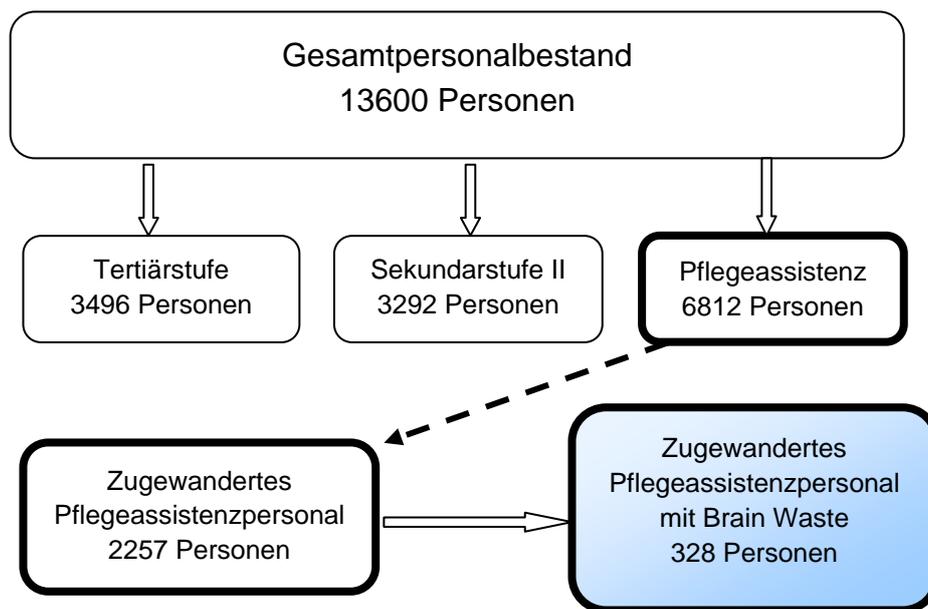


Tabelle 4.7 bildet die verschiedenen Relationen im Detail ab. Im gesamten Personalbestand Pflege und Betreuung der hier befragten Institutionen macht der Anteil der von Brain Waste Betroffenen drei Prozent aus. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass nicht erhoben wurde, ob Brain Waste gegebenenfalls auf Sekundarstufe ebenfalls zutrifft; die Mitarbeitenden auf Sekundarstufe waren nicht Gegenstand des Projektauftrags. In der Gruppe des Pflegeassistenzpersonals sind es insgesamt fünf Prozent der Beschäftigten, welche von Brain Waste betroffen sind. In der Studienpopulation des zugewanderten Pflegeassistenzpersonals wird der Anteil der von Brain Waste betroffenen Beschäftigten auf 15% geschätzt.

Tabelle 4.7 Umfang Brain Waste (Schätzung)

Gesamtgrösse	N Mitarbeitende	N Brain Waste	Rate Brain Waste in %
Gesamtpersonalbestand Pflege und Betreuung	12078	328	3
Pflegeassistenzpersonal	6812	328	5
Zugewandertes Pflegeassistenzpersonal gesamt	2257	328	15

4.1.7 Massnahmen zur Qualifikation und Requalifikation

Die meisten der befragten Einrichtungen und Dienste haben Massnahmen zur Qualifikation bzw. zur Requalifikation zugewanderten Beschäftigter durchgeführt. Tabelle 4.8 ist zu entnehmen, dass dabei die innerbetriebliche Förderung und Unterstützung beim Ausbildungskurs für PflegehelferInnen des SRK am häufigsten genannt wurde. Weitere, ebenfalls häufig genannte Massnahmen waren unterstützende Angebote, welche sich auf die Pflegepraxis in der Schweiz beziehen, die Unterstützung beim Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse bieten, allgemeine Sprachkurse sowie die innerbetriebliche Förderung und Unterstützung bei der Ausbildung zur Pflegeassistentin.

Tabelle 4.8 Von den Betrieben bereits angewendete Massnahmen zur (Re-)Qualifikation

Angewendete Massnahmen zur (Re-)Qualifikation	Anzahl	
	Institutionen	Institutionen
Innerbetriebliche Förderung/Unterstützung beim Kurs für Pflegehelfer/in SRK	106	69
Angebote, welche sich auf die Pflegepraxis in der Schweiz ausrichten (Pflegethemen, Pflegeprozess etc.)	88	57
Unterstützung beim Anerkennungsverfahren von ausländischen Berufsabschlüssen in der Schweiz, z.B. beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) durch eine interne oder externe Begleitperson	83	54
Allgemeine Sprachkurse	79	51
Innerbetriebliche Förderung/Unterstützung bei der Ausbildung als Pflegeassistentin	77	50
Kurse zur Weiterentwicklung der Fachsprache (medizinische, pflegerische Terminologie)	21	14
Anderes	13	8
Orientierungskurse über das Leben in der Schweiz allgemein	12	8

(Mehrfachnennungen, N=154)

Nach der Abfrage über die bereits angewendeten Massnahmen zur Qualifizierung des zugewanderten Personals wurden die Einrichtungen gebeten, Empfehlungen zu weiteren, für notwendig gehaltenen Angeboten abzugeben. Tabelle 4.9 enthält die detaillierten Antworten und prozentualen Häufigkeiten. Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang allgemeine Sprachkurse sowie Weiterbildungsprogramme mit Schulungsinhalten zu den Pflegemethoden und zum Pflegeverständnis in der Schweiz empfohlen. Ebenfalls häufig wurden modulare Programme genannt, welche mehrere Elemente (zum Beispiel Sprache, Fachsprache, Pflegeverständnis) enthalten.

Tabelle 4.9 Empfohlene Massnahmen zur (Re-)Qualifikation

Empfohlene Massnahmen zur (Re-)Qualifikation	Anzahl	
	Institutionen	Institutionen
Allgemeine Sprachkurse	92	58
Weiterbildungsprogramme mit Schulungsinhalten zu den Pflegemethoden und dem Pflegeverständnis in der Schweiz.	90	58
Standardisierte modulare "Brückenprogramme", die mehrere Elemente (z.B. Sprache, Fachsprache, Pflegeverständnis, Praktikumsphase) enthalten.	83	52
Weiterbildungsprogramme zur Weiterentwicklung der Fachsprache	56	35
externes Angebot Begleitung bei Anerkennungsverfahren	55	35
Innerbetriebliche Praktikumsphasen mit Coaching und Supervision	43	27
Keine solchen Angebote	9	6
Anderes	5	3

(Mehrfachnennungen, N=157)

4.2 Befragung des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals (Teilstudie 2)

4.2.1 Stichprobe und Rücklaufquote

Von den insgesamt 203 Personen in unserer Zielgruppe des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals, die kontaktiert wurden, haben 95 Personen an der Studie teilgenommen (für Details zur Rekrutierung in Teilstudie 2, siehe 3.2.1). Insgesamt beträgt die Responserate 47%. Die Responserate bei den Mitarbeitenden aus den Langzeit- und Spitexinstitutionen betrug 93% (N=85). Aus der Personengruppe, welche über das Schweizerische Rote Kreuz angefragt wurde, beteiligten sich zehn Personen an der Befragung (Responserate 9%). 19 Personen (20%) wurden telefonisch und 76 Personen (80%) wurden schriftlich befragt.

Die Fragebogen wurden zu 82% (N=78) auf Deutsch, zu 12% (N=11) auf Französisch sowie zu 6% (N=6) auf Italienisch beantwortet.

Von den 95 Teilnehmenden arbeiteten 89 Personen (94%) in einer Langzeitinstitution, vier vom SRK vermittelte Personen waren stellenlos und eine Person arbeitete im Spitexbereich. Eine Person machte zu ihrem Tätigkeitsfeld keine Angaben.

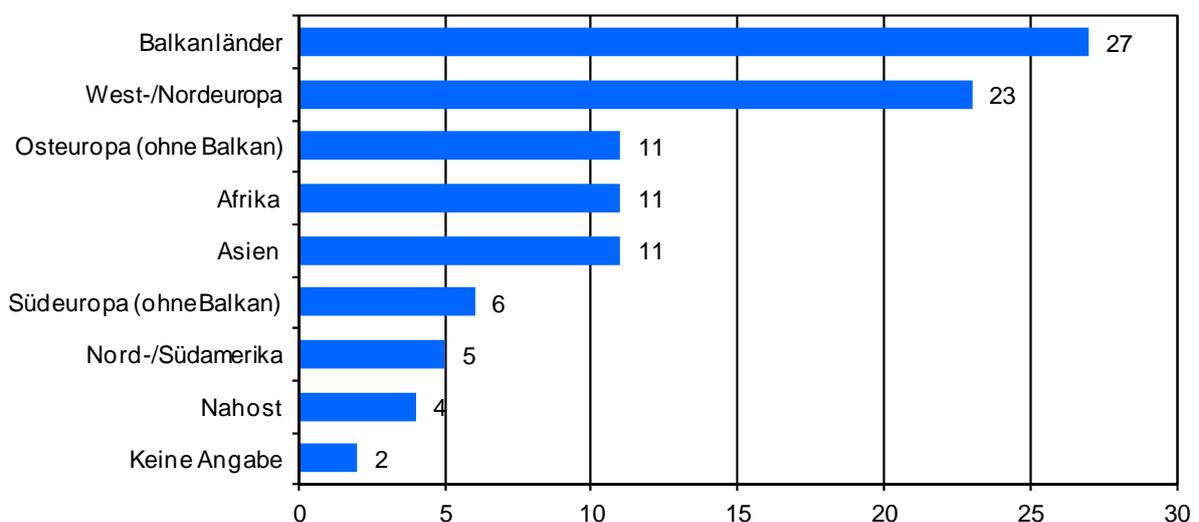
Die befragten Personen waren zwischen 21 und 65 Jahre alt (im Durchschnitt 39 Jahre). 85 Personen (90%) waren weiblich.

4.2.2 Persönlicher Hintergrund der Teilnehmenden

Aufenthaltsstatus: Ein erheblicher Teil der Teilnehmenden verfügte über einen befristeten Aufenthaltsstatus (36%) und ungefähr ein Viertel über eine Niederlassungsbewilligung (24%). Weitere 33% der befragten Personen waren eingebürgert. Über eine Grenzgänerbewilligung verfügten sechs Personen (6%), welche aus Deutschland, Frankreich und Italien kamen. Eine Person verfügte über eine Kurzaufenthaltsbewilligung.

Herkunftsregionen des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals: Der Grossteil der Befragten (27%) hatte vor der Einreise in die Schweiz in den Balkanländern (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Montenegro und Kosovo) gelebt. Eine detaillierte Übersicht über die Herkunftsregionen gibt Abbildung 4.4.

Abbildung 4.4 Herkunftsregionen des zugewanderten Pflegeassistentzpersonals in % (N=93)



Dreizehn Personen (14%) gaben bei der Frage nach dem Herkunftsland mehrere Länder an. Acht davon gaben zwei Herkunftsländer an, drei Personen nannten drei und zwei Personen vier Herkunftsländer. Dies macht die Komplexität moderner Migrationswege deutlich. Mit einer Ausnahme sind alle ursprünglichen Herkunftsländer Nicht-OECD-Staaten. Die Einreise erfolgte in elf der 13 Fälle über ein Nachbarland der Schweiz.

Alter bei der Einreise in die Schweiz: Die Befragten lebten im Durchschnitt seit 12.5 Jahren in der Schweiz. Dabei war die Mehrheit (64%) bei ihrer Ankunft in die Schweiz zwischen 20 und 30 Jahre alt. Weitere 29% waren zwischen 30 und 50 Jahre alt und zwei Personen älter als 50. Vier Personen gaben keine Antwort.

4.2.3 Push- und Pullfaktoren

Als Gründe für die Ausreise aus dem Herkunftsland, den sogenannten Push-Faktoren, wurden überwiegend private sowie familiäre Gründe angegeben (57%); weitere Differenzierungen wurden zum Schutz der Privatsphäre der Respondenten/-innen nicht erfragt. Als zusätzliche wichtige Gründe wurden die politische Lage (23%) sowie die wirtschaftliche Situation (23%) genannt. Weitere Ausreisegründe waren die eingeschränkte soziale Absicherung und das Schul- und Ausbildungssystem im Herkunftsland. Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich, auf weitere Details wurde bei der Befragung aus den schon genannten Gründen verzichtet.

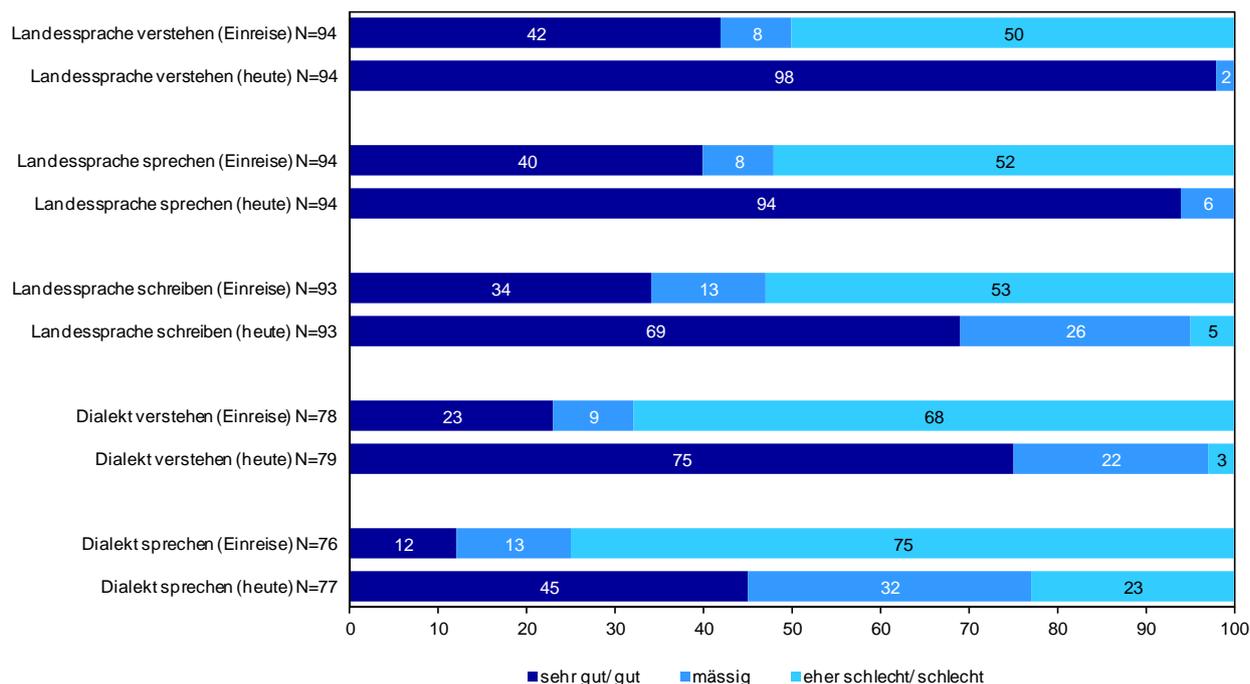
Als Gründe für die Wahl der Schweiz als Einreiseland (Pull-Faktoren) wurden mehrheitlich ebenfalls private und familiäre Gründe angegeben (62%). Des Weiteren wurde die soziale und politische Lage (21%), die Höhe des Lohnes und die wirtschaftliche Lage (15%), der sofortige Erhalt einer Arbeits- oder Aufenthaltsgenehmigung und die Art des Arbeitsplatzes (22%) genannt. 14 Personen gaben andere Gründe an, worunter zum Beispiel "die Ablehnung in einem anderen Land" oder „Ehepartner oder Partnerin ist Schweizer Staatsbürger/in“ aufgeführt wurden. Mehrfachnennungen waren möglich.

4.2.4 Sprachkenntnisse des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals

Sprachkenntnisse bei der Einreise in die Schweiz: Ihre schriftlichen sowie mündlichen Kenntnisse der jeweiligen Landessprache und des Schweizer Dialekts bei der Einreise bewerteten die Teilnehmenden überwiegend als schlecht. Kenntnisse zum Dialekt (sprechen und verstehen) wurden ausschliesslich in der Deutschschweiz erfragt.

Erwerb der Sprachkenntnisse nach Umzug in die Schweiz: Bei der Frage, wie die Schweizer Landessprache nach dem Umzug in die Schweiz erworben wurde, waren Mehrfachnennungen möglich. 23 Personen (24%) gaben an, bei der Einreise bereits über Kenntnisse der jeweiligen Landessprache verfügt zu haben. Weiterhin wurden Kenntnisse der jeweiligen Landessprache in Sprachkursen (N=44; 46%), im Alltagsleben (N=43; 45%) und im Berufsleben (N=39; 41%) erworben. Lediglich 13 Personen verbesserten ihre Sprachkenntnisse in „anderen Weiterbildungen“, was nicht weiter spezifiziert wurde. Sieben Personen ergänzten, dass sie die Sprache in der Schule oder in Vorbereitungskursen oder durch Lesen und TV-Konsum erworben haben. 29 (31%) der Befragten gaben an, inzwischen ein Sprachzertifikat erhalten zu haben.

Sprachkenntnisse zum Zeitpunkt der Befragung: Die Sprachkenntnisse zum mündlichen Verständnis der jeweiligen Landessprache wurde zum Zeitpunkt der Befragung von der Mehrheit der Teilnehmenden als sehr gut bis gut eingeschätzt. Kenntnisse zum Dialekt (sprechen und verstehen) wurden ausschliesslich in der Deutschschweiz erfragt. Eine Übersicht der Ergebnisse der Sprachkenntnisse bei Einreise und zum Zeitpunkt der Befragung zeigt Abbildung 4.5.

Abbildung 4.5 Sprachkenntnisse bei der Einreise in die Schweiz und heute in %

Herausforderungen wegen der Sprache erleben die Studienteilnehmenden heute bei fachlichen Weiterbildungen (24%), im Kontakt mit Klientinnen und Klienten und Bewohnerinnen und Bewohnern (13%), bei der täglichen Zusammenarbeit im Team (13%) oder in interdisziplinären Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten (10%) und in Gesprächen mit Angehörigen (8%). Sieben Prozent nennen zusätzliche Herausforderungen wie „schriftliche Aufgaben im Berufsleben“, „Telefonate“ oder den „Umgang mit verschiedenen Dialekten“. Der Grossteil der Befragten (56%) gab an, keine Sprachprobleme mehr zu haben. Mehrfachnennungen waren möglich.

4.2.5 Schulische und berufliche Ausbildung im Herkunftsland der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden der Studie besuchten im Durchschnitt 10.5 Jahre eine Schule, wobei 80% der Befragten über einen Zeitraum von acht bis zwölf Jahren eine obligatorische Schule besucht haben. 44% der Befragten verfügten bei der Einreise über einen Abschluss, der dem Niveau der Berufslehre in der Schweiz entspricht. 12% weisen einen Abschluss auf Hochschulniveau auf und 19% verfügen über keine Ausbildung (vgl. Tabelle 4.10). Neun Teilnehmende machten keine Angaben.

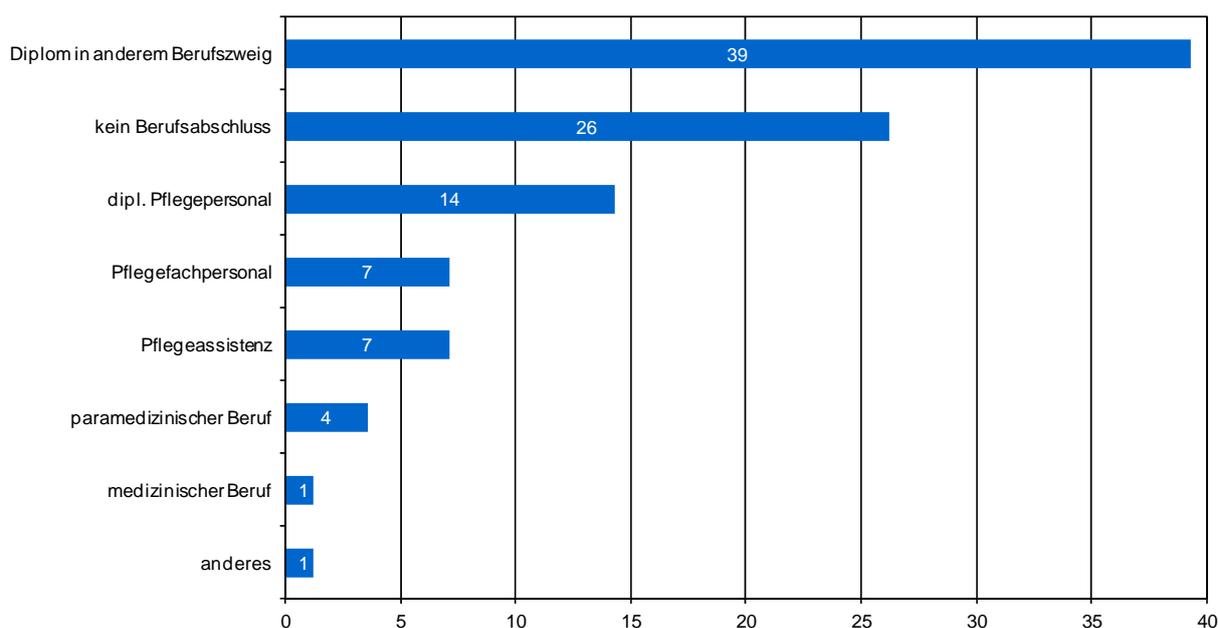
Tabelle 4.10 Höchster Bildungsabschluss vor Einreise in die Schweiz

	N	%
Berufslehre, -schule, -maturität	40	42
Maturitätsschule, Lehrerseminar, andere allg. Schule	12	13
höhere Berufsausbildung	5	5
Universität, FH, Hochschule	11	12
keine Ausbildung	18	19
Keine Angaben	9	9
Gesamt	95	100

Die Abbildung 4.6 gibt eine Übersicht über die Antworten zur Frage, welchen konkreten Berufsabschluss die Teilnehmenden (N=84) vor ihrem Umzug in die Schweiz hatten.

Auffallend ist, dass 33 Personen (39%) über einen Abschluss in einem anderen Berufszweig verfügten. Hierunter wurden z.B. technische, kaufmännische, handwerkliche und gewerbliche Berufe oder Studienabschlüsse in Literatur, Sprachen und Jura aufgeführt. 28 Personen gaben an, über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf zu verfügen. Drei Personen, die über einen Abschluss in einem anderen Berufszweig verfügen, haben zusätzlich einen Abschluss in einem Gesundheitsberuf angegeben (Physiotherapie und Hebamme).

Abbildung 4.6 Berufsabschlüsse vor der Einreise in die Schweiz in % (N=84)*



* Als paramedizinische Berufe gelten Bereiche wie Physio- / Ergotherapie, Labor, Röntgen; unter medizinischen Berufen sind neben Ärztinnen und Ärzten auch Psychologinnen und Psychologen eingeschlossen.

Auf die Frage, inwiefern die Befragten vor ihrem Umzug in die Schweiz berufstätig waren, gaben 45% an, dass sie in ihrem erlernten Beruf tätig waren. 30% waren hingegen nicht berufstätig, 9% arbeiteten in einem anderen Beruf und 6% übten eine Berufstätigkeit aus, für die sie keinen Berufsabschluss benötigten. Von den 28 Personen mit einer Ausbildung in einem Gesundheitsberuf gaben 20 an, dass sie vor der Einreise in die Schweiz in ihrem erlernten Beruf tätig waren.

4.2.6 Aktuelle berufliche Situation der Teilnehmenden in der Schweiz

Ein grosser Teil der Teilnehmenden (25%) gab an, dass sie eine Anerkennung ihres beruflichen Abschlusses nach der Einreise in die Schweiz nicht beantragt hatten. Bei 21% der Befragten wurde der Abschluss nicht anerkannt. Elf Prozent gaben an, dass ihr Berufsabschluss in der Schweiz „ohne weiteres“ anerkannt wurde. Weitere zehn Prozent befinden sich derzeit noch im Anerkennungsverfahren für ihren im Ausland erworbenen Abschluss. Sieben Prozent besuchen derzeit eine Nachqualifikation oder Weiterbildungsmaßnahme.

Von den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, gaben vier Personen an, dass ihre Anerkennung „ohne weiteres“ akzeptiert wurde. Bei drei Personen wurde der Abschluss nach zusätzlicher Weiterbildung oder Nach-

qualifikation anerkannt. Weitere acht Personen gaben an, dass ihr Abschluss nicht anerkannt wurde und vier Personen hatten das Anerkennungsverfahren nicht versucht. Die übrigen machten dazu keine Angaben.

53 Personen (56%) berichten, dass sie nach der Einreise in die Schweiz einen Kurs als Pflegehelferin oder Pflegehelfer SRK absolviert haben. 16 Personen (17%) erlangten eine berufliche Qualifikation als Pflegeassistentin oder Pflegeassistent. Neun Personen gaben an, eine andere Ausbildung oder Weiterbildung besucht zu haben. Von den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, gaben sechs an, eine Attestausbildung gemacht zu haben, sechs absolvierten einen Kurs zur Pflegehelferin oder zum Pflegehelfer (SRK).

Auf die Frage nach zutreffenden Aussagen bzgl. der aktuellen beruflichen Situation gaben 38% der Befragten an, dass sie aktuell in dem Beruf arbeiten, in dem sie ausgebildet wurden. 55 Personen (62%) äusserten, dass sie nicht in dem Beruf tätig sind, wo sie ausgebildet wurden. Die Ursache, wieso sie nicht in dem Beruf arbeiten, in dem sie ausgebildet wurden, konnte anhand Mehrfachantworten noch weiter spezifiziert werden. 18 Personen gaben an, dass ihr Bildungsabschluss nicht anerkannt wurde, sieben der Befragten fanden keine passende Stelle, die ihrem Bildungsabschluss entsprach und neun Personen berichteten, dass sie über keinen Berufsabschluss verfügen. Als Anmerkungen zur Anerkennung und fehlende Berufstätigkeit im erlernten Beruf wurden noch private und sprachliche Gründe angegeben.

Von den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, gaben nur 14 an, dass sie heute in dem Beruf arbeiten, in dem sie ausgebildet wurden. Bei acht Personen wurde der Abschluss nicht anerkannt und zwei weitere fanden bisher keine passende Stelle.

Die Zufriedenheit mit der jetzigen Arbeitssituation bewerteten 84% der Befragten positiv. Elf Prozent waren mit der beruflichen Situation mässig zufrieden. Ein ähnliches Bild zeigte die Einschätzung der gestellten Anforderungen in der aktuellen Arbeitssituation. Hier geben 57 Personen (60%) an, weder über- noch unterfordert zu sein. Eher unterfordert fühlen sich 20 Personen (21%). Einen Überblick zeigt Tabelle 4.11.

Tabelle 4.11 Beurteilung der aktuellen Arbeitssituation

Beurteilung der aktuellen Arbeitssituation					
Arbeitszufriedenheit			Anforderungen		
	N	%		N	%
sehr zufrieden/ zufrieden	80	84	eher unterfordert	20	21
mässig zufrieden	10	11	weder über- noch unterfordert	57	60
keine Angabe	5	5	eher überfordert	7	7
			keine Angabe	11	12
Total	95			95	

Von den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, schätzen 20 ihre Arbeitszufriedenheit als „sehr zufrieden/zufrieden“ und acht als „mässig zufrieden“ ein. Bezüglich der Anforderung bezeichnet sich nur eine Person als „eher überfordert“. 21 Personen fühlen sich „weder über/noch unterfordert“ und sechs Personen „eher unterfordert“.

4.2.7 Dequalifikation und Brain Waste

Von den 84 Befragten, die Angaben über ihren beruflichen Abschluss gemacht haben, sind 55 Personen (65%) gemäss unserer relativ breit angelegten Definition von Brain Waste betroffen. Davon verfügt gut die Hälfte der Betroffenen über eine ausländische Qualifikation in einem Gesundheitsberuf. Der andere Teil der von Brain Waste-Betroffenen verfügt über berufliche Abschlüsse aus Branchen, die nicht dem Gesundheitswesen zugerechnet werden können (z.B. ein Jurist).

Die von Brain Waste betroffenen Personen sind im Durchschnitt etwas älter als die Nicht-Betroffenen (40 vs. 37 Jahre) und es handelt sich überproportional um weibliche Mitarbeitende. Im Mittel halten sich die von Brain Waste betroffenen Mitarbeitenden kürzer in der Schweiz auf als die Nicht-Betroffenen (10 vs. 14 Jahre).

4.2.8 Berufliche Zukunft in der Schweiz

Tabelle 4.12 gibt eine Übersicht über die Antworten auf die Frage „Würden Sie an (weiteren) Schulungsprogrammen zur beruflichen Weiterentwicklung teilnehmen?“. Bedeutsam scheint, dass 60 der befragten Personen (55%) an einer Weiterbildung teilnehmen würden, um wieder in ihrem ursprünglich erlernten Beruf tätig sein zu können. Fünf Personen (5%) gaben an, dass sie die Weiterbildung besuchen würden, damit sie sich in einem Gesundheitsberuf der Schweiz weiterentwickeln können. Nur zehn Personen (9%) zeigten sich nicht an einer Schulungsmassnahme interessiert.

Tabelle 4.12 Weitere Schulungsprogramme, an denen die Befragten teilnehmen würden

Schulungsangebote	Anzahl	%
Um ursprünglichen Beruf ausüben zu können	60	55
Teilnahme Schulungsprogramme berufliche Weiterbildung	17	16
Damit ich erstmals einen Berufsabschluss erwerben kann	10	9
Nein, keine Teilnahme an Schulungsprogrammen	10	9
Zwecks Umschulung in einen anderen Berufszweig	7	6
Damit ich mich in einem Gesundheitsberuf weiterentwickeln kann	5	5
Zwecks Umschulung für einen anderen Gesundheitsberuf	1	1

(Mehrfachnennungen, N=88)

Von den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, gaben zwölf Personen an, dass sie an einem beruflichen Weiterbildungsprogramm teilnehmen würden, 18 Personen insbesondere für ihren ursprünglichen Beruf. Zwei weitere Personen würden sich für einen anderen Berufszweig umschulen lassen.

Die Antworten auf die Frage: „Welche der folgenden Angebote würden Sie zukünftig in Anspruch nehmen, um ihre (ursprüngliche) berufliche Qualifikation in der Schweiz besser nutzen zu können“ sind in Tabelle 4.13 ersichtlich. Die Ausbildung als Fachfrau oder Fachmann Gesundheit oder (für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer) Pflegeassistentin oder Pflegeassistenten, Sprachkurse, Kurse in medizinischer und Pflegefachsprache sowie Kurse zur Pflegepraxis der Schweiz und zur Medizintechnik standen im Vordergrund.

Tabelle 4.13 Angebote der (Re-)Qualifikation, die in Anspruch genommen würden

Angebote der (Re-)Qualifikation	Anzahl	%
Förderung/ Unterstützung Ausbildung FaGe	45	54
Allgemeine Sprachkurse	33	39
Kurse in medizinischer & pflegerischer Fachsprache	32	38
Kurse zur Pflegepraxis in der Schweiz	29	35
Kurse zur Medizintechnik	29	34
Kurse zum Gesundheitswesen in der Schweiz	25	30
Förderung/ Unterstützung Ausbildung zur Pflegeassistenz	24	29
Beratung/ Begleitung Anerkennungsverfahren	21	25
Persönlich zugeschnittenes Schulungsprogramm	20	24
Einarbeitungs- Praktikumsphase	18	21
Keine	7	8

(Mehrfachnennungen, N=84)

Bei den 28 Personen, die bereits vor der Einreise in die Schweiz über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügten, standen (Re-)Qualifikationsmassnahmen wie Beratung/Begleitung beim Anerkennungsverfahren, Kurse zur Medizintechnik (je N=13) sowie allgemeine Sprachkurse (N=12) und Kurse zur Fachsprache (N=11) im Vordergrund. Die Ausbildung zur Fachfrau, Fachmann Gesundheit kommt hier erst an fünfter Stelle (N=10).

Am Ende der Befragung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, noch generelle Äusserungen zum Thema vorzunehmen. Hier wurde überwiegend positiv hervorgehoben, dass man sich mit dem Thema beschäftigt. Des Weiteren wurde die Zufriedenheit mit dem Leben in der Schweiz unterstrichen. Generell wurde angemerkt, dass den zugewanderten Mitarbeitenden Informationen zur beruflichen Weiterentwicklung und Anerkennung fehlen würden. Zudem wurden die Anerkennungsverfahren als kompliziert eingeschätzt. Generell äusserten die Befragten einen starken Wunsch zu lernen, jedoch wurde der eigenen beruflichen Weiterentwicklung oft nicht erste Priorität beigemessen, sondern der finanziellen Versorgung der Familie.

5 Diskussion

Im ersten Teil der Diskussion werden die Hauptergebnisse der Studie zusammengefasst. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur diskutiert und in Beziehung gesetzt. Die folgenden Ausführungen berücksichtigen dabei selbstverständlich den Umstand, dass die Ergebnisse der Teilstudie 1 jeweils Einschätzungen von Vorgesetzten und Arbeitgebern widerspiegeln. Ebenso wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Stichprobe der Teilstudie 2 aufgrund der geringen Grösse bezüglich Repräsentativität Defizite aufweist.

5.1 Heterogene Stichprobe

Eine Haupteigenheit der beiden Teilstudien ist, dass die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, besonders hinsichtlich ihrer Herkunft und ihrer beruflichen Qualifikation im Herkunftsland, sehr heterogen zu sein scheint. Der Anteil in Teilstudie 1 von 33% der zugewanderten Mitarbeitenden in der Gruppe des Pflegeassistentenpersonals insgesamt, gibt einen Hinweis darauf, dass ungefähr jede dritte Person auf Pflegeassistentenstufe in die Schweiz eingewandert ist. Mit Bezug auf die beruflichen Qualifikationen im Herkunftsland wurden in Teilstudie 2 drei Subgruppen identifiziert. Die grösste Subgruppe (39%) umfasst Personen die über eine berufliche Qualifikation ausserhalb der Gesundheitsberufe verfügen. Die zweite Subgruppe (33%) beinhaltet Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem Gesundheitsberuf. Die dritte Gruppe besteht aus Personen, die keine berufliche Qualifikation im Herkunftsland (27%) erworben hatten. Im Kontrast zu anderen Untersuchungen zur Arbeitsmigration im Gesundheitswesen der Schweiz (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010) ist bemerkenswert, dass innerhalb dieser Population das Zuwanderungsmotiv eher privater als beruflicher Natur war. Eine differenzierte Analyse der privaten oder familiären Gründe war im Fragebogen nicht vorgesehen, dies wäre aber bei nachfolgenden Untersuchungen eine wünschenswerte Erweiterung.

5.2 Brain Waste beim zugewanderten Pflegeassistentenpersonal

Weiterhin konnte die Annahme, dass Brain Waste innerhalb der untersuchten Population vorhanden ist, in beiden Teilstudien bestätigt werden. Allerdings gestaltet sich die Thematik Brain Waste vielfältiger als erwartet. Betroffen sind nicht nur Personen mit einer Qualifikation in einem Gesundheitsberuf, sondern auch solche, die eine berufliche Qualifikation in einem anderen Berufszweig in ihrem Herkunftsland erworben haben. Der quantitative Umfang von *Brain Waste* in dieser Population wird auf der Basis der Teilstudie 1 bei 328 betroffenen Personen auf 15% geschätzt. Dies bedeutet, dass jede fünfte bis sechste Person in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals von Brain Waste betroffen ist. Die Tatsache, dass von 84 Befragten, die Angaben über ihren beruflichen Abschluss gemacht haben, 65% nicht in dem Beruf tätig sind, in dem sie ausgebildet wurden, legt das Vorkommen von Brain Waste in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals ebenfalls nahe. Allerdings werden sicherlich nicht alle diese Personen, die auf der Stufe Pflegeassistenten arbeiten, einen beruflichen Abstieg erlebt haben. Die Ergebnisse der beiden Teilstudien sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da offenbar die Rekrutierungsverfahren offenbar unterschiedliche Selektionen von Teilnehmenden zur Folge hatten.

5.3 Qualifikations- und Requalifikationsmassnahmen

Schliesslich zeigen die Studienergebnisse, dass sowohl die befragten Institutionen als auch die befragten Mitarbeitenden ein grosses Interesse an (Re-)Qualifikationsmassnahmen haben. Einige davon werden seitens der Institutionen bereits angeboten oder gefördert. Diese könnten sowohl aus Sicht der Institutionen als auch aus Sicht der von Brain Waste Betroffenen noch weiter entwickelt werden. Die potenzielle Schwerpunktsetzung dieser Massnahmen gestaltet sich, je nach Qualifikationsvoraussetzung, unterschiedlich. Bei Personen mit einer Qualifikation in einem Gesundheitsberuf steht der Wunsch nach formaler Requalifikation an erster Stelle, allerdings haben mehrere Personen dies noch gar nicht versucht oder haben das Verfahren noch nicht abgeschlossen. Zudem werden in dieser Gruppe vor allem Kurse zu fachlichen Aspekten, also zu Methoden und zum Verständnis der Pflege in der Schweiz bevorzugt. Bei Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem anderen Berufszweig gestalten sich die Vorstellungen zur (Re-)Qualifikation vielfältiger, je nachdem ob der Umstieg ins Gesundheitswesen eine bewusste Wahl oder eher durch die Umstände erzwungen war (Zugang zum Arbeitsmarkt). Daher ist es nachvollziehbar, dass sowohl der Wunsch nach der formalen Anerkennung des ursprünglichen Berufsabschlusses, als auch der Wunsch, sich im neuen Berufszweig überhaupt qualifizieren zu können, vorhanden ist. Dabei stehen die FaGe- und Attestausbildung an erster Stelle, was auch für Personen ohne berufliche Qualifikation im Herkunftsland zutrifft. Es ist zu vermuten, dass die individuelle Realisierbarkeit solcher Massnahmen stark von der jeweiligen Lebenssituation, den finanziellen Ressourcen und dem persönlichen und beruflichen Umfeld abhängen. Die Interessen der Institutionen zielen zusätzlich noch auf die Förderung der Sprachkompetenzen und auf den Umgang mit formalen Anerkennungsverfahren.

5.4 Soziodemografische Angaben zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal

Die Heterogenität der untersuchten Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals drückt sich auch in den verschiedenen soziodemografischen Merkmalen aus. Das *durchschnittliche Alter* der befragten Mitarbeitenden (39 Jahre) passt zur am häufigsten genannten Altersgruppe zwischen 31-40 Jahren bei den Institutionen. Der *Frauenanteil* in der Gruppe der befragten Pflegeassistentenpersonen war mit 90% höher als in den Angaben der Institutionen, wo ein Anteil von 78% angegeben wurde. In der Krankenhausstatistik 2008 ist der Frauenanteil bei zugewanderten Mitarbeitenden auf der Stufe Attestausbildung mit 85% angegeben (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Im Vergleich mit dem durchschnittlichen *Frauenanteil* von ca. 50% in der allgemeinen Population der Migrantinnen und Migranten (OECD, 2006) ist dieser in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals markant höher.

Die Angaben zum *Herkunftsland* zeigen in beiden Teilstudien ähnliche Tendenzen auf, indem Personen mit einer Herkunft aus dem europäischen Balkan bzw. West- und Nordeuropa zu den grössten Gruppen gehören. Die Angaben zum *Aufenthaltsstatus* in den beiden Teilstudien unterscheiden sich stark, was mit den unterschiedlichen Stichprobengrössen und Rekrutierungsverfahren zusammenhängen kann. Der Anteil der Grenzgängerinnen und Grenzgänger in der Stichprobe ist mit 6% tiefer als bei Dolder und Grünig (2009) angegeben, was mit grosser Sicherheit mit der kleinen und nicht repräsentativen Stichprobe zusammenhängt. Hier wird deutlich, dass die Herkunft des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, im Gegensatz zum qualifizierten Gesundheitsfachpersonal auf Tertiärstufe, das mehrheitlich aus den Nachbarländern und zu 75-80% aus Deutschland in die Schweiz zuwandert (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010), viel heterogener verteilt ist. Gut die Hälfte der befragten Personen nennt als (ursprüngliches) Herkunftsland einen Nicht-OECD-Staat. Auch die Angabe von mehreren Herkunftsländern bei 14% der Befragten gibt einen Hinweis darauf, dass die bisherige Berufs- und Migrationsbiographie nicht gradlinig verlaufen ist.

Zur beruflichen Qualifikation des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals im Herkunftsland zeigen beide Datensätze, auch wenn diese nicht direkt vergleichbar sind, ähnliche Tendenzen. Die Heterogenität bezogen auf die Ausbildung im Herkunftsland ist sehr gross. Eine grosse Mehrheit des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals absolvierte die obligatorische Schulausbildung im Herkunftsland, wobei ausgehend von der Befragung der Mitarbeitenden spezifiziert werden kann, dass diese zwischen 8–12 Jahren variiert.

Im Vergleich der Einschätzung der *Sprachkenntnisse* zwischen den Institutionen (Durchschnittswerte) und den Mitarbeitenden (aktuelle Selbsteinschätzung) fallen sowohl Übereinstimmungen als Gegensätze auf. Gegensätzliche Einschätzungen finden sich in allen Merkmalsausprägungen der schriftlichen Sprachkompetenzen der Hochsprache, wo sich die Mitarbeitenden durchgehend besser einschätzen als die Arbeitgeber. Auch bezogen auf das Verstehen der Hochsprache und des Dialektes werden die Merkmale "gut" und "sehr gut" von den Mitarbeitenden häufiger angegeben als von den Arbeitgebern. Diese Aussagen können als Indiz gesehen werden, dass die sprachlichen Kompetenzen Lesen und Verstehen zur vollständigen Verständigung im Arbeitsumfeld (Notter et al., 2006) aus Sicht der Arbeitgeber nicht ausreichend entwickelt sind. Eine Ausnahme bildet die Kategorie des Sprechens der Hochsprache, welche sehr übereinstimmend von den Mitarbeitenden und den Arbeitgebern eingeschätzt wird. Auch vom Interviewteam wurde bei den telefonischen Befragungen gelegentlich der Eindruck berichtet, dass die Befragten teilweise ihre Sprachkompetenzen überschätzten. Ohne die Sichtweise der Arbeitgeber über die Perspektive der Mitarbeitenden stellen zu wollen, machen diese Resultate deutlich, dass sprachliche Kompetenzen Schlüsselvoraussetzungen für die berufliche Integration sind (Henkelmann, 2010; Keeley, 2009; Xu et al., 2008), dies gilt besonders in den Gesundheitsberufen (de Veer et al., 2004; Tregunno et al., 2009).

Das *Einwanderungsmotiv* in der untersuchten Population entspricht überwiegend dem Typus der partnerschaftlichen Orientierung nach Nohl (2010). Hier zeigt sich ein klarer Gegensatz zu der Gruppe des qualifizierten Gesundheitspersonals auf Tertiärstufe aus den Nachbarländern, welches mit dem Hauptmotiv der Arbeitsaufnahme zuwandert (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Auch wenn nur ein Teil der Population als Gesundheitspersonal eingestuft werden kann, bestehen Parallelen zu den Untersuchungen mit Pflegefachpersonal in England, Kanada und den Niederlanden, die aufzeigen, dass in dieser Gruppe oft gemischte Motive, bei denen Privates, Wirtschaftliches und auch Politisches eine Rolle spielt, zur Zuwanderung führen (Allan & Larsen, 2003; Blythe & Baumann, 2009; de Veer et al., 2004).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die soziodemografischen Merkmale die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals einerseits als relativ typisch beschreiben und andererseits die Unterschiede zur Population der Migrantinnen und Migranten mit dem Motiv der Arbeitsmigration verdeutlichen.

5.5 Brain Waste und Dequalifikation

Brain Waste ist in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals eindeutig vorhanden. Allerdings präsentiert sich das Phänomen komplexer als ursprünglich erwartet. Die Komplexität zeigt sich beispielsweise in der unerwartet hohen Anzahl von Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem anderen Berufszweig bzw. ohne berufliche Qualifikation im Herkunftsland. Unerwartet tief ist der Anteil an Personen mit einem nicht anerkannten Abschluss in einem Gesundheitsberuf. Gleichwohl zeigt sich hier parallel zu anderen Studien (Allan & Larsen, 2003; Englmann & Müller, 2007; Hadeed, 2004; Nohl, 2010a), dass es auch in der Schweiz im Langzeitbereich auf Stufe Pflegeassistenten Personen gibt, die unterhalb ihrem Qualifikationsniveau arbeiten. Dass in der Mitarbeitendenbefragung fast ausschliesslich Studienteilnehmende aus der Gruppe der Pflegehilfen vorkommen, kann als Indiz gesehen werden, dass die Thematik Brain Waste diese besonders betrifft.

Obwohl die Stichprobe keineswegs als repräsentativ angesehen werden kann und Schätzungen und subjektive Daten erhoben wurden, kann unter der Voraussetzung, dass sich ca. ein Fünftel der Schweizer Langzeitinstitutionen an der Studie beteiligt hat, eine Art Hochrechnung für die Schweiz versucht werden. Diese Hochrechnung kann auf der Basis eines Obsan-Berichts mit Daten aus dem Jahr 2008 erfolgen, der ergeben hat, dass auf der Pflegeassistentenstufe im Langzeitbereich 26692 Personen arbeiten (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010). Unter Berücksichtigung dieser Daten und der hier erhobenen Brain-Waste-Rate von ungefähr fünfzehn Prozent würde es bedeuten, dass schweizweit insgesamt ca. 1300 Pflegeassistentenpersonen von Brain Waste betroffen wären. Zu bedenken ist, dass diese Hochrechnung per Definition ausschliesslich die Personen mit einer beruflichen Qualifikation im Herkunftsland umfasst (Gesundheitsberufe und andere Berufszweige).

Werden unsere Ergebnisse zur Brain-Waste-Rate von 15% in der Zielgruppe dieser Studie im internationalen Kontext mit veröffentlichten Brain-Waste-Raten für Zugewanderte aller Berufsgruppen verglichen, können gewisse Parallelen festgestellt werden. Unser Ergebnis liegt im Rahmen der von der OECD (2007) veröffentlichten Rate von 15% bei Zuwanderinnen und Zuwanderern aus OECD-Staaten bzw. von 20% bei Zuwanderinnen und Zuwanderern aus Nicht-OECD-Staaten. Das Ergebnis ist vergleichbar mit der im Jahr 2003-2004 für die Schweiz veröffentlichten Dequalifikationsrate von 14% für Migrantinnen sowie 11% für Migranten aller Berufsgruppen (OECD, 2007) sowie etwas tiefer als der Anteil von ca. 20% bei Nohl et al. (2010). Im Vergleich zu den dänischen Registerdaten mit einem Anteil von 39% (für alle Berufsgruppen der Zuwanderinnen und Zuwanderer) ist die Schweizer Dequalifikationsrate beim zugewanderten Pflegeassistentenpersonal tiefer (Niehlsen, 2009).

Mehrere der in der Literatur beschriebenen *Risikofaktoren* für Brain Waste treffen teilweise auf die befragte Population zu. Die Merkmale Herkunftsland aus einem Nicht-OECD-Staat (OECD, 2007) sowie Zugehörigkeit zur Gruppe der Frauen (Jubany, 2004 zitiert bei Kofmann & Raghuram, 2009; von Hausen, 2010) wurden auch in unseren Daten gefunden. Ein markantes Merkmal dieser Population ist die Tatsache, dass die Einwanderungsmotivation, sowohl bezogen auf die Push- als auf die Pullfaktoren, sich bei der Mehrheit der Befragten auf private und nicht auf berufliche Gründe konzentriert. Der Umstand, dass bei der Zuwanderung nicht die Arbeitsmigration, sondern die biographische Orientierung und besonders die partnerschaftliche Orientierung (Nohl et al., 2010) im Vordergrund standen, ist hier ein wichtiger Faktor.

Die sprachlichen Kompetenzen sind ein weiterer Schlüsselfaktor in der Entstehung von Brain Waste. Die Angaben der Arbeitgeber/Vorgesetzten deuten darauf hin, dass zumindest teilweise Schwierigkeiten bei der Verständigung und der schriftlichen Kommunikation im Berufsalltag vorhanden sind. Auch die Aussagen von ungefähr einem Viertel der Befragten zeigen, dass in spezifischen Situationen des Arbeitsalltags gewisse Schwierigkeiten bestehen (Kontakt mit Klientinnen und Klienten, fachliche Weiterbildungen, Fachgespräche etc.). Diese Schwierigkeiten können sowohl die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Integration am Arbeitsmarkt (Henkelmann, 2010; Meinhardt, 2008), im Arbeitsalltag (Notter et al., 2006; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008), sowie auch im Hinblick auf formale Anerkennungsverfahren (Henkelmann, 2010) oder das erfolgreiche Absolvieren von Nachqualifikationslehrgängen negativ beeinflussen (Blythe et al., 2009; Keeley, 2009).

Die *institutionellen* sowie die *professionellen Risikofaktoren* scheinen in der untersuchten Population ebenfalls relevant zu sein. Angesichts ihrer Heterogenität muss, in Analogie zu Nohl (2010b), angenommen werden, dass sowohl professionsrechtliche Bestimmungen als auch Mechanismen des freien Arbeitsmarktes in der Entstehung des Brain Waste eine Rolle spielen. Wie bei Englmann und Müller (2007) und Hadeed (2004) beschrieben, hat sich auch hier circa ein Viertel der Betroffenen nicht um eine formale Anerkennung bemüht. Das Resultat, dass sowohl die Arbeitgeber als auch die befragten Mitarbeitenden Nachqualifikationsangebote im professionellen Kontext wünschen, kann als Hinweis gesehen werden, dass die in der Literatur beschriebenen Elemente hinsichtlich potenzieller Qualifikationsmassnahmen sinnvoll erscheinen. Aspekte wie Fachterminologie, unterschiedliche fachliche Standards und Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem (Buchan et al., 2005; de Veer et al., 2004; Kingma, 2007; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008) scheinen, besonders in Kombination mit

den individuellen Risikofaktoren (private Zuwanderungsmotivation), auch in der Schweiz relevant zu sein.

Es kann festgestellt werden, dass die oben beschriebenen Subgruppen der Mitarbeitenden mit Brain Waste ein spezifisches Profil bezogen auf die Entstehung, die Auswirkungen und die Bedeutung des Brain Waste haben. *Bei den Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem Gesundheitsberuf* steht die Thematik der Anerkennungsverfahren stärker im Vordergrund. *Bei den Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem anderen Berufszweig* zeigte sich, dass der Branchenwechsel einerseits eine bewusste Entscheidung war. Andererseits muss, in Analogie zur SRK-internen Analyse (Frauenberg & Lamontagne, 2010), davon ausgegangen werden, dass die Aufnahme der Arbeit als Pflegehelferin oder Pflegehelfer als Einstiegsmöglichkeit in den Arbeitsmarkt gesehen wurde und/oder dass besonders Frauen nach der Familienphase auf diesem Weg in das Erwerbsleben einsteigen konnten. *Personen ohne berufliche Qualifikation im Herkunftsland* sind gemäss der unter 1.4 formulierten Definition nicht von Brain Waste betroffen. Möglicherweise besteht noch eine vierte Subgruppe, nämlich Personen, welche im Teenageralter in die Schweiz zuwandern und ihre obligatorische Schulbildung im Herkunftsland noch nicht abgeschlossen haben.

Auf individueller Ebene bedeutet Brain Waste für die betroffenen Mitarbeitenden eine Abwertung ihrer beruflichen Qualifikation. Sie sehen sich – aufgrund der Notwendigkeit zur Existenzsicherung – gezwungen, eine Arbeit unterhalb ihres eigentlichen Qualifikationsniveaus anzunehmen. Diese Tatsache kann Auswirkungen auf die Motivation und das Selbstwertgefühl der Betroffenen haben. Hinweise darauf geben mehrere Rückmeldungen der telefonisch oder schriftlich befragten Personen, welche sich vereinzelt konkrete Hilfestellungen vom Forschungsteam erbaten oder sich bedankt haben, dass das Thema aufgegriffen wurde.

Aus mikroökonomischer Perspektive bedeuten diese Ergebnisse, dass Institutionen die Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden nicht oder zu wenig entsprechend ihrer Qualifikation nutzen können. Eine gewisse Ratlosigkeit der Arbeitgeber, insbesondere nach erfolglosen formalen Anerkennungsverfahren, kann aufgrund verschiedener Beratungsanfragen beim Forschungsteam abgeleitet werden. Insbesondere die Inkompatibilität der deutschen Qualifikation der Altenpflege mit dem Schweizerischen Bildungssystem wurde dabei mehrfach erwähnt.

Auch wenn die Anzahl der betroffenen Personen, insbesondere für zugewanderte Personen in einem Gesundheitsberuf, *aus makroökonomischer Perspektive* nicht sehr gross ist, sollte die Brain Waste Rate von 15% in der Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals auf gesellschaftlicher Ebene Fragen aufwerfen bezüglich der beruflichen Integration dieser Personengruppe und der Nutzung ihres Humankapitals.

5.6 (Re-)Qualifikation

Sowohl die Institutionen als auch die befragten Personen geben mehrheitlich an, dass (Re-)Qualifikationsmassnahmen erwünscht sind bzw. auch bereits angewendet werden. Dabei legen die Arbeitgeber etwas mehr Gewicht auf Sprachkurse und Schulungsinhalte zu den Pflegemethoden und dem Pflegeverständnis der Schweiz als die Betroffenen. Die im Fragebogen angebotenen Elemente der im Ausland angewendeten Förderungsprogramme (Baumann et al., 2006; Keeley, 2009; Srur, 2010) zur beruflichen Integration in einem Gesundheitsberuf wurden in beiden Befragungen als sinnvoll empfunden. Somit zeigt sich, dass solche Programme in Anlehnung an Adeniran (2008) auch in der Schweiz auf die Sozialisierung im Berufsfeld, die Entwicklung von Sprach- und Kommunikationskompetenzen sowie die Entwicklung von klinischen Kompetenzen fokussieren sollten. Ähnlich wie in den Studien mit Hochschulabsolventinnen und -absolventen im deutschsprachigen Raum (Englmann & Müller, 2007; Hadeed, 2004; Nohl, 2010a) meldeten sowohl die Arbeitgeber als auch die Mitarbeitenden Informationsdefizite im Hinblick auf formale Anerkennungsverfahren. Angebote wie

Beratung, Begleitung und Information bei Anerkennungsverfahren werden auch in der Schweiz als ein Bedürfnis gesehen. Gelegentlich stehen Arbeitgeber vor einer schwierigen Situation, wenn es nicht möglich ist, eine formale Anerkennung der Bildungsabschlüsse durch Anpassungsqualifikationen oder andere Massnahmen zu erlangen.

Bei Personen mit einer Ausbildung in einem Gesundheitsberuf steht die Frage nach der formalen Anerkennung ihrer Bildungsabschlüsse am meisten im Vordergrund. Dass Informationen zu Anerkennungsverfahren die Zielgruppe nicht erreichen (Englmann & Müller, 2007; Hadeed, 2004), nicht verständlich sind oder nicht zur biographischen Orientierung passen, scheint auch in der Schweiz der Fall zu sein. Personen mit beruflichen Abschlüssen aus Nicht-OECD-Ländern müssen oft viele Auflagen erfüllen oder Nachqualifizierungslehrgänge besuchen. Der in diesem Zusammenhang von Sochan und Singh (2007) identifizierte Prozess von Hoffnung, Enttäuschung und schlussendlich Neuausrichtung durch formale Nachqualifikation könnte hier eine Rolle spielen, indem mehrere befragte Personen angaben, ein Upgrade in Richtung FaGe anzustreben.

Bei Personen mit einer beruflichen Qualifikation in einem anderen Berufszweig stellt sich ebenfalls die Frage nach der formalen Anerkennung ihrer Bildungsabschlüsse. Hier scheint die Ausgangslage noch schwieriger zu sein, besonders bei Personen mit einem universitären Abschluss (z.B. Rechtswissenschaft), wo die möglichen passenden Ansprechpartner vermutlich unklarer sind. Andererseits wechselten mehrere Personen aufgrund von biographischen Erfahrungen (Pflege der Eltern), Schwierigkeiten (Allergie) oder Nicht-Gefallen des früheren Berufs bewusst ins Gesundheitswesen. Somit findet eine neue Zielgruppe eher zufällig als geplant einen Zugang in die Pflege. Solchen Personen sollten, ihrem Potential entsprechend, Möglichkeiten geboten werden, sich weiter oder überhaupt in einem Gesundheitsberuf zu qualifizieren. Der Weg hin zur FaGe- oder Attestausbildung scheint hier, wie auch in der internen SRK-Analyse (Frauenberg & Lamontagne, 2010), favorisiert zu werden. Bei Personen mit einem tertiären oder Hochschulabschluss könnte die Eignung für eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf auf Tertiärstufe geklärt werden.

Für Personen ohne berufliche Qualifikation im Herkunftsland oder in der Schweiz bedeutet der Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurs einen Einstieg in den Arbeitsmarkt. Auch wenn diese Personen nicht von Brain Waste im engeren Sinne betroffen sind, bilden sie eine bis anhin noch nicht identifizierte Zielgruppe, die motiviert ist, in einem Gesundheitsberuf zu arbeiten und Interesse an einer beruflichen Qualifikation hat. Auch hier besteht somit eine bis anhin unentdeckte Zielgruppe, um neue Personen für die qualifizierte Arbeit im Gesundheitswesen zu gewinnen. Davon zeugt die allgemein hohe Arbeitszufriedenheit bei den befragten Mitarbeitenden. Essentiell scheint hier, dass der Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurs nicht in einer Sackgasse enden sollte, sondern dass daraus bei Eignung einzelnen Mitarbeitenden Möglichkeiten zur weiteren Qualifikation geboten werden. Zu Bedenken ist dabei, dass viele dieser Personen noch eine berufliche Laufbahn von circa 20 Jahren vor sich haben könnten. Hier wurde, wiederum analog zur SRK-internen Analyse (Frauenberg & Lamontagne, 2010), die Nachqualifikation hin zur FaGe- oder Attestausbildung in beiden Befragungen klar favorisiert.

An dieser Stelle kann das Fazit gezogen werden, dass (Re-)Qualifikationsmassnahmen sowohl von den Arbeitgebern als von den betroffenen Mitarbeitenden sehr erwünscht sind. Das Interesse und die Motivation zur Nachqualifikation oder Upgrade sind eindeutig vorhanden. Hier scheinen zielgruppen-gerechte und individuelle massgeschneiderte Angebote sowie fördernde Rahmenbedingungen wesentliche Aspekte zu sein. Bei aller Bereitschaft zur Qualifizierung sollten jedoch Barrieren zur Inanspruchnahme von entsprechenden Massnahmen wie finanzielle, formal-institutionelle oder biographisch bedingten Hürden (Frauenberg & Lamontagne, 2010; Nohl et al., 2010; von Hausen, 2010) nicht unterschätzt werden. Diese Barrieren scheinen innerhalb der hier untersuchten Population sehr relevant zu sein.

5.7 Einschränkungen der Studie

Die Ergebnisse dieser explorativen Studie müssen im Rahmen einiger Limitierungen betrachtet werden. Die Schwierigkeiten in der Rekrutierung der Langzeitinstitutionen und der Spitexorganisationen haben dazu geführt, dass die Aussagen im Spitexbereich kaum valide sind. Die ursprünglich angestrebte Stichprobengröße von 500 Langzeitinstitutionen sowie ein Drittel aller Spitexorganisationen konnte nicht erreicht werden. Die Gründe für die Ablehnung zur Studienbeteiligung waren vielfältig. Oft genannte Gründe für eine Ablehnung waren unter anderem die unpassende Befragungszeit (die Datenerhebung wurde aufgrund der Vorgaben des Auftraggebers während der Sommer- und Ferienzeit durchgeführt), betriebliche Reorganisationen, die grundsätzliche Ablehnung von Umfragen, der Umfang oder der Aufwand. Einzelne Institutionen reagierten mit Unverständnis und leichtem Ärger bei der telefonischen Anfrage („Was denken Sie, wir beschäftigen kein ausländisches Personal“). Dies zeigt, dass die Thematik eine gewisse Brisanz hat und dadurch auch gewisse Hemmnisse ausgelöst haben könnte. Auch die Tatsache, dass vereinzelt Fragen, die Rückschluss auf den Betrieb geben könnten, nicht ausgefüllt wurden (Betriebsgröße, Art der Institution), könnte damit zusammenhängen.

Bezogen auf die Schätzung des Brain Waste könnte sowohl eine Überschätzung als eine Unterschätzung der Thematik vorliegen. Die Responserate könnte durch einen Selektionsbias beeinflusst sein, in dem vor allem von Brain Waste betroffene Institutionen sich an der Studie beteiligt haben.

Aufgrund der Tatsache, dass von den Institutionen, die zugewandertes Pflegeassistentenpersonal mit Brain Waste beschäftigten, nur die Hälfte bereit war, eine Kontaktperson zu vermitteln, ist die Stichprobe unserer Studiengruppe entsprechend klein geraten. Diese kleine und wahrscheinlich relativ hoch selektierte Stichprobe reduziert die Aussagekraft der Ergebnisse.

Bei vorhandener Bereitschaft der Institution, eine Kontaktperson zur Verfügung zu stellen, hat sich diese Rekrutierungsform allerdings bewährt. Die Rücklaufquote über die Kontaktpersonen in den Institutionen in dieser schwer erreichbaren Population war relativ hoch im Vergleich mit dem Rücklauf über die Kontaktpersonen beim SRK. Zudem waren 90% der Kontaktpersonen einverstanden, bei Bedarf die Mitarbeitenden beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen. Inwiefern diese Möglichkeit genutzt wurde, ist dem Forschungsteam nicht bekannt.

Die Datenqualität in der Institutionsbefragung ist aufgrund der Schätzungen eingeschränkt. Bei der Befragung der Mitarbeitenden ist die Datenqualität im Allgemeinen recht gut, wenn in Betracht gezogen wird, dass diese von fremdsprachigen Personen ausgefüllt wurde. Allerdings gibt es bei einzelnen Fragen Hinweise, dass diese aus sprachlichen Gründen nicht eindeutig verstanden wurden oder zu komplex gestaltet waren – und dies obwohl ein Pretest mit Personen aus der Zielgruppe durchgeführt wurde.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Frage, ob Brain Waste in der Population der Migrantinnen und Migranten auf Stufe Pflegeassistenten vorhanden ist, muss ausgehend von den Ergebnissen dieser explorativen Studie bejaht werden. Durch die Identifikation von drei Qualifikations-Subgruppen (Ausbildung im Gesundheitswesen, Ausbildung in anderer Branche, ohne Ausbildung) zeigte sich die Thematik komplexer und vielfältiger als erwartet. Diese Studie kann als ein erster Beitrag zur Verbesserung der Datenlage zum zugewanderten Gesundheitspersonal auf Stufe Pflegeassistenten gesehen werden. Allerdings ist die Datenlage nach wie vor unbefriedigend, da die Ergebnisse auf Schätzungen beruhen. Auch ist der Zugang zum zugewanderten Pflegeassistentenpersonal nicht im notwendigen Umfang gelungen.

6.1 Die Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals

Was die Population des zugewanderten Gesundheitspersonals betrifft, wurde deutlich, dass diese Population hinsichtlich der beruflichen Vorqualifikation und der zum Teil sehr verschlungenen Migrationswege relativ heterogen zusammengesetzt ist. Die identifizierten Subgruppen und insbesondere der relativ grosse Anteil an branchenfremden Personen wurde bis anhin in der Schweizer Literatur noch nicht in diesem Ausmass beschrieben.

Dabei wurde deutlich, dass diese Gruppe sich bezüglich einiger soziodemografischer Merkmale wie Durchschnittsalter, Herkunft, Einwanderungsmotivation und berufliche Qualifikation im Herkunftsland klar unterscheidet von Populationen mit einem klaren Motiv der Arbeitsmigration, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte und qualifiziertes Pflegefachpersonal aus den EU-Ländern.

6.2 Brain Waste, Dequalifikation und (Re-)Qualifikation

Auch wenn diese Studie zum Teil auf geschätzten Zahlen und einer nicht repräsentativen Stichprobe beruht, kann festgestellt werden, dass Brain Waste in der Population des zugewanderten Gesundheitspersonals vorhanden ist. Bezogen auf die Gesamtpopulation des Gesundheitspersonals aller Kompetenzstufen mag die Anzahl der betroffenen Personen als eher gering erscheinen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass diese Studie auftragsbedingt keine Auskunft darüber geben kann, inwiefern Mitarbeitende der Sekundarstufe II von Brain Waste betroffen sind. Ebenfalls wurde nicht untersucht, ob Gesundheitsfachpersonal mit einer beruflichen Qualifikation im Herkunftsland in anderen Branchen eine Stelle gefunden hat. Dennoch ist der geschätzte Anteil von 15% Betroffener innerhalb der Gruppe des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals nicht ohne Bedeutung. Die Tatsache, dass jede sechste bis siebte Person dieser Population von Brain Waste betroffen zu sein scheint, kann als deutlicher Hinweis gesehen werden, dass das Humankapital von Zuwanderinnen und Zuwanderern, welche nicht mit einer berufsbezogenen Motivation zuwandern, zu wenig erkannt, anerkannt und somit zu wenig genutzt wird.

Zwar ist die Anzahl der Mitarbeitenden mit Brain Waste nicht so hoch, dass allein durch Qualifizierung der erwartete Personalengpass im Gesundheitswesen gelöst wäre. Die drei identifizierten Subgruppen haben spezifische Ressourcen, welche durchaus als ein kleiner Teil der Lösung des Problems des Fachkräftemangels gesehen werden können. Personen mit einem ausländischen Abschluss im Gesundheitswesen könnten durch gezielte Unterstützung, die Einführung von Brückenprogrammen oder die Vernetzung von bestehenden Angeboten über eine Nachqualifikation wieder befähigt werden, auf ihrem eigentlichen Qualifikationsniveau zu arbeiten. In den Subgruppen ohne Bildungsabschluss oder mit einer Qualifikation in einer anderen Branche befinden sich eindeutig Personen, die einen

Branchenwechsel bewusst gewählt haben oder weil dies eine einfache Zugangsmöglichkeit zum Arbeitsmarkt bedeutet. Ein Grossteil dieser Personen scheint dabei aber eine berufliche Orientierung gefunden zu haben, die Freude bereitet und zur beruflichen Weiterentwicklung motiviert.

6.3 (Re-)Qualifikationsmassnahmen

(Re-)Qualifikationsmassnahmen sollten daher der Heterogenität der Population Rechnung tragen und subgruppenspezifisch ausgestaltet werden. Die Notwendigkeit für massgeschneiderte Programme und individuelle begleitete Programme drängt sich auf.

Die derzeit in der Schweiz angebotenen Nachqualifizierungskurse fokussieren vor allem fachliche Aspekte (Pflegemethoden, Pflegeprozess, Pflegeverständnis) und werden unter anderem von CURAVIVA, H+ sowie einigen höheren Fachschulen Pflege sowohl in der Deutschschweiz als in der lateinischen Schweiz angeboten und sind vom SRK anerkannt. Beispiele von vernetzten Brückenprogrammen, welche die Workforce-Kompetenzen integrativ fördern, wurden in der Schweiz nicht eruiert.

Sprachkompetenzen sowie fachliche Kompetenzen scheinen für alle Subgruppen gleich wichtig zu sein, insbesondere um in einem Gesundheitsberuf sowohl auf Team- als auf Patientenebene funktionieren zu können. Schlussendlich geht es dabei auch um das Kommunikationsverständnis mit den Klientinnen und Klienten, die pflegerisch-therapeutische Behandlung und den interdisziplinären Austausch. Dabei muss auch auf schriftliche Kompetenzen einen hohen Wert gelegt werden, dies im Sinne der Qualität und Patientensicherheit (Buchan, 2008; Xu et al., 2008). Auch ist die sprachliche Kompetenz als eine wichtige Voraussetzung und ein Erfolgsfaktor für die berufliche (Re-)Qualifikation bzw. Weiterentwicklung zu sehen.

Spezifisch für die Gesundheitsberufe ist hier zu bedenken, dass im Rahmen des Grade- und Skillmix fast ausschliesslich in arbeitsteiligen Organisationsformen nach Delegationsprinzip gearbeitet wird. Diese Form der Arbeitsorganisation stellt hohe Anforderungen an die sprachliche Kompetenz der jeweiligen Teammitglieder, damit Arbeitsaufträge effizient ausgeführt werden können bzw. Delegationsaufträge formuliert oder richtig verstanden werden können. Daher wäre in der Subgruppe der Mitarbeitenden mit einer ausländischen Qualifikation in einem Gesundheitsberuf die Kombination eines vernetzten Förderungsangebots, bestehend aus fachlicher Förderung, Förderung der Sprachkompetenzen mit individuellem Coaching und Supervision wünschenswert.

6.4 Empfehlungen

Unsere Empfehlungen zum Umgang mit der Thematik Brain Waste bei zugewandertem Pflegeassistentpersonal beinhalten in erster Linie Vorschläge auf der Ebene der Migrations- und Gesundheitspolitik. Diese Empfehlungen beinhalten Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Datenlage, der besseren Nutzung des Humankapitals, der formalen professionellen Anerkennungsverfahren sowie subgruppenspezifische Requalifikationsmassnahmen. Bezogen auf die Migrationspolitik liegen diese alle in der Linie der angedachten Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes (Bundesamt für Migration, 2011).

6.4.1 Verbesserung der Datenlage

Mittels einer weiteren Verbesserung der Datenlage zur Population des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals könnte eine detailliertere Einsicht erlangt werden. Die Angaben im Spitexbereich fehlen mehrheitlich und die des Langzeitbereichs beruhen auf Schätzungen bzw. eine kleine und nicht repräsentative Stichprobe. Das Potential für Requalifikation oder Upgrade der Mitarbeitenden in den drei Subgruppen könnte weiter quantifiziert werden. Hier stellt sich zudem die Frage, inwiefern Pflegehelferinnen und Pflegehelfer allgemein, d.h. unabhängig von ihrer Herkunft, ein Potential zu einem Upgrade in einem der Gesundheitsberufe haben.

6.4.2 Gesellschafts- bzw. migrationspolitische Massnahmen

Der Gedanke der Integration als Querschnittsaufgabe (Bundesamt für Migration, 2011) könnte in Bezug auf die berufliche Integration von zugewanderten Mitarbeitenden mit beruflichen Qualifikationen aus Nicht-OECD-Staaten angewendet werden. Diese würde die Prüfung von Umsetzungsmöglichkeiten der im Ausland zum Einsatz kommenden „Brückenprogramme“ in der Schweiz bedeuten. Dies heisst nicht unbedingt, dass eine neue Infrastruktur aufgebaut werden müsste. Vielmehr stellt sich hier die Frage, wie bestehende Angebote für berufliche Nachqualifikationen, Sprachkurse, Kurse zur fachlichen Weiterentwicklung, sowie Kurse mit Integrationsinhalten sinnvoll miteinander vernetzt und koordiniert werden könnten, so dass ein massgeschneidertes modulares Angebot entstehen könnte. Dabei wäre vordergründig das Schnittstellenmanagement im Sinne von Koordination und Kooperation zwischen den einzelnen Anbietern zu klären. Hier wäre denkbar, dass wichtige Akteure im Bereich des Gesundheitspersonals und/oder der beruflichen Integration (beispielsweise Anerkennungsstelle, Beratungsstellen für berufliche Integration, Bildungsinstitutionen, Branchenverbände, Kursanbieter) diese Aufgabe übernehmen könnten. Auch könnte geprüft werden, ob solche Angebote ausschliesslich im Gesundheitsbereich oder auch in anderen Berufszweigen nützlich wären. Zielgruppe bei der Entwicklung solcher Angebote müssten sowohl die Arbeitgeber als auch die betroffenen Mitarbeitenden sein, wobei zu evaluieren wäre, ob und wie diese Nutzergruppen in der Entwicklung solcher Angebote einbezogen werden sollen. Gemäss dem Migrationsbericht (Bundesamt für Migration, 2011) sind im Rahmen der Weiterentwicklung der Integrationspolitik Bestrebungen im Gange, Neuzuziehende über ihre Rechte und Pflichten gezielter zu informieren und dabei auch auf Integrationsangebote hinzuweisen. Hier wäre wünschenswert, die berufliche Qualifikation unabhängig von der Einwanderungsmotivation zu klären und schon zu diesem Zeitpunkt hinsichtlich Anerkennung formaler beruflicher Abschlüsse zu informieren und zu beraten.

6.4.3 Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der formalen Anerkennungsverfahren

Das Verbesserungspotential besteht in erster Linie hinsichtlich der Informationen zu formalen Anerkennungsverfahren und deren Zugänglichkeit. Sowohl bei den Institutionen als auch bei den Mitarbeitenden besteht ein grosser Bedarf an Informationen. Eine Verbesserung der Informationspolitik zu Fragen der formalen Anerkennung von Bildungsabschlüssen wäre sowohl inhaltlich als auch bezogen auf das Erreichen der Zielgruppe hilfreich. Zudem stellt sich die Frage nach Lösungswegen bei abgelehnten Verfahren. Betroffene und Arbeitgeber landen hier in einer Sackgasse. Hier läge eine zweite Verbesserungsmassnahme, indem Beratung, Begleitung und Coaching im Bereich der formalen Anerkennung von beruflichen Qualifikationen bzw. der alternativen Nachqualifizierungsmöglichkeiten sowohl für betroffene Personen als auch für ihre Arbeitgeber verfügbar wären. Hier besteht ein eindeutiger Bedarf an massgeschneiderten Programmen, um eine Requalifikation zu fördern bzw. den Ausstieg aus dem Gesundheitswesen zu verhindern.

6.4.4 Subgruppenspezifische Requalifikationsmassnahmen

Aufgrund der Heterogenität in der untersuchten Population bieten sich unterschiedliche Massnahmen für die von Brain Waste betroffenen Personen bzw. für die Personen an, welche ohne berufliche Qualifikation in die Schweiz eingewandert sind. Dazu könnten folgende Initiativen gehören.

- Angesichts der Möglichkeit, die Beschäftigung als Pflegehilfe bzw. das Absolvieren eines Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurses SRK als Eintrittstor in die Gesundheitsbranche zu nutzen, könnte man darüber nachdenken, für weitere Migrantinnen- und Migrantengruppen mit entsprechender Motivation, aber auch für Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten diese Chance zu propagieren und damit dem Pflegenotstand im Langzeitbereich zu begegnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es für die Arbeit in diesem komplexen Umfeld nicht nur darum geht, Stellen zu besetzen, sondern auch darum, diese Personen entsprechend zu qualifizieren bzw. Karriere-möglichkeiten mit einem Anschluss an das Bildungssystem der Schweiz zu fördern.
- Wenn der Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurs für Personen ohne berufliche Qualifikation als Einstiegsberuf ins Gesundheitswesen fungieren soll, müsste eine gezielte Förderung, d.h. bei vorhandenem Potential hin zu einem beruflichen Abschluss wie beispielsweise PA (künftig EBA Gesundheit & Soziales) oder FaGe gefördert werden. Diese Überlegungen werden spezifisch für die Gruppe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer durch die Stossrichtung 1 aus dem Positionspapier „Pflegenotstand in der Schweiz – Kompetenzen, Potenziale und Aktivitäten des SRK“ unterstützt (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2011). Dabei wird ebenfalls auf weiterführende Anschlussmöglichkeiten an die Berufsbildung für Absolventinnen und Absolventen des Pflegehelferinnen- und Pflegehelferkurses verwiesen.
- Angesichts der relativ geringen Quote der Migrantinnen und Migranten mit einem beruflichen Abschluss in einem Gesundheitsberuf könnte zusätzlich zur Requalifikation über eine Grundqualifikation für Branchenfremde nachgedacht werden.
- Bei der Gestaltung der (Re-)Qualifikationsmassnahmen sollte über finanzielle oder organisatorische stützende Massnahmen nachgedacht werden. Da viele Betroffene familiäre Verpflichtungen haben bzw. ihre Existenz finanziell sichern müssen, wäre zu prüfen inwiefern Teilzeitausbildungen, Mentoringmodelle und/oder finanzielle Begleitmassnahmen benötigt werden.

Diese Massnahmen haben nicht das Potential, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen im Allgemeinen oder spezifisch in der Langzeitpflege vollständig zu lösen. Dennoch sollten sie als einen kleinen, aber wertvollen und relevanten Baustein gesehen werden, um sowohl individuell als auch institutionell zu gewinnbringenden Situationen für die Bewohnerinnen und Bewohner, Klientinnen und Klienten, die Mitarbeitenden und die Arbeitgeber zu gelangen.

7 Bibliographie

- Adeniran, R. K., Rich, V. L., Gonzalez, E., Peterson, C., Jost, S., & Gabriel, M. (2008). Transitioning Internationally Educated Nurses for Success: A Model Program. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(2).
- Allan, H., & Larsen, J. A. (2003). *“We need respect”: experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London: Royal College of Nursing.
- Baumann, A., Blythe, J., McIntosh, K., & Rheame, A. (2006). *Internationally Educated Nurses in Ontario: Maximizing the Brain Gain*. Hamilton: McMaster University, Nursing Health Services Research Unit.
- BBT. (2010). *Bericht EVD "Bildung Pflegeberufe"*: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT): Bern.
- Blythe, J., & Baumann, A. (2009). Internationally educated nurses: profiling workforce diversity. *International Nursing Review*, 56(2), 191-197.
- Blythe, J., Baumann, A., Rheame, A., & McIntosh, K. (2009). Nurse Migration to Canada: Pathways and Pitfalls of Workforce Integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 202-210.
- Buchan, J. (2008). *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Buchan, J., Jobanputra, R., Gough, P., & Hutt, R. (2006). Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*, 4(1), 14.
- Buchan, J., Kingma, M., & Lorenzo, M. F. (2005). *International migration of nurses: trends and policy implications*. Geneva: International Council of Nurses.
- Bundesamt für Migration. (2011). *Migrationsbericht 2010*. Bern: Bundesamt für Migration, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement.
- Carr, S. C., Inkson, K., & Thorn, K. (2005). From global careers to talent flow: Reinterpreting 'brain drain'. *Journal of World Business*, 40(4), 386-398.
- de Veer, A., den Ouden, D.-J., & Francke, A. (2004). Experiences of foreign European nurses in The Netherlands. *Health Policy*, 68(1), 55-61.
- Dolder, P., & Grünig, A. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene.*: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Bern.
- Englmann, B., & Müller, M. (2007). *Brain Waiste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland: Tür an Tür Integrationsprojekte* - GmbH.
- Europäisches Migrationsnetzwerk. (2010). *Glossar zu Asyl und Migration - ein Instrument zur besseren Vergleichbarkeit*. Europäisches Migrationsnetzwerk.
- Frauenberg, M., & Lamontagne, H. (2010). Befragung und Analyse, Kursteilnehmende der Pflegehelferinnenkurs SRK. Unpublished interne Analyse. SRK Kanton Bern Bildung
- Hadeed, A. (2004). *Sehr gut ausgebildet und doch arbeitslos: zur Lage höher qualifizierter Flüchtlinge in Niedersachsen: eine empirische Studie*. Oldenburg: BIS Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Henkelmann, Y. (2010). Mehrsprachigkeit zahlt sich aus! Multi-legitimes Sprechen akademisch qualifizierter MigrantInnen in Deutschland und Kanada. In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, o. Schmidtke & A. Weiss (Eds.), *Kulturelles Kapital in der Migration* (pp. 108-119). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heß, B. (2009). *Zuwanderung von Hochqualifizierten aus Drittstaaten nach Deutschland. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Jaccard Ruedin, H., & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Neuchâtel Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., & Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020.* Neuchâtel Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jaccard Ruedin, H., & Widmer, M. (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz (Obsan Bericht 39).* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jackson, C. J., & Furnham, A. (2001). *Designing and analysing questionnaires. A manual for health professionals and administrators.* (Reprint ed.). London: Whurr.
- Keeley, B. (2009). *OECD Insights: Internationale Migration, die menschliche Seite der Globalisierung* Paris: OECD.
- Kingma, M. (2007). Nurses on the Move: A Global Overview. *Health Services Research, 42*(3p2), 1281-1298.
- Kofmann, E., & Raghuram, P. (2009). *Arbeitsmigration qualifizierter Frauen* Hamburg: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut.
- Martin, P., & Reitz, J. (2006). *Report of the MD Toronto Seminar, May 12-14, 2005: Immigration and Integration Issues in Canada.* Toronto: Migration Dialogue.
- Mattoo, A., Neagu, I. C., & Özden, Ç. (2007). *Brain Waste? Educated Immigrants in the U.S. Labor Market. World Bank Policy Research Paper, no. 3581.* Washington: World Bank.
- Meinhardt, R. (2008). Die ignorierte Elite - zur prekären Lage hochqualifizierter Einwanderer und der Entwicklung von Studienangeboten zu ihrer beruflichen Integration. In D. Lange (Ed.), *Migration und Bürgerbewusstsein : Perspektiven politischer Bildung in Europa* (pp. 217-228). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Niehlsen, C. P. (2009). Immigrant over-education: evidence from Denmark. *Journal of Population Economics.*
- Nohl, A.-M. (2010a). *Kulturelles Kapital in der Migration : hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nohl, A.-M. (2010b). Von der Bildung zum kulturellen Kapital: Die Akkreditierung ausländischer Hochschulabschlüsse auf deutschen und kanadischen Arbeitsmärkten. In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, O. Schmidtke & A. Weiss (Eds.), *Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt.* (pp. 154-164). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nohl, A.-M., Selma, U., & Thomesen, S. (2010). Hochqualifizierte BildungsausländerInnen in Deutschland: Arbeitsmarkterfahrungen unter den Bedingungen formaler Gleichberechtigung. In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, o. Schmidtke & A. Weiss (Eds.), *Kulturelles Kapital in der Migration : hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt.* (pp. 67-82). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Notter, P., Arnold, C., von Erlach, E., & Hertig, P. (2006). *Lesen und Rechnen im Alltag. Grundkompetenzen von Erwachsenen in der Schweiz.* Neuchâtel Bundesamt für Statistik.
- OECD. (2006). *International Migration Outlook.* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD. (2007). *International Migration Outlook.* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD. (2008a). *International Migration Outlook: Organisation for Economic Cooperation and Development : Paris*
- OECD. (2008b). *The Looming Crisis In the Health Workforce, how can OECD countries respond?* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD. (2009). *International Migration Outlook* Organisation for Economic Cooperation and Development : Paris

- Özden, Ç., & Schiff, M. (2006). *International Migration, Remittances, and the Brain Drain*. Washington World Bank and Palgrave Macmillan.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005a). Beteiligung von Migranten im telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. *Gesundheitswesen*, 67(10), 719-725.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005b). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(3), 279-286.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2011). *Pflegenotstand in der Schweiz - Kompetenzen, Potenziale und Aktivitäten des SRK*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Singh, M. D., & Sochan, A. (2010). Voices of internationally educated nurses: policy recommendations for credentialing. *International Nursing Review*, 57(1), 56-63.
- Sochan, A., & Singh, M. D. (2007). Acculturation and socialization: Voices of internationally educated nurses in Ontario. *International Nursing Review*, 54, 130-136.
- Srur, N. (2010). Berufliche Integrationsförderung für immigrierte ÄrztInnen - Good Practice Ansätze und die Entwicklung neuer integrationsstrategien in Deutschland und Grossbritannien. In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, O. Schmidtke & A. Weiss (Eds.), *Kulturelles Kapital in der Migration* (pp. 166-179). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steinhardt, M. F., Straubhaar, T., & Wedemeier, J. (2010). *Studie zur Einbürgerung und Integration in der Schweiz: Eine arbeitsmarktbezogene Analyse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Hamburg Studie des HWWI im Auftrag von der Schweizerischen Eidgenossenschaft vertreten durch das Bundesamt für Migration (BFM).
- Stillwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vuljicic, M., Adams, O., & Dal Poz, M. (2004). Migration of health care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 595-600.
- Tregunno, D., Peters, S., Campbell, H., & Gordon, S. (2009). International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nursing Inquiry*, 16(3), 182-190.
- von Hausen, N. (2010). Zum Verlauf der Statuspassage hochqualifizierter BildungsausländerInnen mit nachrangigem Arbeitsmarktzugang in den deutschen Arbeitsmarkt In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, O. Schmidtke & A. Weiß (Eds.), *Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt* (pp. 138-150). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2005). *Measurement in Nursing and Health Research* (3 ed.). New York: Springer.
- Xu, Y., Gutierrez, A., & Kim, S. H. (2008). Adaptation and transformation through (un)learning: lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E33-47.
- Zeeb, H., & Razum, O. (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 845-852.

8 Anhang

8.1 Anhang 1: Suchstrategie Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fokussierte die Darstellung und Synthese des aktuellen Wissens bezüglich Brain Waste und Arbeitsmigration in den Gesundheitsberufen. Dabei sollte die Situation bzw. der Wissensstand allgemein sowie in der Schweiz beschrieben werden. Zudem wurden Instrumente und Befragungskonzepte für die Befragung der Institutionen und des zugewanderten Pflegeassistentpersonals recherchiert.

Mit den Suchbegriffen *"migration"*, *"brain gain"*, *"brain waste"*, *"skill waste"*, *"talent waste"*, *"brain drain"*, *"nursing"*, *"skills"*, *"nursing aide"*, *"nursing assistant"*, *"health care aide"*, *"nursing aide"*, *"care assistant"*, *"overeducation"*, *"workforce"*, *"assimilation"*, *"human capital"*, *"dequalification"*, *"overqualification"*, *"IENS (international educated nurses)"* und *"auxiliary nurses"* bzw. deren Kombination wurden wissenschaftliche Datenbanken (Pubmed, CINAHL, Web of science) sowie themenrelevante wissenschaftliche Publikationen in den Websites von entsprechenden schweizerischen und internationalen Organisationen recherchiert.

Dazu gehören beispielsweise Oda Santé (Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit), BAG (Bundesamt für Gesundheit), BFM (Bundesamt für Migration), BBT (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie), BFS (Bundesamt für Statistik), EMN (European Migration Network), HWWI (Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut), ICN (International Council of Nurses), ICNM (International Centre on Nurse Migration), ILO (International Labour Organization), IMIS (Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien), IMSED (International Migration, Settlement, and Employment Dynamics Research, New Zealand), IOM (International Organization of Migration), OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), WHO (World Health Organization), SBK (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner), SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz) sowie die World Bank Group (Weltbank).

8.2 Anhang 2: Anzahl gültige Antworten Teilstudie 1

	N gültige Antworten	Nicht zutreffend	missing	Total
Q1	339	nicht relevant	8	347
Q2	336	nicht relevant	11	347
Q3	321	nicht relevant	26	347
Q4	315	nicht relevant	32	347
Q5	310	nicht relevant	37	347
Q6a	168	129*	50	347
Q6b	171	129*	47	347
Q6c	170	129*	48	347
Q6d	169	129*	49	347
Q6e	170	129*	48	347
Q7	165	129*	53	347
Q8	164	129*	54	347
Q9	165	129*	53	347
Q10	164	129*	54	347
Q11a	167	129*	51	347
Q11b	132	173*°	42	347
Q11c	167	129*	51	347
Q11d	132	173*°	42	347
Q11e	167	129*	51	347
Q12	165	129*	53	347
Q13	170	129*	53	352
Q14	156	129*	62	347
Q15	147	129*	71	347
Q16	147	129*	71	347
Q17	154	129*	64	347
Q18	159	129*	59	347

a, b, c etc. entspricht den Ausprägungen der Antwortkategorien im Fragebogen

* Keine Mitarbeitenden der Zielpopulation

° Kategorie Dialekt nicht relevant

8.3 Anhang 3: Anzahl gültige Antworten Teilstudie 2

	N gültige Antworten	missing	Total
Q1	95	0	95
Q2	95	0	95
Q3	95	0	95
Q4	94	1	95
Q5	92	3	95
Q6	93	2	95
Q7	91	.4	95
Q8	95	0	95
Q9	95	0	95
Q10	94	1	95
Q11	94	1	95
Q12	94	1	95
Q13	78	15*/2	95
Q14	76	15*/4	95
Q15	93	2	95
Q16	95	0	95
Q17	94	1	95
Q18	94	1	95
Q19	94	1	95
Q20	79	15*/1	95
Q21	77	15*/3	95
Q22	93	2	95
Q23	95	0	95
Q24	91	4	95
Q25	86	9	95
Q26	84	11	95
Q27	93	2	95
Q28	87	8	95
Q29	88	7	95
Q30	92	3	95
Q31	86	9	95
Q32	78	17	95
Q33	94	1	95
Q34	94	1	95

* nicht relevant lateinische Schweiz

8.4 Anhang 4: Fragebogen zur Befragung der Institutionen

Einleitung

Forschungsprojekt "Ausländisches Pflegeassistentenpersonal und 'Brain-Waste' im Langzeit- und Spitexbereich"

Sehr geehrte Damen und Herren

Herzlichen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme am Forschungsprojekt "Ausländisches Pflegeassistentenpersonal und Brain-Waste im Langzeit- und Spitexbereich" bereit erklärt haben.

Sie können an dieser Befragung online teilnehmen oder den Fragebogen (siehe Mailbeilage) ausdrucken und handschriftlich ausfüllen und uns an folgende Adresse zurücksenden:

Christa Vangelooven
Berner Fachhochschule
af&E Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Der Fragebogen setzt sich aus folgenden 4 Elementen zusammen:

- **Teil 1:** Informationen zur Studie
- **Teil 2:** Praktische Informationen zum Ausfüllen der Befragung
- **Teil 3:** Befragungsbogen für die Langzeitinstitutionen und Spitexorganisationen zu 7 Themen.
- **Teil 4:** Anmeldeformular für die interne Kontaktperson in der 2. Etappe der Studie (Befragung ausländischer Mitarbeitender auf Stufe Pflegeassistent).

Auch wenn innerhalb Ihrer Institution **keine ausländischen Mitarbeitenden** in der Pflege und Betreuung arbeiten, **bitten wir Sie**, die ersten 4 Fragen auszufüllen. **Sie werden danach automatisch zum Ende des Fragebogens weitergeleitet.**

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym verarbeitet. Bei der Verarbeitung und Publikation der Ergebnisse sind keine Rückschlüsse auf Personen oder Organisationen möglich. Auch werden alle persönlichen Daten nach dem Abschluss der Studie vernichtet.

Wenn sie den vollständigen Fragebogen ausfüllen, benötigen Sie je nach Betriebsgrösse ca. 20 - 40 Minuten.

Informationen und Kontakte:

Falls Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Bitte wenden Sie sich an:

- Christa Vangelooven, Projektleiterin, 031 848 45 33 christa.vangelooven@bfh.ch
- Dirk Richter, Dozent, 031 848 37 68, dirk.richter@bfh.ch

Teil 1: Informationen zur Studie

Kennen Sie diese Situation?

Fr. X ist vor einigen Jahren aus einem osteuropäischen Land in die Schweiz gezogen. Ihr hochqualifizierter Ehemann hatte ein Stelle in der Schweiz angenommen. Fr. X hatte vor der Einreise erfolgreich eine Ausbildung als Pflegefachfrau absolviert. Nach einiger Zeit möchte sie wieder in ihrem Beruf arbeiten. Dabei stellt sie fest, dass ihr ausländischer Abschluss nicht ohne Weiteres anerkannt wird. Nach vielen Abklärungen und um ihre Sprachkompetenz weiter zu entwickeln, nimmt sie vorerst eine Stelle auf Stufe Pflegeassistent in einem Pflegeheim an.

In dieser Situation kann man von "Brain-Waste" sprechen. Dies bedeutet, dass in die Schweiz eingewanderte Personen im Herkunftsland erworbene Qualifikationen, insb. in einem Gesundheitsberuf, aufgrund von Faktoren wie Sprache, Anerkennungsverfahren etc. nicht anwenden können. Dies kann eine „Dequalifikation“ zur Folge haben, d.h., dass diese Personen möglicherweise auf einer tieferen Kompetenzebene arbeiten als es ihre ursprüngliche Qualifikation erlauben würde.

Was ist das Ziel der Studie?

Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums wird die Bedeutung von „Brain-Waste“ beim ausländischen Pflegeassistentenpersonal im Langzeit- und Spitexbereich untersucht. Auch werden Lösungsansätze eruiert, um die berufliche Kompetenzen der ausländischen Mitarbeitenden optimal zu nutzen und ihre berufliche Integration ins Gesundheitswesen weiter zu entwickeln.

Wer nimmt an der Umfrage teil?

Sie erhalten den Fragebogen, weil Ihre Institution/Organisation auf Zufallsbasis aus dem Adressenverzeichnis des Dachverbands Curaviva, der Heimliste des Kantons Tessins bzw. der kantonalen Adressliste der Spitexverbände ausgewählt wurde.

In der zweiten Studienstappe wird ausländisches Pflegeassistentenpersonal, welches bereit ist, an der Studie teil zu nehmen, gemäss seiner Präferenz schriftlich oder telefonisch befragt.

Was bringt Ihnen die Studienteilnahme?

Mit Ihrer Studienteilnahme bzw. Ihrer Mithilfe bei der Kontaktherstellung zu den ausländischen Mitarbeitenden können Sie an der Verbesserung der Datenlage in der Schweiz mitwirken. Zudem leisten Sie einen aktiven Beitrag bei der Lösungssuche beim Personalengpass im Gesundheitswesen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teil 2: Praktische Informationen zur Befragung

Wegleitung

Bitte beantworten Sie den Fragebogen, der folgende **Hauptthemen** umfasst:

- Allgemeine Angaben zu ihrem Betrieb
- Allgemeine Angaben zum Personalbestand insgesamt
- Angaben zu Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund allgemein
- Spezifische Angaben zu ausländischen Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentz
- Sprachkenntnisse der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentz
- Berufliche Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentz
- Berufliche Integration und (Re)Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden

Innerhalb des Fragebogens stehen unterschiedliche Antwortschlüssel zur Verfügung.

Bei Fragen nach Zahlenangaben (z.B. Anzahl Stellen, Personen, Prozentualer Anteil) sind **ungefähre Angaben** gefragt. Sie können die betreffende Anzahl direkt im Antwortfeld eingeben.

Eine detaillierte Konsultation ihrer Personalakten ist nicht notwendig!

Bitte beachten Sie, dass die Zahlenfelder aus Gründen der Eindeutigkeit in der Analyse als Pflichtfelder (markiert mit *) definiert sind. Wir bitten Sie, jeweils die Zahl 0 einzutragen, wenn eine Antwort nicht zutrifft, **damit Sie vom System zur nächsten Frage weitergeleitet werden.**

Bitte beachten Sie, dass es sich in dieser Studie grundsätzlich - ausser wenn anders angegeben - spezifisch **um ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentz in der Pflege und Betreuung** handelt.

Es erleichtert Ihnen die Arbeit, wenn Sie sich vor dem Ausfüllen der Befragung "gedanklich" kurz eine Übersicht machen über Stellen und Personen im Bereich Pflege und Betreuung in ihrem Betrieb.

Sie können **das Ausfüllen des Fragebogens unterbrechen** und zu einem späteren Zeitpunkt beenden. Dabei muss vom gleichen Arbeitsplatz (=PC) aus gearbeitet werden, damit auf bereits eingetragene Informationen zurückgegriffen werden kann.

Letzter Einsendetermin des Onlinefragebogens ist der 20. September 2010.

Bitte nehmen Sie mit der Projektleitung Kontakt auf, wenn dies terminlich nicht möglich sein sollte.

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich.

Allgemeine Angaben zu Ihrer Institution bzw. Organisation

1. Im welchem Einzugsgebiet befindet sich ihre Institution bzw. Organisation?

- Spitexorganisation in der Grossestadt: >100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Städtische Spitexorganisation : 10'000-100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Spitexorganisation in einer Kleinstadt/Gemeinde: <10'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Spitexorganisation in einem städtischen Verbund: 10'000-100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Spitexorganisation in einem regionalen Verbund: 10'000-100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Langzeitinstitution in der Grossestadt: >100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Städtische Langzeitinstitution: 10'000-100'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Langzeitinstitution in einer Kleinstadt/Gemeinde: <10'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Andere

Bemerkungen zu "Andere":

2. Falls Sie in einer Langzeitinstitution tätig sind: Wie gross ist ihre Langzeitinstitution?

Bemerkung: Falls Sie einer Dachorganisation von mehreren Langzeiteinrichtungen angehören, bitte die Bettenzahl des eigenen Standorts angeben.

- nicht zutreffend (Weiterleitung zur nächsten Frage)
- 50 Betten
- 51-80 Betten
- 81-120 Betten
- > 120 Betten

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich.

Personalbestand der Pflege und Betreuung insgesamt

Wie viele Personen arbeiten insgesamt im Bereich Pflege und Betreuung in ihrer Organisation bzw. Institution?
(ungefähre Angaben, eine detaillierte Konsultation Ihrer Personalakten ist nicht notwendig.)

* 3. Der Personalbestand im Bereich Pflege und Betreuung setzt sich wie folgt zusammen:

Anzahl Stellen

Anzahl Personen

Anzahl Frauen

Anzahl Personen auf Stufe Dipl.

Pflegefachfrau (HF, DN II, AKP, Bachelor,

etc.)

Anzahl Personen auf Stufe Fachpersonal

Pflege (DN I, FASRK, FaGe, FaBe,

Belegbetreuerin, Hauspflege etc.)

Anzahl Personen auf Stufe Pflegeassistentz

(Abschluss Pflegeassistentz, Pflegehelferin

SRK, Attestausbildung)

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitex-bereich

Angaben zu ALLEN Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund allgemein

* 4. Wie hoch ist schätzungsweise der prozentuale Anteil der Mitarbeitenden mit ausländischer Herkunft im Bereich Pflege und Betreuung auf allen Kompetenzstufen (dipl. Pflege, Pflegefach- und Assistenzpersonal) in Ihrem Betrieb ?

Dazu gehören:

- direkt in die Schweiz eingewanderte Personen,
- Migrant/innen der 2. und nachfolgenden Generation,
- Grenzgänger/innen,
- mittlerweile eingebürgerte Personen mit ursprünglich ausländischer Herkunft.

Bitte geschätzter Anteil des

Gesamtpersonalbestands in %

angeben

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Falls in Ihrem Betrieb keine ausländischen Mitarbeitenden auf der Stufe Pflegeassistent arbeiten, in der Papierversion nur bis und mit Frage 5 beantworten. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

- * 5. Damit wir Sie zum entscheidenden Fragebogens weiterleiten können, bitte wir Sie unten die Aussage anzuklicken, welche auf Ihren Betrieb am ehesten zutrifft:
 - Sie beschäftigen ausländisches Pflegeassistentenpersonal bzw. Grenzgänger/innen, die nach ihrer Berufsbildung im Ausland bzw. nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz gezogen sind, (ggf. nebst ausländische Mitarbeitende der 2. oder nachfolgenden Generationen). *Beim Anklicken dieser Antwort werden Sie zur nächsten Frage weitergeleitet.*
 - In Ihrem Betrieb ist kein ausländisches Pflegeassistentenpersonal in der Pflege und Betreuung angestellt. *Beim Anklicken dieser Antwort werden Sie zum Ende des Fragebogens weitergeleitet.*
 - Das in Ihrem Betrieb in der Pflege und Betreuung tätige ausländische Pflegeassistentenpersonal umfasst ausschliesslich Migrantinnen und Migranten der 2. und nachfolgenden Generationen oder Personen die vor ihrem 18. Lebensjahr in der Schweiz eingewandert sind. *Beim Anklicken dieser Antwort werden Sie zum Ende des Fragebogens weitergeleitet.*

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Angaben zu ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.
Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

- * 6. Die zur Studiengruppe gehörenden Mitarbeitenden können schätzungsweise wie folgt beschrieben werden:
(ungefähre Angaben, eine detaillierte Konsultation ihrer Personalakten ist nicht notwendig.)

Der aktuelle Aufenthaltsstatus (Grenzgänger/innen, [un]befristete Aufenthaltsbewilligung, eingebürgert) spielt keine Rolle.

- Anzahl Stellen:
- Anzahl Personen:
- Anzahl Frauen:
- Anzahl Personen, die als Pflegeassistent/in arbeiten:
- Anzahl Personen, die als Pflegehelfer/innen SRK arbeiten:

- * 7. Die zur Studiengruppe gehörenden ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent können in etwa den folgenden Altersgruppen zugeteilt werden:

(ungefähre Angaben, eine detaillierte Konsultation ihrer Personalakten ist nicht notwendig.)

- Anzahl Personen 18-20 Jahre:
- Anzahl Personen 21-25 Jahre:
- Anzahl Personen 26-30 Jahre:
- Anzahl Personen 31-40 Jahre:
- Anzahl Personen 41-50 Jahre:
- Anzahl Personen > 50 Jahre:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitzbereich

Angaben zu ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

* 8. Schlüsseln Sie die zur Studiengruppe gehörenden Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz nach ihrer Herkunft auf.

Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der Personen an:

Anzahl Personen aus Westeuropa: Belgien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Irland, Liechtenstein, Monaco, Luxemburg, Niederlande, Österreich.

Anzahl Personen aus Osteuropa: Weissrussland, Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Moldavien, Polen, Rumänien, Russland, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ukraine, Ungarn.

Anzahl Personen aus europäischen Balkanländern: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Montenegro, Kosovo.

Anzahl Personen aus Südeuropa: Griechenland, Italien, Malta, Portugal, Spanien, Zypern, Andorra.

Anzahl Personen aus Nordeuropa: Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden.

Anzahl Personen aus dem nahen Osten: Ägypten, Bahrain, Irak, Iran, Israel, Jemen, Jordanien, Libanon, Palästina, Syrien, andere arabishe Staaten, Türkei.

Anzahl Personen aus Afrika

Anzahl Personen aus Nordamerika: USA und Kanada.

Anzahl Personen aus Mittel- und Südamerika:

Anzahl Personen aus Asien:

Anzahl Personen aus anderen Länder:

9. Falls es Personen gibt, die aus anderen Ländern kommen, bitte diese nachfolgend angeben:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitzbereich

Angaben zu ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

* 10. Der Aufenthaltsstatus der Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz, die zur Studiengruppe gehören, kann in etwa wie folgt aufgeschlüsselt werden:

(ungefähre Angaben, eine detaillierte Konsultation ihrer Personalakten ist nicht notwendig.)

Anzahl Personen mit befristetem Aufenthaltsstatus (Ausweis B, L, F, N, S):

Anzahl Personen mit unbefristetem Aufenthaltsstatus (C, Ci):

Anzahl Personen sind mittlerweile eingebürgert:

Die entsprechende Informationen sind nicht verfügbar

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Sprachkenntnisse der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

- * 11. Wie schätzen Sie im Durchschnitt die Sprachkenntnisse der zur Studiengruppe gehörenden ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent ein?

Bitte bei jedem Unterthema die Ihrer Meinung nach zutreffende Aussage ankreuzen:

	sehr gut	gut	mässig	eher schlecht	schlecht
mündlich (verstehen) der Hochsprache (bezogen auf die Landesregion, d.h. Hochdeutsch, Fr., It.):	<input type="radio"/>				
mündlich (verstehen) des Dialekts , nur in der Deutschschweiz):	<input type="radio"/>				
mündlich (sprechen) der Hochsprache (bezogen auf die Landesregion, d.h. Hochdeutsch, Fr., It.):	<input type="radio"/>				
mündlich (sprechen) des Dialekts (nur in der Deutschschweiz):	<input type="radio"/>				
schriftlich:	<input type="radio"/>				

Bemerkungen (optional):

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Schulische und berufliche Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

12. Verfügen Sie über Informationen zur im Ausland erworbenen schulischen und beruflichen Qualifikation der zur Studiengruppe gehörenden Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent? Um welche Ausbildungen handelt es sich dabei? (Mehrfachnennung möglich):

- keine Informationen zur Ausbildung verfügbar
- obligatorische Schulbildung im Herkunftsland
- Berufslehre, Berufsschule, Berufsmaturität
- Maturitätsschule, Lehrerseminar, andere allgemeinbildende Schule
- höhere Berufsausbildung (Meisterdiplom, höhere Fachschule, HTL, HWV)
- Universität, Hochschule
- keine Ausbildung
- Sonstiges (bitte angeben)

Kommentarfeld für eventuelle Zusatzinformationen

13. Gibt es in dieser Gruppe Mitarbeitende, die eine im Ausland erworbene berufliche Qualifikation in der Schweiz nicht anwenden können?

- Nein
- weiss nicht
- Ja

- * 14. Bitte geben Sie an, wie viele Personen auf Stufe Pflegeassistent im Betrieb insgesamt von der in Frage 13 beschriebene Situation betroffen sind.

(ungefähre Angaben, eine detaillierte Konsultation Ihrer Personalakten ist nicht notwendig.)

Anzahl Personen:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Schulische und berufliche Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent, die nach ihrem 18. Lebensjahr in die Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.
Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

15. Die im Ausland erfolgten beruflichen Qualifikationen, die in der Schweiz nicht angewendet werden können, umfassen folgende Kategorien (bitte alle zutreffende Kategorien ankreuzen):

- Abgeschlossene Berufsausbildung(en)/Diplom(e) in einem Gesundheitsberuf
- Abgeschlossene Berufsausbildung(en)/Diplom (e) in einem anderen Berufszweig
- Frage ist für meine Institution nicht relevant

Kommentarfeld für eventuelle Zusatzinformationen

16. Bitte geben Sie an, welche der nachfolgenden Qualifikationsstufen in den unter Frage 15 angegebenen Kategorien enthalten sind. (Mehrfachnennung möglich)

- Ausländischer Abschluss, der am ehesten der Stufe des diplomierten Pflegefachpersonals in der Schweiz entspricht.
- Ausländischer Abschluss, der am ehesten der Stufe des Pflegefachpersonals (DN I, FASRK, FaGe, etc.) in der Schweiz entspricht.
- Ausländischer Abschluss, der am ehesten der Stufe Pflegeassistent in der Schweiz entspricht.
- Ausländischer Abschluss in einem paramedizinischen Beruf (Röntgen, Labor, etc.).
- In einem medizinischen Beruf (Arzt, Psychologe etc.)
- Abgeschlossene Berufsausbildung(en)/Diplom (e) in einem anderen Berufszweig.
- Anderes

Bitte beschreiben Sie die nicht aufgeführten Ausbildungen im Kommentarfenster:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistent & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitexbereich

Berufliche Integration und (Re-)Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistent.
Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

17. Welche Massnahmen zur Förderung beruflichen Integration und Qualifikation von eingewanderten Fachkräften (interne und externe Angebote) haben Sie Ihren Mitarbeitenden schon zur Verfügung gestellt?

(bitte Zutreffendes Ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

- Orientierungskurse über das Leben in der Schweiz allgemein
- Angebote, welche sich auf die Pflegepraxis in der Schweiz ausrichten (Pflegetechniken, Pflegeprozess etc.)
- allgemeine Sprachkurse
- Kurse zur Weiterentwicklung der Fachsprache (medizinische und pflegerische Terminologie)
- Unterstützung beim Anerkennungsverfahren von ausländischen Berufsabschlüssen in der Schweiz, z.B. beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) durch eine interne oder externe Begleitperson
- innerbetriebliche Förderung/Unterstützung bei der Ausbildung als Pflegeassistentin
- innerbetriebliche Förderung/Unterstützung bei der Ausbildung als Pflegehelferin SRK
- Anderes

Bitte beschreiben Sie hier Ihre konkreten Erfahrungen zum Thema berufliche Integration und Requalifikation im Kommentarfenster:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

Teil 3: Fragebogen für den Langzeit- und Spitzbereich

Berufliche Integration und (Re-)Qualifikation der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

18. Welche der folgenden Massnahmen zur beruflichen Integration von ausländischen Fachkräfte wären aus der Sicht Ihres Betriebs empfehlenswert?
(Bitte zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennung möglich):

- Weiterbildungsprogramme zur Weiterentwicklung der Fachsprache
- Weiterbildungsprogramme mit Schulungsinhalten zu den Pflegemethoden und dem Pflegeverständnis in der Schweiz.
- innerbetriebliche Praktikumsphasen mit individuellem Coaching und Supervision
- allgemeine Sprachkurse
- externes Angebot Begleitung bei Anerkennungsverfahren
- standardisierte modulare "Brückenprogramme", die mehrere Elemente (z.B. Sprache, Fachsprache, Pflegeverständnis, Praktikumsphase) enthalten.
- keine solchen Angebote
- Anderes

Bitte beschreiben Sie ggf. weitere Anregungen und Gedanken zum Thema berufliche Integration und Requalifikation von ausländischen Fachkräfte:

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

Teil 4: Anmeldeformular für die interne Kontaktperson in der 2. Etappe der ...

Schriftliche oder telefonische Befragung der ausländischen Mitarbeitenden auf Stufe Pflegeassistentenz, die nach ihrem 18. Lebensjahr in der Schweiz eingewandert sind oder nach dem 18. Lebensjahr ihre Arbeit in der Schweiz aufgenommen haben.

Mitarbeitende im Bereich Hausdienst, Küche, Unterhalt, Reinigung etc. sind von der Studie ausgeschlossen.

Sofern sich genügend Institutionen an der Onlinebefragung beteiligen, werden in einer zweiten Etappe des Forschungsprojektes betroffene ausländische Mitarbeitende oder Grenzgänger/innen auf Stufe Pflegeassistentenz (Pflegeassistent/in [inkl. Attestausbildungen], Pflegehelfer/in SRK, etc.) gemäss Ihrem Wunsch schriftlich oder telefonisch befragt.

Wenn Sie bereit sind, das Forschungsteam bei der Kontaktaufnahme mit den betroffenen Mitarbeitenden in Ihrer Institution zu unterstützen, bitten wir Sie, uns nachfolgend eine Kontaktperson in Ihrem Betrieb zu nennen. Wir werden diese Person kontaktieren und einladen, die zur Zielgruppe gehörenden betroffenen Mitarbeitenden über die Befragung zu informieren und uns Ihre Kontaktdaten zu übermitteln. Als Hilfsmittel stellen wir Informationsbroschüren in PDF-Format oder in Papierform sowie eine Anmeldehilfe für die Teilnehmer zur Verfügung.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym verarbeitet. Bei der Verarbeitung und Publikation der Ergebnisse sind keine Rückschlüsse auf Personen oder Organisationen möglich. Alle persönlichen Daten werden nach dem Abschluss der Studie vernichtet. Optional kann sich die Kontaktperson zur Verfügung stellen, um die Mitarbeitenden beim Ausfüllen des schriftlichen Fragebogens zu unterstützen.

Wenn Sie bereit sind, an der zweiten Etappe der Studie mitzuwirken, bitten wir Sie, nachfolgend die entsprechende Angaben zur Kontaktperson einzutragen.

19. Bitte hier Ihre Angaben zur Kontaktperson eintragen (nicht die Angaben der betroffenen Mitarbeitenden).

Institution/Organisation

Name der

Kontaktperson

Funktion

Telefon

E-mail

Erreichbarkeit

Bemerkungen

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

20. Die betriebsinterne Kontaktperson ist bereit, den Mitarbeitenden bei Bedarf beim Ausfüllen des schriftlichen Fragebogens zu unterstützen.

Ja

Nein

Ausländische Mitarbeitende auf Stufe Pflegeassistentenz & Brain Waste

Herzlichen Dank

Vielen Dank, dass Sie sich zum Ausfüllen der Befragung Zeit genommen haben.

Sollte sich die Hypothese des "Brain-Waste" bestätigen, können Sie durch ihre Mitarbeit bzw. die Vermittlung von Kontakten zu potentiellen Studienteilnehmenden einen Beitrag für die Entwicklung von massgeschneiderten Massnahmen leisten.

Falls Sie eine Kontaktperson für die Mitarbeitendenbefragung angeben haben, werden wir diese im Verlauf der nächsten Wochen kontaktieren.

Nach der Auswertung der Studienergebnisse erhalten Sie ein Factsheet mit einem Überblick über dem wichtigsten Ergebnisse.

Der vollständige Studienbericht wird ab ca. März-April 2011 auf der Website des Obsan publiziert.

Falls Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Bitte wenden Sie sich an:

- Christa Vangelooven, Projektleiterin, 031 848 45 33 christa.vangelooven@bfh.ch
- Dirk Richter, Dozent, 031 848 37 68, dirk.richter@bfh.ch



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.