



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

Sperrfrist: 11. November 2010

Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung

**Kathrin Huber
Ewa Mariéthoz**

**Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
11. November 2010**

Die Studie wurde im Auftrag der interdepartementalen Konferenz Gesundheitsaussenpolitik (IK GAP) durchgeführt und publiziert von:



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

Kathrin Huber, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Ewa Mariéthoz, Projektleiterin
Schweizerische Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Haus der Kantone
Speichergasse 6, Postfach 684, CH-3000 Bern 7
Tel. +41 31 356 20 20, Fax +41 31 356 20 30
kathrin.huber@gdk-cds.ch
ewa.mariethoz@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Mitfinanziert wurde die Studie durch folgende Institutionen (Kontaktadressen):



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Delphine Sordat Fornerod
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Internationales
Seilerstrasse 8, CH-3011 Bern
Tel. +41 31 323 24 32, Fax +41 31 322 11 31
delphine.sordat@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA
Politische Direktion PD
Politische Abteilung IV – Menschliche Sicherheit:
Frieden, Menschenrechte, Humanitäre Politik, Migration

Odile Rittener
Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA
Politische Abteilung IV
Humanitäre Politik und Migration
Bundesgasse 32, CH-3003 Bern
Tel. +41 31 325 54 63, Fax +41 31 324 90 66
odile.rittener@eda.admin.ch
www.eda.admin.ch

Wir danken allen Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern aus den Kantonen Basel-Stadt und Waadt, allen Ärztinnen, Ärzten und diplomierten Pflegefachfrauen und -männern sowie allen Expertinnen und Experten, die uns für diese Studie zur Verfügung gestanden sind, für ihre Auskunftsbereitschaft.

Kathrin Huber, Ewa Mariéthoz

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
VORWORT	5
ZUSAMMENFASSUNG	6
RÉSUMÉ	7
1 EINLEITUNG	7
1.1 AUSGANGSLAGE.....	8
1.2 ZIELE.....	10
1.3 VORGEHEN UND METHODIK.....	11
1.3.1 Studienaufbau und Methode der Datenerhebung.....	11
1.3.2 Durchführung der Befragungen.....	12
1.3.3 Interviewauswertung.....	12
1.4 GRENZEN.....	13
2 ENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS IN DER SCHWEIZ	14
2.1 WAHRNEHMUNG DES ARBEITSMARKTES UND DES PERSONALMANGELS.....	14
2.2 ABHÄNGIGKEIT VON AUSLÄNDISCHEM GESUNDHEITSPERSONAL.....	15
2.3 KONSEQUENZEN FÜR DIE PERSONALPOLITIK DER BETRIEBE.....	16
2.4 EMPFÄNGERLAND SCHWEIZ.....	16
2.5 WAHRNEHMUNG DER GLOBALEN MIGRATION VON GESUNDHEITSPERSONAL.....	17
3 REKRUTIERUNG VON AUSLÄNDISCHEM GESUNDHEITSPERSONAL	19
3.1 STRATEGIEN DER REKRUTIERUNG IM IN- UND AUSLAND.....	19
3.1.1 Aktives Rekrutieren im Ausland.....	20
3.1.2 Die Rolle von Personalvermittlungsagenturen.....	20
3.1.3 Beachtung von Richtlinien über eine ethische Personalrekrutierung.....	21
3.2 ERFAHRUNG DES AUSLÄNDISCHEN PERSONALS MIT DER REKRUTIERUNG UND STELLENSUCHE.....	22
3.3 PRAXIS DER DIPLOMANERKENNUNG UND AUFENTHALTSBEWILLIGUNG.....	22
3.4 REKRUTIERUNGSLÄNDER.....	23
3.4.1 Bedeutung der Nachbarländer.....	23
3.4.2 Kriterien für bevorzugte Rekrutierungsländer.....	24
3.4.3 Migrationswege.....	24
4 DAS AUSLÄNDISCHE GESUNDHEITSPERSONAL IN DER SCHWEIZ	26
4.1 BEWEGGRÜNDE FÜR DIE MIGRATION.....	26
4.2 ZUKÜNFTIGE MIGRATIONSABSICHTEN.....	27
4.3 QUALIFIKATION.....	28
4.4 BERUFLICHE CHANCEN, ANSTELLUNG, EINSATZ.....	29
4.5 ARBEITSBEDINGUNGEN.....	30
5 POLICY-MASSNAHMEN UND ENTWICKLUNGSPOTENTIAL	32
5.1 ZIRKULÄRE MIGRATION.....	32
5.1.1 Kritik.....	33
5.1.2 Hindernisse.....	33
5.1.3 Bedingungen.....	34
5.1.4 Beurteilung.....	34
5.2 INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT ZUR ENTWICKLUNG / UNTERSTÜTZUNG VON GESUNDHEITSSYSTEMEN.....	35
5.3 MASSNAHMEN IM INLAND.....	36
5.3.1 Selbstversorgung (autosuffisance).....	36
5.3.2 Rekrutierung, Ausbildung, Personalplanung, Personalerhalt.....	36
6 FAZIT UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	38
7 BIBLIOGRAPHIE	41
8 ANHANG	43
9 HINWEISE ZUR PUBLIKATION	48

Abkürzungsverzeichnis

AiP	Arzt im Praktikum
BS	Kanton Basel-Stadt
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EU	Europäische Union
EU-17	EU-15-Staaten einschliesslich Malta und Zypern
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
FaGe	Fachangestellte Gesundheit/Fachangestellter Gesundheit
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ICN	International Council of Nurses
IK GAP	Interdepartementale Konferenz Gesundheitsaussenpolitik
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	Nationale Dachorganisation für Berufsbildung in der Arbeitswelt Gesundheit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
TPH	Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
VD	Kanton Waadt
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Vorwort

Die Schweiz hat sich im Jahr 2006 für eine Gesundheitsausserpolitik entschieden, die insbesondere die Koordination der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik sicherstellen soll. Eines der Ziele dieser Politik besteht darin, „die Migration des Gesundheitspersonals so zu leiten, dass die Bedürfnisse der Arbeitsmärkte in den Industrieländern befriedigt werden, ohne die Entwicklungsländer des von ihnen benötigten Pflegepersonals zu berauben“. Die Frage der internationalen Migration des Gesundheitspersonals ist in der Tat ein hochaktuelles Thema, sowohl in der Schweiz als auch auf internationaler Ebene. Dies zeigt sich daran, dass die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 in Genf einen weltweiten Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal verabschiedet hat. Im Hinblick auf die Verabschiedung dieses Kodex hat die Interdepartementale Konferenz Gesundheitsausserpolitik (IK GAP) im Jahr 2008 eine Arbeitsgruppe damit beauftragt, Anzahl und Rolle der in die Schweiz immigrierenden Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich zu ermitteln, damit klar wird, in welchem Masse die Schweiz am globalen Mangel beteiligt ist. Einer der Befunde dieser Gruppe ist, dass primär die vorhandenen Daten vertieft werden müssen. Im Oktober 2009 hat die IK GAP drei verschiedenen Institutionen den Auftrag gegeben, die Analyse in drei bestimmte Richtungen zu vertiefen: 1) die statistische Dokumentation, 2) die Rekrutierungspraxis und 3) die Kooperationspraxis. Im ersten Bericht, erstellt vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan), wird die Immigration von Gesundheitspersonal in die Schweiz aus statistischer Sicht beschrieben. Dieser Bericht stellt eine Vorbedingung dar für jegliche weitere Arbeit über dieses Thema. Die Ausführung dieses Auftrags soll eine präzise Erfassung von Art und Umfang dieses Phänomens in der Schweiz ermöglichen. Das Mandat wird es der Schweiz auch erlauben, sich aktiv am Erstellen von internationalen Richtlinien für die Erhebung von statistischen Daten zu beteiligen. Der vorliegende Bericht wurde von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erstellt. Er bietet eine qualitative Analyse der Perspektiven der Arbeitgeber und der immigrierenden Arbeitnehmer. Der dritte Bericht, für den das Schweizerische Tropen- und Public Health- Institut (Swiss TPH) verantwortlich war, dokumentiert die internationale Kooperationspraxis der Schweiz, die zum Ziel hat, in benachteiligten Ländern die Politik im Bereich des Gesundheitspersonals zu stärken. Die beiden letzten Berichte kommen zu folgendem Schluss: Es scheint unvermeidlich, dass die Schweiz, auch wenn sie sich aktiv darum bemüht, ihre Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Berufsleuten zu vermindern, mittelfristig weiterhin auf ausländisches Personal zurückgreifen wird, um ihren eigenen Personalbestand zu vervollständigen, dies insbesondere wegen der Ausbildungsdauer des Gesundheitspersonals. Sie betonen jedoch nachdrücklich die Wichtigkeit des durch den Verhaltenskodex der WHO definierten Prinzips, gemäss welchem sowohl das Gesundheitssystem der Herkunftsländer als auch dasjenige der Zielländer von der internationalen Migration des Gesundheitspersonals profitieren sollten. Diese drei Berichte sind auf der Internetseite der Bundesverwaltung und auf derjenigen der GDK verfügbar. Ein Synthesepapier, in dem die wichtigsten Schlussfolgerungen der drei Forschungsarbeiten zusammen gestellt sind, kann dort ebenfalls eingesehen werden.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziele

Diese Studie hat zum Ziel, die Perspektiven von Arbeitgebenden und ausländischen Arbeitnehmenden auf das Thema der Migration von Gesundheitspersonal und dessen Rekrutierung im schweizerischen Gesundheitswesen zu untersuchen und die aktuelle Situation der Schweiz im Kontext der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal darzustellen. Dabei soll beantwortet werden, welche Rolle die Schweiz im Kontext der Migration von Gesundheitspersonal spielt und wie das ausländische Gesundheitspersonal rekrutiert wird. Ausserdem soll erläutert werden, warum Gesundheitsfachpersonen in die Schweiz einwandern und wie sie in den Institutionen eingesetzt werden. Schliesslich sollen Massnahmen für die nationale und internationale Ebene für den Umgang mit der Situation des Personalbedarfs und der internationalen Migration von Gesundheitspersonal und ihrem Potential erörtert werden.

Methodik

Für die Studie wurden qualitative Methoden der Datenerhebung und -auswertung angewandt. Es wurden mit VertreterInnen von Institutionen des Gesundheitswesens in ihrer Funktion als Arbeitgeber sowie mit immigrierten Ärztinnen, Ärzten und diplomierten Pflegefachpersonen aus den Kantonen Basel-Stadt und Waadt halboffene, leitfadengestützte Interviews geführt. Die daraus entstandenen Resultate wurden im Rahmen von so genannten Experteninterviews überprüft, mit dem Ziel, generalisierte Aussagen über das Themenfeld der Befragung zu machen.

Ergebnisse und Fazit

Der Arbeitsmarkt für qualifiziertes Gesundheitspersonal hat sich in der Schweiz über längere Zeit immer mehr in Richtung eines Personalmangels bewegt. Für die Betriebe heisst das, dass sie bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal unter einem grossen Versorgungsdruck stehen und auf ausländisches Personal zurückgreifen müssen. Die Schweiz ist im internationalen Umfeld noch attraktiv genug, um Personal aus dem Ausland im benötigten Ausmass anziehen zu können, dies meist sogar ohne aktive Rekrutierung im Ausland. Die hauptsächlichen Anziehungspunkte der Schweiz sind aus Sicht des eingewanderten Gesundheitspersonals die guten Arbeitsbedingungen, das hohe Lohnniveau, die beruflichen Perspektiven und die Lebensqualität. Der hohe Anteil an qualifiziertem Personal aus dem Ausland, vor allem aus den Nachbarländern, hat die Schweiz in eine Situation der Abhängigkeit gebracht.

Das ausländische Gesundheitspersonal hat zumindest nach der Diplomanerkennung und bei ausreichenden Sprachkenntnissen meist die gleichen Chancen in der beruflichen Entwicklung und der Weiterbildung wie das Personal aus der Schweiz. Auch bezüglich der Tätigkeiten und der Arbeitsbedingungen zeichnet sich im Grossen und Ganzen ein positives Bild ab. Nichtsdestotrotz besteht das Risiko der Ausbeutung und Diskriminierung aber grundsätzlich und sollte deswegen besondere Aufmerksamkeit erhalten.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass zur Personalversorgung und zum Umgang mit den Auswirkungen der internationalen Migration sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene verschiedenste Massnahmen zur Diskussion stehen. Vor allem auch im Kontext der Umsetzung des WHO Code of Practice besteht in der Schweiz der Bedarf einer koordinierten Strategie, in die alle Akteure einbezogen werden sollten. Vonnöten ist insbesondere der Brückenschlag zu den Betrieben, deren Handeln die Rekrutierungspraxis im schweizerischen Gesundheitswesen ausmacht.

Résumé

Situation de départ et objectifs

Cette étude a pour objectif d'étudier les perspectives des employeurs en Suisse et des employés étrangers sur le thème de la migration du personnel de santé et de son recrutement dans le système de santé suisse et d'exposer la situation actuelle de la Suisse dans le contexte du recrutement de personnel de santé étranger. Il convient ce faisant de répondre aux questions de savoir quel rôle la Suisse joue dans le contexte de la migration du personnel de santé et comment le personnel de santé étranger est recruté. Il s'agit en outre d'expliquer pourquoi des professionnels de la santé immigreront en Suisse et comment ils sont recrutés dans les établissements. Enfin, des mesures à prendre aux niveaux national et international pour répondre à la situation des besoins en personnel et à la migration internationale du personnel de santé et son potentiel doivent être discutées.

Méthodologie

Des méthodes qualitatives de relevé et d'exploitation des données ont été utilisées pour l'étude. Des interviews semi-structurées ont été menées avec des représentantes et représentants d'institutions du domaine de la santé dans leur fonction d'employeurs ainsi qu'avec des médecins et du personnel infirmier diplômé des cantons de Bâle-Ville et de Vaud. Les résultats obtenus ont été examinés dans le cadre d'interviews dites d'experts, avec l'objectif de dégager des indications généralisées sur le champ de l'enquête.

Résultats et bilan

En Suisse, le marché du travail pour le personnel de santé qualifié a depuis longtemps évolué toujours plus en direction d'un manque de personnel. Cela signifie pour les établissements qu'ils sont soumis à une forte pression dans le recrutement du personnel de santé et doivent faire appel à du personnel étranger. La Suisse est en comparaison internationale encore suffisamment attractive pour pouvoir attirer dans la mesure nécessaire du personnel de l'étranger, le plus souvent même sans recrutement actif à l'étranger. Les principaux attraits de la Suisse sont du point de vue du personnel de santé immigré les bonnes conditions de travail, le haut niveau de salaire, les perspectives professionnelles et la qualité de vie. La part élevée de personnel qualifié venu de l'étranger, surtout des pays voisins, a conduit la Suisse dans une situation de dépendance.

Du moins après la reconnaissance des diplômes et s'il dispose de connaissances linguistiques suffisantes, le personnel de santé étranger a le plus souvent les mêmes chances que le personnel suisse en matière d'évolution professionnelle et de formation continue. Une image positive se dessine également dans l'ensemble concernant les activités et les conditions de travail. Le risque de l'exploitation et de la discrimination existe toutefois et devrait en conséquence faire l'objet d'une attention particulière.

Le présent rapport montre que face aux besoins en personnel et aux conséquences de la migration internationale les mesures les plus diverses sont discutées au niveau tant international que national. Il existe en Suisse, avant tout dans le contexte de la mise en œuvre du code de pratique de l'OMS, le besoin d'une stratégie coordonnée à laquelle tous les acteurs devraient être intégrés. Est en particulier nécessaire le lien étroit avec les établissements, dont la manière de faire constitue la pratique de recrutement dans le domaine de la santé en Suisse.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Weltweit sehen sich die Staaten zunehmend mit der Tatsache konfrontiert, dass ihren Gesundheitssystemen im Verhältnis zum Versorgungsbedarf immer weniger Gesundheitspersonal zur Verfügung steht.¹ Die anwachsende globale Migration von Gesundheitspersonal verschärft diese Problematik in einzelnen Ländern, welche schon lange unter einer sehr tiefen Dichte von Ärzten und diplomiertem Pflegefachpersonal leiden, zusätzlich.

In der Schweiz betrug der Anteil aller erwerbstätigen Ärzte ausländischer Herkunft schon im Jahr 2001 16% und der Anteil ausländischer Pflegekräfte 25%, wobei das meiste ausländische Gesundheitspersonal Deutschland oder Frankreich als Herkunftsland hatte.² Die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal ist also nicht ein ganz neues Thema. Vor dem Hintergrund der Einbindung der Schweiz in den Kontext der globalen Migration des Gesundheitspersonals und deren Auswirkungen und dem zunehmenden Anteil an ausländischem Personal besteht auf Seiten von Bund und Kantonen das Interesse an einer besseren Kenntnis der Situation in der Schweiz bezüglich der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal und dem damit verbundenen Entwicklungspotential. Die IK GAP hat die GDK beauftragt, in einer qualitativen Studie die Perspektiven von Arbeitgebenden und ausländischen Arbeitnehmenden auf das Thema der Migration von Gesundheitspersonal und dessen Rekrutierung im schweizerischen Gesundheitswesen zu untersuchen.

Da die Schweiz trotz allen Bemühungen zur Verringerung der Abhängigkeit von ausländischem Gesundheitspersonal auch in Zukunft nicht auf die Rekrutierung im Ausland verzichten kann, geht diese Studie von der Annahme aus, dass das Ziel darin besteht, die negativen Folgen der Migration für die Herkunftsländer zu entschärfen und die durch die Personalmigration entstehenden Gewinne dem Empfängerland, also der Schweiz, und den Herkunftsländern möglichst in gleichem Mass zugutekommen zu lassen. Diese Strategie entspricht dem Grundsatz der „Mutuality of benefits“, der im Verhaltenskodex der WHO verankert ist, welcher im Mai 2010 verabschiedet wurde.³

Die ganze Studie legt den Fokus gemäss Mandatsauftrag auf die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte und des diplomierten Pflegefachpersonals mit ausländischer Herkunft, da das Auswandern dieser beider Berufsgruppen für die Herkunftsländer einen besonders hohen Verlust an Ausbildungskosten und an qualifizierter Arbeitskraft bedeutet.⁴ Auch bei der Arbeitgeberseite, den Betrieben, mussten für diese Studie Einschränkungen gemacht werden.⁵ So wurden die Spitex, private Praxen und Institute sowie Vermittlungsstellen für private Pflege nicht in die Befragung aufgenommen, dafür die Spitäler in besonderem Mass berücksichtigt, was sich u.a. dadurch begründen lässt, dass die Spitäler den grössten Arbeitgeber für das universitäre und nicht-universitäre Gesundheitspersonal darstellen.⁶

¹ Vgl. dazu OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OECD.

² OECD (2006). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz*. Paris, OECD, S. 50.

³ WHO (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genf, WHO.

⁴ Unter „diplomiertes Pflegefachpersonal“ wird der Pflegeberuf mit Ausbildung auf Tertiärstufe A und B verstanden. Vgl. dazu EVD (2010). *Bericht EVD „Bildung Pflegeberufe“*. Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone, S. 10.

Die Zusammensetzung der Stichprobe der MigrantInnen ist im Anhang 2 näher beschrieben.

⁵ Für Angaben zur Stichprobe der befragten ArbeitgebervertreterInnen siehe Anhang 3.

⁶ Vgl. z.B. GDK und OdASanté (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, S. 7.

Die Schweiz kennt bei der Zulassung ausländischer Arbeitskräfte ein duales System. Erwerbstätige aus den EU/EFTA-Staaten profitieren vom 2002 in Kraft getretenen Personenfreizügigkeitsabkommen. Bis 2011 gibt es aber für die EU-8 Staaten⁷ noch arbeitsmarktliche Beschränkungen (Kontingente, Inländervorrang und Kontrolle der Lohn- und Arbeitsbedingungen). Die Zulassung von Staatsangehörigen aus Staaten ausserhalb der EU/EFTA, den so genannten Drittstaaten, ist nur möglich, wenn in der Schweiz sowie in den EU/EFTA-Staaten keine Personen mit der gesuchten Qualifikation zur Verfügung stehen.⁸

Von den in der Schweiz arbeitenden Ärztinnen und Ärzten mit ausländischer Herkunft stammen – wie gemäss dem dualen Zulassungssystem zu erwarten – die meisten aus dem EU-Raum. Dies gilt auch für die ausländischen Pflegefachpersonen.⁹ Deswegen durften theoretisch Arbeitnehmende aus allen EU-Staaten in der Stichprobe figurieren. Die Gruppe mit Herkunft EU repräsentiert im vorliegenden Bericht also die grösste Gruppe innerhalb des in der Schweiz arbeitenden ausländischen Gesundheitspersonals. Bei den Pflegefachpersonen stammt aber auch ein beträchtlicher Anteil aus Drittländern.¹⁰ Das Personal aus Drittstaaten ist in der Studie generell von Interesse, da es die Zielgruppe für die zirkuläre Migration¹¹ und andere Möglichkeiten der internationalen Kooperation bildet. Die Schweiz interessiert sich unter dem Gesichtspunkt der Quantität also vor allem für ihre Nachbarländer, und unter demjenigen des Entwicklungspotentials durch Migration vor allem für die Nicht-EU-Staaten.

Die Frage nach der Rekrutierung und dem Einsatz von ausländischem Gesundheitspersonal muss in einem weiteren Kontext der Personalversorgung und –politik betrachtet werden. Dazu wird ein Modell (Abbildung 1) herangezogen, das auch in den gemeinsam mit diesem Bericht publizierten Studien des Obsan und des Schweizerischen Tropen- und Public Health-Instituts verwendet wird.¹² Es veranschaulicht, dass die Zusammensetzung und Zahl des Gesundheitspersonals einerseits abhängig ist von den Zugängen („Entry“) und andererseits von den Abgängen („Exit“). In der vorliegenden Studie sind vor allem die Rekrutierung auf der Seite der Zugänge und die Migration auf der Seite der Abgänge von zentralem Interesse. Das ausländische Gesundheitspersonal, welches in das schweizerische Gesundheitswesen rekrutiert wird, bedeutet für die Schweiz einen aktuell unverzichtbaren Zugang von Arbeitskraft, gleichzeitig aber auch einen Verlust an qualifiziertem Personal für die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer.

Daher befasst sich diese Studie einerseits auch mit Massnahmen, die zum Ziel haben, die nachteiligen Auswirkungen der Migration für die Herkunftsländer zu verringern und das positive Potential von Migration im Sinne von Entwicklungspotential optimal zu nutzen. Andererseits soll auch die Verbindung zur Entwicklung des Gesundheitspersonals in der Schweiz gezogen und sollen auch diesbezüglich Massnahmen diskutiert werden.

⁷ Polen, Tschechische Republik, Slowakei, Ungarn, Estland, Lettland, Litauen, Slowenien.

⁸ Siehe dazu auch Bundesamt für Migration BFM (2009). *Migrationsbericht 2008*. Bern, BFM.

⁹ OECD (2006). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz*. Paris, OECD.

¹⁰ Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Indien, Kanada, Philippinen, Mazedonien und die Türkei sind gemäss dem OECD-Bericht zur Schweiz (2006) die häufigsten Herkunftsländer von Pflegekräften ausserhalb der EU/EFTA.

¹¹ Definition im Kapitel 5.1.

¹² Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss contributions to Human Resources for Health Development in low-and middle-income countries: current practices and possible future orientations*. Basel, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut.

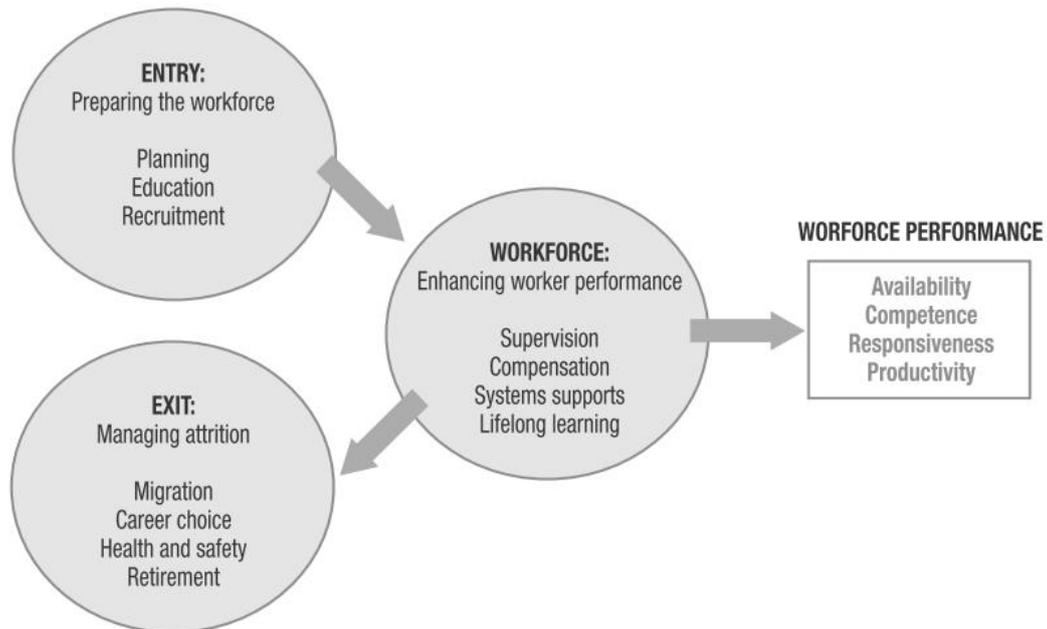


Abbildung 1: Modell der Entwicklung von Gesundheitspersonal (WHO 2006).

1.2 Ziele

Diese Studie befasst sich mit der Wahrnehmung der Problematik der Migration von Gesundheitspersonal seitens der in die Schweiz eingewanderten Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen und ihren Arbeitgebern und stellt diese beiden Perspektiven einander gegenüber.

Auf Seiten der Arbeitgeber ist zu fragen, wie ihre Rekrutierungspraxis in der Schweiz und im Ausland aussieht, wie ihre Einstellung zum Thema der Rekrutierung von ausländischem Personal ist und welches ihre Erfahrungen mit dem Einsatz von ausländischem Personal sind.

Auf Seiten der MigrantInnen ist zu fragen, weshalb die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen ihr Herkunftsland verlassen haben und nun in der Schweiz arbeiten, welche Zukunftspläne sie haben, was und unter welchen Bedingungen sie hier arbeiten und welche Erfahrungen sie bei ihrer Rekrutierung gemacht haben.

Im Hinblick auf zukünftige Aktivitäten der schweizerischen Gesundheitsaussenpolitik ist insbesondere auch die Frage wichtig, welches Entwicklungspotential und welche Chancen aus Sicht der Arbeitgeberseite und der Arbeitnehmerseite bezüglich einer zirkulären Migration und einer Kooperation mit den Herkunftsländern bestehen.

In der ersten und zweiten Studienphase war es das Ziel, die Antworten auf diese Fragen aufgrund aller Einzelperspektiven, die jeweils ganz persönlich und vom Kontext der befragten Personen abhängig sind, in einem Überblick darzustellen und die Berührungspunkte dieser individuellen Einstellungen und Erfahrungen herauszuarbeiten. Das qualitative Vorgehen der Studie ermöglicht damit einen vielfältigen Eindruck vom Blick der in der Schweiz arbeitenden ausländischen Gesundheitsfachpersonen und ihrer Arbeitgeber auf ihre eigenen Erfahrungen im Kontext des umfassenderen Themas der Personalmigration. Dieser Eindruck sollte mit der Befragung von ExpertInnen und Experten in der dritten Studienphase durch eine mehr sachlich als subjektiv geprägte Perspektive erweitert und in einen breiteren thematischen und geographischen Kontext gestellt werden.

Die Studienergebnisse geben Antworten auf folgende Schlüsselfragen:

- Welche Rolle spielt die Schweiz im Kontext der globalen Migration von Gesundheitspersonal?
- Wie wird das ausländische Gesundheitspersonal rekrutiert?
- Warum wandern Gesundheitsfachpersonen in die Schweiz ein und wie werden sie in den Institutionen eingesetzt?
- Welche Massnahmen werden für die nationale und internationale Ebene vorgeschlagen, um mit der Situation des Personalbedarfs und der internationalen Migration von Gesundheitspersonal umzugehen und das Entwicklungspotential der Migration zu nutzen?

1.3 Vorgehen und Methodik

Diese Studie wurde im Zeitraum vom August 2009 bis im Juli 2010 in drei Phasen durchgeführt, die mit je einem Teilbericht abgeschlossen wurden.¹³

Die ersten zwei Studienphasen beschränkten sich auf die Kantone Basel-Stadt und Waadt. In der ersten Studienphase wurde durch die Befragung von Arbeitgebervertretenden, also von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Personalvermittlungsagenturen, die Arbeitgeberperspektive untersucht. Diese wurde dann in der zweiten Studienphase durch die Befragung von in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt angestellten ausländischen Gesundheitsfachpersonen um die Perspektive der Arbeitnehmenden ergänzt. Aus den Resultaten dieser beiden Studienphasen konnten Thesen zur aktuellen Situation in der Schweiz betreffend das ausländische Gesundheitspersonal und dessen Rekrutierung abgeleitet werden.¹⁴ Diese Thesen durch Expertinnen und Experten zu validieren und in einen breiteren Kontext zu stellen, war das vorgegebene Ziel der dritten Studienphase. Durch die Ergebnisse der Expertenbefragung sollte erstens eruiert werden, welche Plausibilität die aus der Befragung von Arbeitgebervertretenden und Arbeitnehmenden abgeleiteten Thesen haben. Zweitens sollten die Experteneinschätzungen Aufschluss darüber geben, inwiefern die für die Kantone Basel-Stadt und Waadt gewonnenen Erkenntnisse auch für die übrigen Regionen der Schweiz verallgemeinert werden können.

Die Ergebnisse aller drei Studienphasen werden im vorliegenden Schlussbericht auf der Basis des Berichts zur Studienphase III zusammengefasst. Die ausgewählten Auszüge aus der Ergebnisdarstellung in den Teilberichten der ersten zwei Studienphasen werden durch die Textboxen als solche erkennbar gemacht.

1.3.1 Studienaufbau und Methode der Datenerhebung

Die diesem Bericht zugrunde liegende qualitative Studie richtet sich vom Aufbau her nach einem mit dem Begriff der *Momentaufnahme*¹⁵ benannten Konzept. Die Momentaufnahme ermöglicht eine Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Studie, die Erfassung sowohl von Expertenwissen wie auch von Laienwissen und eignet sich ausserdem zur Analyse von Praktiken und Routinen. Wie für die Momentaufnahme üblich, wurden die Daten anhand von qualitativen Interviews erhoben. Die Interviews wurden mit Hilfe von Leitfäden geführt, welche die zentralen Fragen beinhalten und bei der Gesprächsführung als Anhaltspunkte dienen (halb-offene, leitfadengestützte Interviews). In der Studienphase III wurden so genannte Experteninterviews durchgeführt. Aus methodologischer Sicht sind bei der Anwendung von Experteninterviews

¹³ Diese drei Teilberichte können in Ihrer unveröffentlichten Version bei der GDK unter www.gdk-cds.ch → Publikationen → Berichte eingesehen werden.

¹⁴ Die Thesen sind im Anhang 4 zu finden.

¹⁵ Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, S.182 ff.

terviews die Äusserungen einer Person einerseits in ihrer Eigenschaft als ExpertIn für ein bestimmtes Handlungsfeld und andererseits als RepräsentantIn einer bestimmten Gruppe von Interesse.¹⁶

1.3.2 Durchführung der Befragungen

In der ersten Studienphase (Perspektive der Arbeitgeber) wurden im Oktober und November 2009 insgesamt 14 Interviews durchgeführt, je sieben in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Waadt. Befragt wurden Vertretungen der jeweiligen Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Personalvermittlungsagenturen: leitende Personalverantwortliche, Pflegedienstleitende oder die für den medizinischen Bereich zuständigen Personen (bei Agenturen).

Während der zweiten Studienphase (Perspektive des ausländischen Gesundheitspersonals) wurden in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt im Zeitraum von Februar bis April 2010 insgesamt 19 qualitative Leitfaden-Interviews durchgeführt. Die an der Studie teilnehmenden Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen ausländischer Herkunft sind alle angestellt. Sie wurden entweder bei ihnen zu Hause, in einem Café oder an ihrem Arbeitsplatz befragt. Es waren nie Drittpersonen zugegen und die Arbeitgeber waren nur in zwei Fällen über die Teilnahme an der Studie, aber nie über den Zeitpunkt des Interviews informiert. Eine Person hat schriftlich an der Studie teilgenommen.

Im Rahmen der Expertenbefragung während der dritten Studienphase wurden im Juni 2010 insgesamt 21 Interviews durchgeführt, davon eines persönlich und 20 telefonisch. Bei zwei Interviews gaben zwei ExpertInnen gleichzeitig Auskunft. Insgesamt wurden also 23 Expertenmeinungen erhoben. Die befragten Expertinnen und Experten wurden entweder als VertreterIn einer Organisation oder als Fachperson interviewt.¹⁷ Seitens der Organisationen wurden Arbeitgeberverbände, Arbeitnehmerverbände, grosse Spitäler, Kantone und andere in die Stichprobe aufgenommen. Zusätzlich wurden zum überregionalen Vergleich mit den Institutionen in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt Vertretungen der Personaldienste von Spitälern aus anderen Regionen befragt. Die weiteren ExpertInnen wurden als Fachpersonen auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe, Personalversorgung und Personalmigration befragt. VertreterInnen aus der Politik wurden bewusst nicht in die Stichprobe einbezogen, da der thematische Fokus gewahrt bleiben und eine politische Ausrichtung der Studie vermieden werden wollte.

1.3.3 Interviewauswertung

Die Interviews mit ArbeitgebervertreterInnen und MigrantInnen wurden anhand der Methode des *theoretischen Kodierens*¹⁸ ausgewertet. Diese Methode erlaubt eine fallbezogene Darstellung der Auseinandersetzung mit dem Thema der Studie. Darüber hinaus dient sie aber auch dem Fall- und Gruppenvergleich, ermöglicht also, die Perspektiven der Einzelfälle innerhalb der Gruppen Arbeitnehmer bzw. Arbeitgeber zu vergleichen und die Ansichten der Gruppe der Arbeitnehmer mit denjenigen der Gruppe der Arbeitgeber in Beziehung zu setzen.

Die Experteninterviews wurden nach der von Meuser und Nagel vorgeschlagenen Methode ausgewertet.¹⁹ Diese Methode hat zum Ziel, durch das Codieren der Interviewprotokolle mit so genannten Überschriften oder Kategorien, die sich aus dem Inhalt der protokollierten Expertenaussagen ergeben, thematische Einheiten zu finden. Damit können die Expertenaussagen verglichen und generalisierte Aussagen über das Themenfeld der Befragung gemacht

¹⁶ Vgl. Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, S. 214 ff.

¹⁷ Die Liste der befragten ExpertInnen ist im Anhang 1 dieses Berichts aufgeführt.

¹⁸ Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.

¹⁹ Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002). „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, in: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

werden. Dabei wird beachtet, dass die Äusserungen der ExpertInnen immer im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verstanden werden müssen.

1.4 Grenzen

Bei der Lektüre dieses Berichts ist zu berücksichtigen, dass der Interpretation der Studienergebnisse gewisse Grenzen gesetzt sind. Diese Einschränkungen ergeben sich erstens aus dem qualitativen Vorgehen. Der Bericht kann keine Aussagen über statistische Häufigkeiten oder Trends machen und ist auch keine flächendeckende, quantitative Analyse.²⁰ Ebenso wenig hatten die Stichproben in den drei Studienphasen zum Ziel, eine tatsächliche Verteilung von Merkmalen zu repräsentieren.

Zweitens wurde die Stichprobe auf Ärztinnen und Ärzte sowie auf das diplomierte Pflegefachpersonal beschränkt und nicht alle Versorgungsbereiche wurden gleich stark berücksichtigt. Und drittens hat der Bericht nicht den Anspruch, ein lückenloses Bild der aktuellen Situation in der Schweiz zu liefern. Es werden nur jene thematischen Aspekte ausführlich besprochen, die Teil der Fragestellungen sind und/oder in den Interviews besprochen und erwähnt wurden. Ebenso verhält es sich mit den dargestellten Massnahmenvorschlägen. Der Bericht fasst die Ergebnisse einer Studie zusammen und will nicht als bildungs- und gesundheitspolitische Standortbestimmung oder Strategie verstanden werden.

²⁰ Eine Übersicht über die statistischen Zahlen zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz wird im dieses Jahr erscheinenden Bericht des Obsan zu finden sein: Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

2 Entwicklung des Gesundheitspersonals in der Schweiz

Wie schon in der Einleitung anhand des Modells zur Entwicklung des Gesundheitspersonals (Abbildung 1, S. 10) illustriert wurde, ist die Frage der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal immer in den Zusammenhang mit der allgemeinen Versorgungssituation in einem Land zu setzen. Die Ergebnisse zur diesbezüglichen Situation in der Schweiz im Kontext der globalen Migration von Gesundheitspersonal werden in diesem Kapitel dargestellt.

2.1 Wahrnehmung des Arbeitsmarktes und des Personalmangels

Die befragten Arbeitgeber der beiden Kantone Basel-Stadt und Waadt sprechen alle von einem abnehmenden Angebot an diplomiertem Pflegefachpersonal und an Ärzten auf dem schweizerischen Arbeitsmarkt des Gesundheitswesens. Dies zeigt sich vor allem durch eine Abnahme der Spontanbewerbungen und auch durch kaum zu besetzende Stellen in einigen Spezialgebieten, z. B. in der Radiologie, Anästhesie oder Intensivpflege. Konsequenz dieser Einschätzung des Arbeitsmarktes ist es, dass sich die Betriebe bei der Besetzung einer Stelle mit einer kleineren Auswahl an Kandidaten konfrontiert sehen und bei der Auswahl eher Kompromisse eingehen müssen, die aber das Qualifikationsniveau unangetastet lassen.

Die Frage, ob in der Schweiz beim diplomierten Pflegefachpersonal und den Ärzten schon von einem Personalmangel gesprochen werden kann, beantworten die Spitäler, Heime und Agenturen noch unterschiedlich. Die meisten weisen darauf hin, dass die Rekrutierung von nicht-diplomiertem Pflegepersonal kein Problem ist, dafür aber beim diplomierten Pflegefachpersonal umso mehr Schwierigkeiten bestehen. Einige sind der Ansicht, dass es sehr schwierig sei, überhaupt noch qualifiziertes, in der Schweiz ausgebildetes Personal zu finden und dass vor allem die guten Kandidaten hart umkämpft seien. Mehrfach wurde sowohl im Kanton Basel-Stadt als auch im Kanton Waadt erwähnt, dass die Versorgung ohne ausländisches Personal nicht gewährleistet werden könnte.

[Auszug aus dem Teilbericht I: Die Perspektive der Arbeitgeber, S. 8]

Die Experteneinschätzungen schliessen sich dieser Feststellung der befragten Arbeitgebervertretungen an und stützen sich dabei unter anderem auf die Zahlen, die 2009 veröffentlicht wurden und einen steigenden Personalbedarf und eine vergleichsweise tiefe Ausbildungsleistung ausweisen.²¹ In ihrem Versorgungsbericht zu den nicht-universitären Gesundheitsberufen stellen GDK und OdASanté fest, dass z.B. beim Pflegeberuf auf Tertiärstufe heute nur knapp die Hälfte des jährlichen Nachwuchsbedarfs ausgebildet wird.²² Bei der Ärzteschaft ist Ähnliches festzustellen: Einige ExpertInnen haben darauf hingewiesen, dass die Ausbildungszahlen auch hier weit unter dem aktuellen und zukünftig zu erwartenden Bedarf liegen.

Der Personalmangel im Gesundheitswesen ist aber laut ExpertInnen nicht nur auf die zu tiefe Ausbildungsleistung, sondern insbesondere auch auf die Berufsverweildauer zurückzuführen. Vor allem in den Pflegeberufen sei die Verweildauer im Vergleich zur Dauer der Ausbildung viel zu kurz. Berücksichtigt werden muss auch, dass die Gesundheitsberufe Frauenberufe sind

²¹ Vgl. Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

²² GDK und OdASanté (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, S. 51.

und der Frauenanteil auch bei den Medizinstudierenden zunimmt.²³ Frauen haben eine andere Laufbahnplanung als Männer, arbeiten häufiger Teilzeit und stehen öfter unter der Doppelbelastung von Beruf und Familie. Die heutigen Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt Gesundheitswesen führen oft zu einem vorzeitigen Berufsausstieg der Frauen.

Die ExpertInnen weisen darauf hin, dass man bezüglich Personalbedarf und Ausbildung beachten muss, dass es Unterschiede zwischen den Kantonen, den Spezialgebieten und den Versorgungsbereichen Spitäler, Langzeitpflege und Spitex gibt. Die Spitäler seien beispielsweise weniger vom Personalmangel betroffen als die Institutionen der Langzeitpflege. Und Spezialgebiete wie die Psychiatrie haben in der Schweiz grössere Probleme mit dem Nachwuchs, während andere Spezialgebiete wie z.B. Pädiatriepflege handkehrum davon nicht betroffen sind.

Falls sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt wie erwartet zuspitzen wird, rechnen die Betriebe mit verschiedenen Konsequenzen. Was die innerbetriebliche Organisation betrifft, wird davon ausgegangen, dass im Betrieb mehr ausgebildet werden muss, vor allem auch durch die weiterführende Ausbildung von FaGe zu diplomiertem Pflegefachpersonal. Die Intensivierung der Ausbildungsleistungen wurde aber, im Vergleich zur einstimmigen Prognose des Personalmangels, nur von wenigen Betrieben angesprochen. Als weitere Massnahme zur Abfederung des Personalmangels rechnen vor allem die Heime damit, den Skill Mix anpassen zu müssen, womit in erster Linie der Ersatz von diplomiertem Pflegefachpersonal durch nicht auf Tertiärstufe ausgebildete Personen gemeint ist. Die Einführung der DRG wird aus der Perspektive eines Arbeitgebervertreters als Chance gesehen, die betriebsinternen Abläufe neu zu überdenken und somit unter Umständen auch veränderte Strukturen zu generieren, die auch mit weniger diplomiertem Personal leistungsfähig sind.

[Auszug aus dem Teilbericht I: Die Perspektive der Arbeitgeber, S. 10]

2.2 Abhängigkeit von ausländischem Gesundheitspersonal

Alle der für diese Studie befragten Betriebe im Gesundheitswesen sehen sich bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal entsprechend dem eher tiefen Angebot an qualifiziertem Personal mit einer ständigen Mangelsituation konfrontiert. Um die Versorgung trotzdem gewährleisten zu können, sind sie in dieser Situation entsprechend auf ausländisches Personal angewiesen. Die Arbeitgeber im Gesundheitswesen stellen fest, dass sie in eine Situation der Abhängigkeit geraten sind und dass ein Rückgang dieser Rekrutierungsquelle grosse Probleme mit sich bringen kann. Auch dieses Ergebnis der Befragung wird von den meisten Experten bejaht. Die Schweiz befinde sich im Vergleich mit der OECD über dem Durchschnitt, was die Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland betrifft.²⁴

Der Anteil und der Zufluss des ausländischen Gesundheitspersonals sind nicht leicht zu beziffern, wie der neuste Bericht des Obsan zeigt.²⁵ Schwierig ist insbesondere die klare Bezifferung von Personen ausländischer Nationalität einerseits und Personen mit ausländischem Diplom andererseits. Gemäss dem Bericht zur Bedarfsentwicklung von 2009 betrug der Anteil der aus-

²³ Die Frauen machen zwischen 78% und 92% des Gesundheitspersonals aus. Vgl. Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 12.

²⁴ Vgl. OECD (2010). *International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis. Policy Brief February 2010*, Paris, OECD.

²⁵ Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

ländischen Pflegefachpersonen im Jahr 2006 auf Tertiärstufe in den Schweizer Spitälern 37.5%. Allerdings sind die regionalen Unterschiede beträchtlich: In der lateinischen Schweiz betrug dieser Anteil 55.3%, in der Deutschschweiz hingegen nur 24.8%.²⁶ Der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz wurde für das Jahr 2007 auf 37% geschätzt.²⁷

Grenznahe Kantone wie z.B. Basel-Stadt, Genf oder der Jura haben aufgrund der vielen GrenzgängerInnen einen höheren Anteil an ausländischem Personal. Bei den Spitalärztinnen und -ärzten schwankt der Anteil zwischen 21% im Kanton Waadt und 88% in den Halbkantonen Appenzell. Grundsätzlich beschäftigen die Westschweizer Kantone Waadt, Fribourg, Genf, Neuchâtel, Jura und das Tessin weniger ausländische Ärztinnen und Ärzte als die Deutschschweizer Kantone.²⁸

Die regionalen Unterschiede sind laut den ExpertInnen verschieden erklärbar. Entscheidend ist sicher die Grenznähe eines Kantons. Weiter sind es noch andere Faktoren, die sowohl für ausländisches wie auch inländisches Personal attraktiv bzw. unattraktiv wirken: So z.B. das Lohnniveau eines Kantons, die Fachgebiete in den Zentrumsspitalern, die Urbanität eines Kantons, die Arbeitsbedingungen in den grössten Betrieben oder das Schul- und Krippenangebot.

2.3 Konsequenzen für die Personalpolitik der Betriebe

Wie die Befragung der Betriebe gezeigt hat, hat die Situation auf dem Arbeitsmarkt auf der Ebene der Personalpolitik die Konsequenz, dass die Betriebe vor allem das qualifizierte Personal möglichst langfristig anstellen wollen. Dies nicht nur, weil Personen mit einem passenden Profil schwer zu finden sind, sondern weil auch die Investitionen in die Einführung und allenfalls auch Ausbildung für die Betriebe relativ hoch sind. Das bedeutet unter anderem, dass sie für diplomierte Pflegefachpersonen sowohl aus dem In- wie aus dem Ausland vorwiegend unbefristete Verträge ausstellen. Assistenzärztinnen und -ärzte werden jedoch immer befristet angestellt. Diese Politik der Personalbindung über Festanstellungen überwiegt laut ExpertInnen im Allgemeinen und ist in der Innerschweiz besonders ausgeprägt. In der Westschweiz wird das Gesundheitspersonal öfter auch nur temporär angestellt.

Weniger von den BetriebsvertreterInnen als von den ExpertInnen wurde darauf hingewiesen, dass eine Politik der Personalbindung nur über unbefristete Arbeitsverträge kaum ausreichend wirkungsvoll ist. Es müssten vielmehr gesamtheitliche Anstrengungen auf der Ebene der Arbeitsbedingungen unternommen werden, um das qualifizierte Personal im Betrieb zu halten.

2.4 Empfängerland Schweiz

Dass die Schweiz von ausländischem Personal abhängig ist, war laut einigen ExpertInnen schon immer der Fall. Allerdings hat der Anteil des ausländischen Personals bis heute noch zugenommen. Und der Kreis der Herkunftsländer hat sich verändert. Während das Personal heute weitgehend aus dem europäischen Raum kommt, wurde in den 1980er Jahren noch weit darüber hinaus rekrutiert (vgl. Kapitel 3.4).

Im globalen Kontext steht die Schweiz am Ende der Kette, entlang derer das Gesundheitspersonal migriert. Sie rekrutiert vor allem aus den Nachbarländern, ist über den Domino-Effekt aber auch am darüber hinaus gehenden Mechanismus im globalen Kontext beteiligt und

²⁶ Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 37.

²⁷ FMH und Obsan (2007). *Monitoring der Spitalärztinnen und -ärzte. Daten 2007*, S. 8.

²⁸ FMH und Obsan (2007). *Monitoring der Spitalärztinnen und -ärzte. Daten 2007*, S. 9.

schädigt somit indirekt auch Länder mit einer prekären Versorgungslage.²⁹ Die Schweiz kann als Empfängerland bezeichnet werden, weil sie erstens unter den Ländern mit dem grössten Anteil an ausländischem Personal im Gesundheitswesen ist und zweitens weil sie – im Gegensatz zu anderen Ländern wie Grossbritannien – zwar ausländisches Personal anstellt, aber kaum eigenes Personal ans Ausland verliert.³⁰

2.5 Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal

Die Studienergebnisse zeigen, dass es eine grosse Kluft gibt zwischen dem internationalen Diskurs auf politischer und wissenschaftlicher Ebene und den Betrieben im Gesundheitswesen, was die Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal und der damit verbundenen Mechanismen und Konsequenzen angeht. Dass sich auch die anderen Staaten mit einer ähnlichen Situation konfrontiert sehen und Personalknappheit im Gesundheitswesen ein globales Phänomen ist³¹, wird in der Arbeitswelt bzw. von den für die Rekrutierung von Gesundheitspersonal zuständigen Personen in den Institutionen erst langsam wahrgenommen. Diese sind sich beispielsweise kaum bewusst, dass sie bei der Rekrutierung von ausländischem Personal dem betreffenden Herkunftsland eine ausgebildete Fachkraft entziehen.

Selbst wenn die Problematik der globalen Migration des Gesundheitspersonals in Ansätzen erkannt wird, besteht in den Betrieben insofern nur geringes Interesse daran, als sie nur damit beschäftigt sind, ihren Bedarf an Ärzten und diplomiertem Pflegefachpersonal zu decken und gar nicht dazu kommen, sich mit weiterführenden Problemen auseinanderzusetzen. Oft wurde die Klage laut, dass man sich zwar bewusst sei, dass das Rekrutieren von ausländischem Gesundheitspersonal negative Konsequenzen haben könne und ethisch fragwürdig sei, dass man aber auf die ausländischen Arbeitskräfte angewiesen sei. Ausserdem, so die Betriebe, seien sie mit dem Ausmass bzw. der Reichweite des Problems überfordert. So sind denn auch Massnahmen oder Anstrengungen zur Diskussion dieser Problematik bisher weitgehend ausgeblieben. Die grossen öffentlichen Spitäler beider Kantone sind sich bewusst, dass ihre diesbezügliche Haltung, ihre Personalpolitik und ihre Rekrutierungspraxis politische Ausstrahlung besitzen und dass deshalb zu vermeiden sei, dass die Nachbarländer vor den Kopf gestossen werden.

[Auszug aus dem Teilbericht I: Die Perspektive der Arbeitgeber, S. 19]

Wie die Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal und der eigenen Rolle in diesem Kontext auf Seiten der MigrantInnen ist, ist schwieriger zu verallgemeinern. Es sind vor allem, aber nicht ausschliesslich, die ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die sich mit dem globalen Phänomen beschäftigen und sich auch Gedanken über die Konsequenzen ihrer Auswanderung für ihr Herkunftsland machen. Wie sie diese aber beurteilen, ist wiederum unterschiedlich. Unter der Voraussetzung, dass man sich der ganzen Problematik nicht bewusst ist, ist auch das Interesse an einem Engagement zur Unterstützung der ausländischen Gesundheitssysteme oder des eigenen Herkunftslandes geringer.

²⁹ Vgl. auch Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?*, careum working paper 3, Zürich, Careum, S. 5.

³⁰ OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OECD, S. 59 und Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office, S. 7.

³¹ Vgl. Clark, Paul F.; Stewart, James B. et al. (2006). „The globalisation of the labour market for health-care professionals“, in: *International Labour Review*; 145 (1-2), S. 38ff.

Es lässt sich vermuten, dass auf Seiten der MigrantInnen Unterschiede bestehen zwischen Personen aus den EU-Staaten und Drittstaatsangehörigen. Die europäische Gesellschaft ist vergleichsweise stark individualisiert, so dass die einzelnen Personen weniger an die kollektiven Auswirkungen ihres Handelns denken. Ausserdem ist Mobilität in Europa ausdrücklich erwünscht und mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen auch erheblich erleichtert worden. Deshalb stösst auch die Frage nach einer allfälligen finanziellen Kompensation der Herkunftsländer für die verlustig gegangenen Ausbildungsinvestitionen bei vielen MigrantInnen auf Unverständnis.

3 Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal

Wenn die Schweiz auf ausländisches Personal zurückgreifen muss, stellt sich die Frage, auf welche Weise dies geschieht. Das heisst auf der Arbeitgeberseite, auf welchen Wegen und mit welchen Mitteln diese Fachpersonen rekrutiert werden. Seitens der ausländischen Fachpersonen stellt sich die Frage, wie diese auf die Stellenangebote aufmerksam werden und welche Erfahrung sie mit der Rekrutierung in das schweizerische Gesundheitswesen machen.

3.1 Strategien der Rekrutierung im In- und Ausland

Die Befragung der Betriebe in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt hat gezeigt, dass die Betriebe durch die zunehmenden Engpässe auf dem Arbeitsmarkt nach immer neuen Rekrutierungsstrategien suchen und immer mehrere Rekrutierungskanäle gleichzeitig nutzen.

Inserate, Imagepflege und Internet

Viele Betriebe erhalten immer noch Spontanbewerbungen, allerdings immer seltener. Auch die Mund-zu-Mund-Werbung, die vom Beziehungsnetz und dem Austausch der Angestellten verschiedener Betriebe profitiert, führt laut einigen Betrieben zu zusätzlichen Bewerbungen. Dies gilt insbesondere für die Ärzteschaft und das ausländische Pflegefachpersonal. Im Bewusstsein dessen, dass das qualifizierte Personal die Betriebe – unter anderem durch Beurteilungen von BerufskollegInnen – vergleicht, sind einige Privatkliniken und auch Universitätsspitäler vermehrt darum bemüht, ein Image als guter Arbeitgeber nach aussen zu tragen. Viele Betriebe planen, sich auch vermehrt an Messen und Veranstaltungen als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Am meisten und auch am erfolgreichsten eingesetzt wird die Personalwerbung im Internet, sei es über die eigene Webseite der Betriebe oder auf Vermittlungsplattformen. Der Vorteil der externen Plattformen sei, dass das angesprochene Publikum viel grösser ist und das Finden des Inserats kein gezieltes Suchen in einem bestimmten Betrieb voraussetzt. Printinserate in den Zeitungen werden zum Teil noch publiziert, werden aber wegen der hohen Kosten eher gemieden. Auch der Rücklauf lasse bei den Zeitungsinseraten eher zu wünschen übrig.

Private Stellenvermittlungsagenturen

Die Dienstleistungen privater Stellenvermittlungsagenturen werden laut den befragten Arbeitgebern im Kanton Waadt häufiger und regelmässiger in Anspruch genommen als im Kanton Basel-Stadt. Die baslerischen Betriebe versuchen die hohen Kosten der Vermittlungsagenturen so weit wie möglich zu vermeiden. In beiden Kantonen werden die Agenturen meist bei so genannten Notfällen, d.h. bei kurzfristigen Ausfällen, engagiert: Wenn es darum geht, möglichst schnell temporäre Vertretungen zu finden. Laut den Agenturen nehmen die krankheitsbedingten Ausfälle bei den diplomierten Pflegefachpersonen zu. Bei kaum zu besetzenden Stellen in einigen Spezialgebieten, z.B. in der Operationstechnik oder der Intensivpflege, werden private Agenturen schon als erste Rekrutierungsstrategie eingesetzt.

Engagement in der Ausbildung

Auch die Rekrutierung durch ein verstärktes Engagement in der Ausbildung wurde als Strategie erwähnt. Nebst der Ausbildung im eigenen Betrieb schlägt ein Arbeitgeber den Abbau des Numerus Clausus, den engen Kontakt zu den Bildungsanbietern und das Angebot von Praktikumsplätzen als Massnahmen zur Ausbildungsförderung vor. Es gibt Betriebe, die sich stark für die Ausbildung von qualifiziertem Personal einsetzen

und andere, die sich weniger engagieren. Eine waadtländische Privatklinik stellt gar ausschliesslich ausgebildetes, diplomiertes und erfahrenes Pflegefachpersonal an. Im Gegensatz dazu betonen eine Privatklinik im Kanton Basel-Stadt und ein öffentliches Spital im Kanton Waadt, dass es ihnen ein Anliegen sei, möglichst viel diplomiertes Pflegefachpersonal auszubilden und nach dem Abschluss auch im Betrieb zu erhalten.

Spezialfall Ärzteschaft

Die Rekrutierung von Ärzten wird insgesamt als komplizierter empfunden und insbesondere auf einigen Spezialgebieten als fast unmöglich eingeschätzt. Entsprechend werden bei der Suche nach geeigneten ÄrztInnen noch mehr Kanäle genutzt. Dazu gehören das Inserieren in Fachzeitschriften und die gezielte Nutzung von Kontakten der bereits im Betrieb arbeitenden ÄrztInnen. Vermittlungsagenturen werden für die Rekrutierung von ÄrztInnen kaum beigezogen. Ein Spital in Basel berichtet, dass in besonders prekären Situationen und nach langem Abwarten und Suchen die Stellen oft auch durch Rochaden mit dem schon angestellten Ärztepersonal besetzt werden müssen.

[Auszug aus dem Teilbericht I: Die Perspektive der Arbeitgeber, S. 11-12]

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Betriebe durch die zunehmenden Engpässe auf dem Arbeitsmarkt nach immer neuen Rekrutierungsstrategien suchen. Es zeigt sich aber auch, dass vor allem das Internet und die Suche über Netzwerke immer mehr an Bedeutung gewinnen und am ehesten zum Erfolg führen.

3.1.1 Aktives Rekrutieren im Ausland

Der grösste Teil des ausländischen Personals muss heute laut den Personalverantwortlichen in den Betrieben nicht aktiv im Ausland abgeholt und informiert werden. Das Internet ermögliche den Stellensuchenden, auch aus dem Ausland auf dem Laufenden zu bleiben. Sie müssen deshalb nicht mehr direkt angesprochen und informiert werden. Deshalb und aufgrund von bisher wenig erfolgreichen Versuchen und von zusätzlichen Kosten sind die Betriebe laut eigenen Angaben grösstenteils eher zurückhaltend, was die aktive Rekrutierung im Ausland betrifft. Es kommt aber auch vor, dass sie in den Nachbarländern Inserate online oder in Fachzeitschriften publizieren, zum Teil nur in den Grenzregionen, teils aber auch flächendeckend.

Es ist aufgrund der Ergebnisse zu vermuten, dass die Tendenz bei der aktiven Rekrutierung im Ausland aber eher steigend ist. Denn auch Betriebe, die im Moment noch wenig aktiv im Ausland rekrutieren, rechnen damit, dass sie ihre Rekrutierungsaktivität im Ausland künftig steigern werden. Einige der befragten Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass die Schweiz z.B. in den Philippinen, in Indien oder in Portugal schon heute sehr offensiv rekrutiere.

3.1.2 Die Rolle von Personalvermittlungsagenturen

Bei der Rekrutierung im Ausland sind auch die Vermittlungsagenturen ein wichtiges Thema. Die Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung sind bezüglich der Rekrutierung über Personalvermittlungsagenturen im In- und Ausland nicht eindeutig ausgefallen. Während die Betriebe im Kanton Basel-Stadt bei der Suche nach Personal gemäss eigenen Angaben nur selten mit inländischen Agenturen zusammenarbeiten, werden diese im Kanton Waadt häufiger und regelmässiger in Anspruch genommen. Unter den waadtländischen Betrieben, die befragt wurden, gab es auch einen, der schon seit einigen Jahren über Agenturen in Kanada und seit kurzem auch in Portugal aktiv im Ausland rekrutiert.

Die Befragung des ausländischen Gesundheitspersonals hat im Gegensatz dazu gezeigt, dass die Rolle von ausländischen Vermittlungsagenturen grösser sein dürfte, als von der Arbeitgeberseite dargestellt. Mehr als ein Viertel der befragten Personen wurden über eine spezialisierte Agentur aus Kanada, Frankreich oder Belgien in die Schweiz rekrutiert.

Bei den ausländischen Agenturen war die Stellenvermittlung laut den vermittelten Personen meist an Bedingungen geknüpft. Fast immer war der Lohn während dem ersten Jahr tiefer, dafür wurden teilweise die Kosten für Unterkunft oder Versicherungen getragen. Dazu kam die Verpflichtung für eine Anstellung von mindestens einem Jahr Dauer. In einem Fall habe die Agentur mit Lohnkürzungen bei einer vorzeitigen Kündigung gedroht und die vermittelte Person mittels eines so genannten Coachings von einer früheren Kündigung abgehalten. Die betroffene Person hat sich davon stark eingeengt und überwacht gefühlt. Als Vorteil der Agenturen haben die Befragten erwähnt, dass diese die administrativen Aufgaben und den Aufwand für die Bewerbung abgenommen haben.

[Auszug aus dem Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals, S. 15]

Sowohl von Arbeitgeber- wie auch von Arbeitnehmerseite wurde gesagt, dass die Agenturen den Vorteil haben, dass sie die administrativen Aufwände für Diplomanerkennung und Aufenthaltserlaubnis übernehmen. Bei zunehmender Rekrutierung von ausländischem Personal, das direkt aus dem Ausland kommt, ist es wahrscheinlich, dass auch die Dienste von Agenturen häufiger genutzt werden, um den administrativen Aufwand für den Betrieb im Rahmen zu halten.³²

Diejenigen ExpertInnen, die sich zur Rolle von Personalvermittlungsagenturen geäussert haben, haben gesagt, dass inländische Personalvermittlungsagenturen in den grösseren Zentren wie Basel, Zürich, Genf oder Lausanne rege, in der Innerschweiz hingegen zurückhaltend genutzt würden. Wenn sich Personal aus dem Ausland vor der Einreise in die Schweiz bei Agenturen in der Schweiz anmeldet, sei auch die Rekrutierung über inländische Agenturen indirekt ein Rekrutieren im Ausland. Zum Teil wurden die Agenturen im Ausland, die Personal in die Schweiz vermitteln oder die schweizerischen Agenturen, die mit ausländischen Agenturen zusammenarbeiten, als sehr aggressiv bei der Rekrutierung und als sehr undurchsichtig beurteilt. Dass zur Praxis der international tätigen Rekrutierungsagenturen im Verhältnis zu deren steigenden Bedeutung relativ wenige Informationen bestehen, wird auch in der Literatur so beurteilt.³³ In welchem Ausmass die Betriebe mit ausländischen Agenturen zusammenarbeiten, muss im Moment auch für den schweizerischen Kontext zu einem gewissen Grad offen gelassen werden.

3.1.3 Beachtung von Richtlinien über eine ethische Personalrekrutierung

Mit der internationalen Rekrutierung und den damit verbundenen ethischen Problemen beschäftigt sich auch die WHO schon seit längerem. An der 63. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 hat die WHO nun den *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* verabschiedet.³⁴ Der Code ist freiwillig und soll den Mitgliedsstaaten als ethisches Regelwerk bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal dienen.

³² Vgl. Maybud, Susan; Wiskow, Christiane (2006). „„Care Trade“: The international brokering of health care professionals“, in: Kuptsch, Christiane (Hrsg). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office, S. 231.

³³ Connell, John; Stilwell, Barbara (2006). „Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain“, in: Kuptsch, Christiane (Hrsg). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office, S. 243.

³⁴ WHO (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genf, WHO.

Die im Code enthaltenen Grundsätze sollen in der nationalen Politik und Gesetzgebung der Mitgliedstaaten umgesetzt werden, unter Umständen auch mittels bi- oder multilateralen Abkommen.³⁵

Im Kontext der Verhandlungen zum WHO Code of Practice wurden die Betriebe in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt gefragt, ob sie bereits heute Richtlinien über eine ethische Rekrutierung von Gesundheitspersonal beachten. Die Ergebnisse führten zur These, dass sich zum heutigen Zeitpunkt noch kaum ein Betrieb im schweizerischen Gesundheitswesen an betriebsinterne oder internationale Richtlinien hält, weil das Tagesgeschäft und die Versorgungsknappheit wenig Raum für Gedanken über eine ethische Rekrutierungspolitik lassen.

Diese These wird von den befragten ExpertInnen durchgehend bestätigt. Die ethische internationale Rekrutierung sei zwar auf der globalen Polit-Ebene, aber weniger auf Betriebsebene ein Thema. Dafür sind verschiedene Gründe zu nennen: Erstens wird es als fraglich eingeschätzt, inwiefern diese ethischen Richtlinien bei den Betrieben überhaupt bekannt sind. Hier orten die ExpertInnen Bedarf an Information und Sensibilisierung durch die Behörden. Zweitens wird darauf hingewiesen, dass auf Ebene der Betriebe kaum etwas erwartet werden kann, wenn auf übergeordneter Ebene keine Empfehlungen über eine ethische Personalrekrutierung abgegeben werden. Drittens sei es tatsächlich so, dass die Betriebe bei der Rekrutierung fast immer aus einer Notsituation heraus handelten und deswegen unter zu grossem Handlungsdruck stünden.

3.2 Erfahrung des ausländischen Personals mit der Rekrutierung und Stellensuche

Die Befragung der ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen zu ihren Erfahrungen mit der Rekrutierung und der Stellensuche hat ergeben, dass diese ihre erste Stelle in der Schweiz vor allem über das Internet, über Agenturen und über ihr Netzwerk gefunden haben. Letzteres trifft vor allem für die Ärzteschaft zu, die durch das akademische Umfeld auch international stärker vernetzt ist.

Aufgrund der Studienergebnisse kann gefolgert werden, dass die Migrationsgründe entscheiden, ob mit der Stellensuche im Herkunftsland oder in der Schweiz begonnen wird. Wer aus beruflichen Gründen migrieren will, sucht meist noch im Herkunftsland nach einer Stelle in der Schweiz. Wer hingegen aus nicht-beruflichen Gründen – z.B. für die Familiengründung – migriert, sucht meist erst nach der Niederlassung in der Schweiz eine Stelle.

Für die gut qualifizierten Arbeitskräfte aus EU-Staaten ist es relativ einfach, eine Stelle zu finden, die ihren Vorstellungen entsprechen. Dies zeigt sich darin, dass diese das Bewerbungsverfahren meist als sehr zügig und unkompliziert wahrgenommen haben. Die Erfahrungen des ausländischen Gesundheitspersonals entsprechen also diesbezüglich der Aussage der Arbeitgebervertretungen, dass es meist relativ wenige BewerberInnen auf eine Stelle gibt. ExpertInnen weisen darauf hin, dass die sprachlichen und fachlichen Kompetenzen und die Anerkennung der Diplome entscheidend dafür sind, wie leicht eine Stelle gefunden werden kann.

3.3 Praxis der Diplomanerkennung und Aufenthaltsbewilligung

Zur Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal gehört für die Betriebe auch das administrative Prozedere beim Antrag auf eine Aufenthaltsbewilligung der anzustellenden

³⁵ Vgl. WHO (2009). *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel. Background paper.* Genf, WHO.

Personen.³⁶ Auch die Anerkennung der Diplome ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema. Die Studienergebnisse zeigen, dass auf der Arbeitgeberseite eine grosse Routine besteht beim Umgang mit diesen Formalitäten. So sind die Betriebe beispielsweise sehr gut informiert über den Prozess der Diplomanerkennung in der Pflege. Ob sie die Anerkennung schon bei der Anstellung voraussetzen, ihre Angestellten bei der Anerkennung unterstützen und das Verfahren teilweise mitfinanzieren oder ob sie die Anerkennung des Diploms bei einigen Mitarbeitenden sogar eher verschleppen, ist je nach Betrieb unterschiedlich.

Es gibt auch Spitäler und Heime, die eine Diplomanerkennung unbedingt voraussetzen oder die Anerkennung ganz der Verantwortung der zukünftigen Angestellten und deren Einsatz von Zeit und finanziellen Ressourcen überlassen. Diese Praxis kann laut der Erfahrung einer Personalvermittlungsagentur dazu führen, dass sich einige ausländische Fachkräfte wegen dem zeitlichen und finanziellen Aufwand für die Anerkennung zumindest kurzfristig unterqualifiziert anstellen lassen: Sie arbeiten dann mit einer Ausbildung als diplomierte Pflegefachperson nur als Pflegeassistentin und in einigen Fällen als Arzt nur in der Pflege.

[Auszug aus dem Teilbericht I: Die Perspektive der Arbeitgeber, S. 16]

Die aktuelle Situation sieht laut den Expertinnen und Experten so aus, dass es immer weniger diplomierte Pflegefachpersonen aus dem Ausland gibt, die ihr Diplom nicht anerkennen lassen, da die Kantone in den öffentlichen Betrieben besser kontrollieren, ob das Personal seinen Kompetenzen entsprechend angestellt ist und dabei die entsprechenden Nachweise verlangen. In privaten Institutionen ist die Praxis von der Absicht der Personalleitungen abhängig. Für die MigrantInnen besteht das Problem darin, dass sie für die Anerkennung auf die Information und die (finanzielle) Unterstützung des Betriebes angewiesen sind. Für die ausländischen Pflegefachpersonen ist die erfolgreiche Diplomanerkennung ein grosser Schritt. Bei Aufschulungen zum Zweck der Diplomanerkennung werden die Kompetenzen je nach Fall im Vergleich zu denjenigen, die während der Ausbildung im Herkunftsland erworben wurden, schon massgeblich verbessert.

3.4 Rekrutierungsländer

Die Schweiz rekrutiert das Gesundheitspersonal vor allem aus den EU-Staaten. Dies ist vor allem auf das duale System bei der Zulassung ausländischer Arbeitskräfte zurückzuführen. Wenn die Schweiz über den EU-Raum hinaus rekrutiert, dann hauptsächlich aus den OECD-Staaten.³⁷

3.4.1 Bedeutung der Nachbarländer

Hervorzuheben ist insbesondere auch die Bedeutung der Nachbarländer der Schweiz. Der grösste Teil des qualifizierten ausländischen Gesundheitspersonals, das in der Schweiz tätig ist, kommt aus Deutschland, Frankreich, Italien und (zu einem geringeren Teil) aus Österreich.³⁸ Dabei ist auch der Grenzgängeranteil ziemlich hoch. So hat z.B. Genf ein grosses Einzugsgebiet für Personal aus Frankreich, der Kanton Tessin für Personal aus Italien und die Grenzkan- tone in der Nordschweiz einen grossen Zulauf von GrenzgängerInnen aus Deutschland.

³⁶ Seit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens im Jahr 2002 hat sich dieses für die Angehörigen von EU- und EFTA-Staaten massgeblich vereinfacht.

³⁷ OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OECD, S. 59.

³⁸ Vgl. Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Dass die Nachbarländer den grössten Teil des ausländischen Gesundheitspersonals in der Schweiz stellen, bringt gewisse Probleme mit sich. Wenn diese Länder ihre Personalpolitik im Gesundheitswesen ändern und die Arbeitsbedingungen verbessern und das Personal dadurch nicht mehr auswandert oder gar wieder zurückkehrt, kann das für die Schweiz tiefgreifende Folgen haben. Dass sich solche Tendenzen bereits abzeichnen, zeigt das Beispiel der deutschen Ärzteschaft. Für diese wurden einerseits die Arbeitsbedingungen deutlich verbessert und andererseits wurde 2004 die 18-monatige Phase als AiP (Arzt im Praktikum) abgeschafft, das die StudienabgängerInnen in grosser Zahl veranlasst hat, direkt nach dem Studium in der Schweiz als AssistenzärztInnen zu arbeiten, um diese Praktikumsphase zu umgehen. Ein weiteres Beispiel sind die Befürchtungen im Kanton Tessin, Italien könnte den Druck auf die diplomierten Pflegefachpersonen erhöhen, ihre Weiterbildungen in Italien zu absolvieren, wenn ihr Diplom gültig bleiben soll. Der Kanton Tessin hat darauf reagiert, indem er beim Angebot von Weiterbildungskursen mit Italien zusammenarbeitet.

3.4.2 Kriterien für bevorzugte Rekrutierungsländer

Unabhängig von der tatsächlichen Zusammensetzung der Nationalitäten bei ihren angestellten Gesundheitsfachpersonen wurden die Betriebe danach gefragt, aus welchen Ländern sie aus welchen Gründen bevorzugt rekrutieren. Ethische Aspekte wie z.B. die Personaldichte im Herkunftsland, wurden kaum als Kriterium beachtet bei der Rekrutierung. Es sind folgende vier Kriterien, die für die Personalverantwortlichen ausschlaggebend sind:

- Sprachkenntnisse: Am idealsten sind Personen mit der im Betrieb gesprochenen Sprache als Muttersprache.
- Kompetenzen: Je mehr Kompetenzen aufgrund der Ausbildung im Herkunftsland bereits mitgebracht werden, desto besser.
- Ausbildung: Je näher beim schweizerischen Standard, desto besser.
- Kulturelles Verständnis und Integrationsvermögen

Auch die befragten ExpertInnen haben darauf hingewiesen, dass nicht beliebig Personal jeglicher Nationalität rekrutiert werden könne, auch wenn die Einwanderungspolitik dies erlauben würde. Vor allem im Bereich der Langzeitpflege in Heimen und in der Spitex setze die Sprache und Kultur der Rekrutierung bezüglich der Herkunftsländer enge Grenzen.

3.4.3 Migrationswege

Die Schweiz und die Länder, aus denen sie den grössten Zustrom an ausländischem Gesundheitspersonal verzeichnet, befinden sich in einem globalen Wanderungsschema, das auch als „Domino-Effekt“, „Wasserfall-Modell“ oder „Karussell-Effekt“ bezeichnet wird. Diese *migration chain* kommt zustande, indem Stellen, die wegen Abwanderung frei werden, wiederum durch MigrantInnen ersetzt werden.³⁹ Die Schweiz rekrutiert vor allem in Deutschland und Frankreich, und diese beiden Länder rekrutieren wiederum in Belgien, Holland und den neuen EU-Staaten. Somit steht die Schweiz wie z.B. Australien, Kanada und die USA nahe am Ende des Wasserfalls, also da, wo vor allem eingewandert wird und wenig Personal in andere Länder weiter wandert.⁴⁰

Die Migrationswege des befragten Gesundheitspersonals haben die Richtungen vorgezeichnet, in die das hier einwandernde Personal hauptsächlich migriert: Ost-West (innerhalb Europas und von Asien nach Europa), Nord-Süd innerhalb Europas, Süd-Nord (innerhalb Europas und von Afrika nach Europa), Nordamerika-Europa und Mittelamerika-Europa.

³⁹ Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zürich, Seismo, S. 112.

⁴⁰ Vgl. OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OECD, S. 59f.

Die Migrationswege in die Schweiz sind vor allem auf geographische, sprachliche und kulturelle Nähe zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch in den Kriterien für die von den Betrieben bevorzugten Rekrutierungsländer (siehe Kapitel 3.4.2) und den Vorzügen der Schweiz, die das befragte ausländische Gesundheitspersonal teilweise als Anziehungspunkte angegeben hat. Anders als z.B. Frankreich oder Grossbritannien ist die Schweiz nicht in postkoloniale Wanderungsströme eingebunden.

4 Das ausländische Gesundheitspersonal in der Schweiz

Die vorliegende Studie hat einige wichtige Erkenntnisse dazu gebracht, wer die ausländischen Gesundheitsfachpersonen sind, die in der Schweiz arbeiten, weshalb sie in der Schweiz sind und wie sich ihre berufliche Tätigkeit in der Schweiz ausgestaltet. Erwartungsgemäss hat die Befragung bestätigt, dass in der Schweiz schon seit Jahrzehnten auf Gesundheitspersonal aus dem Ausland zurückgegriffen werden muss. Denn auch das befragte Gesundheitspersonal ist zum Teil schon vor 1980 mit einem Diplom aus dem Ausland in die Schweiz eingereist, um hier zu arbeiten. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass das ausländische Gesundheitspersonal bei der Einwanderung in die Schweiz meist noch relativ jung ist. Dies, weil der Entscheid für eine Migration relativ früh im Lebenslauf gefällt wird: Meist sind die befragten Personen direkt nach dem Ausbildungsabschluss oder beim Entscheid zur Familiengründung in die Schweiz eingewandert.

4.1 Beweggründe für die Migration

Eine zentrale Frage ist, welche Faktoren die Gesundheitsfachpersonen dazu bewegen, ihr Herkunftsland zu verlassen (Push-Faktoren) und in die Schweiz einzuwandern (Pull-Faktoren). Es ist vor allem die Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen und auf bessere berufliche Perspektiven, die als wichtigste Push- und Pull-Faktoren dazu bewegen, in die Schweiz zu kommen. Denn die Arbeitsbedingungen im Herkunftsland werden verglichen mit der Schweiz immer als weniger gut beurteilt, sowohl bezüglich des Einkommens wie auch der „weichen“ Arbeitsbedingungen, z.B. der höheren Anerkennung des Pflegeberufs oder der Teamstrukturen. Auch nicht-berufliche Gründe sind häufig ausschlaggebend für den Entscheid, auszuwandern. Dazu gehören vor allem familiäre Netzwerke, Familiengründung und Partnerschaft. Wenn der Partner oder die Partnerin beispielsweise schweizerischer Herkunft ist oder in der Schweiz bessere Karrierechancen hat, ist das oft ein wichtiger Grund, um als so genannte *tied mover* in die Schweiz auszuwandern.⁴¹ Vor allem für Personen aus Nicht-EU-Staaten kommt der Faktor der Verbesserung der Lebensbedingungen dazu.

Arbeitsbedingungen

Als Teil der politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen wurden sowohl von Ärzten wie auch von diplomierten Pflegefachpersonen am häufigsten ungünstige Arbeitsbedingungen als Grund genannt, das Herkunftsland zu verlassen. Speziell erwähnt wurde mehrmals der zu tiefe Lohn. Einerseits sei der Lohn in einem Missverhältnis zur geleisteten Arbeit gestanden und andererseits habe er nicht zur Sicherung der Existenz ausgereicht. Die Arbeitszeit wurde ebenfalls mehrfach als nicht mehr tragbar erwähnt. Im ärztlichen Bereich betrifft die Kritik eine generell zu hohe Arbeitszeit wegen zu vielen Zusatzaufträgen, die die Vorgesetzten zum Kompensieren ihres eigenen tiefen Einkommens akquiriert haben. In der Pflege wurde vor allem das kanadische System kritisiert, in welchem die dienstältesten Pflegefachpersonen ihre Arbeitszeiten wählen konnten und die Berufseinsteigerinnen die übrig bleibenden Arbeitszeiten übernehmen mussten. Die Befragten wurden während zwei Jahren zur ausschliesslichen Nachtarbeit und zur Arbeit auf Abruf verpflichtet. Das Dienstaltersprinzip scheint in Kanada auch heute noch bestimmend für die Arbeitszeiten zu sein.⁴² Als weitere arbeitsbedingte Push-Faktoren wurden von Pflegefachpersonen verschiedenster Herkunft die hohe psychische Belastung der Arbeit, fehlende Aner-

⁴¹ Vgl. Mincer, Jacob (1978). „Family Migration Decisions“, in: Journal of Political Economy; 86 (5).

⁴² Vgl. Shields, Margot; Wilkins, Kathryn (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa, Ministre de l'Industrie.

kennung und zu geringe Kompetenzen angegeben. Die meisten der als Push-Faktoren angegebenen Arbeitsbedingungen werden im Übrigen auch von Pflegefachpersonen in der Schweiz kritisiert und sind ein generelles Risiko für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf.

Von einem Umzug in die Schweiz erhofften sich viele der Befragten, dass die Arbeitsbedingungen hier entsprechend besser würden. Speziell erwähnt wurde – vor allem von Ärztinnen und Ärzten – der im Vergleich zum Herkunftsland bessere Lohn. Im Pflegebereich wurden die weitergehenden Kompetenzen, die höhere soziale Ankerkennung des Pflegeberufs und die Möglichkeit der Einflussnahme auf Einsatzpläne als besonders positiv hervorgehoben.

[Auszug aus dem Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals, S. 10]

Mit den genannten Beweggründen für die Auswanderung in ein anderes Land bildet das Gesundheitspersonal keine Ausnahme: Der grösste Teil derjenigen Personen, die global migrieren, tun dies entweder wegen der Aussicht auf eine Stelle und berufliche Perspektiven oder um ein Familienmitglied zu begleiten, das wegen Arbeit und Beruf migriert.⁴³

Die Migrationsentscheide sind auch beim Gesundheitsfachpersonal persönliche Entscheide, die je nach Herkunftsland und Lebenslauf sehr verschieden ausfallen können und durch den sozialen und ökonomischen Kontext beeinflusst werden.⁴⁴ Die Schweiz kann zweifellos von ihrem hohen Lohnniveau und von den insgesamt besseren Arbeitsbedingungen⁴⁵, aber auch von der hohen Lebensqualität und dem guten Ruf im internationalen akademischen Umfeld profitieren. Diese Aspekte machen sie attraktiv für das ausländische Gesundheitspersonal.

4.2 Zukünftige Migrationsabsichten

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen in den meisten Fällen dauerhaft in der Schweiz bleiben wollen. Vor allem, weil sie im Ausland keine echte Option zu den in der Schweiz vorfindbaren Arbeitsbedingungen und Perspektiven im Beruf sehen und weil sie sich hier privat und beruflich integriert und installiert haben. Eine Rückkehr in das Herkunftsland oder das Weiterwandern in ein drittes Land könnten sich die meisten nur unter ganz spezifischen Bedingungen vorstellen. Das heisst also, dass die permanente Migration in die Schweiz wahrscheinlich häufiger ist und die Schweiz nicht Zwischenstation in einer längeren Migrationsplanung ist.

Verbleib in der Schweiz

Fast alle der Befragten haben vor, in der Schweiz zu bleiben. Und die meistgenannte Begründung war, dass die Familie sich inzwischen in der Schweiz eingelebt hat, d.h., dass die Kinder hier in die Schule gehen und gut integriert sind und dass auch die Partner sich beruflich in der Schweiz installiert haben. Als weitere Gründe für einen Verbleib in der Schweiz wurden folgende genannt: die Attraktivität der heutigen Anstellung, gute Arbeitsbedingungen, keine vergleichbare berufliche Perspektive im Ausland, die Sicherheitslage in der Schweiz, gesundheitliche Probleme, eine Eigentumswohnung oder die gute Erreichbarkeit des Herkunftslandes per Flugverbindung.

⁴³ Kingma, Mireille (2006). *Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy*. New York, Cornell University Press, S. 11.

⁴⁴ Vgl. auch Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office, S. 12.

⁴⁵ Vgl. Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?*, careum working paper 3, Zürich, Careum, S. 10.

Rückkehr in das Herkunftsland

Die Befragten wollen also grundsätzlich in der Schweiz bleiben, und dies auch, weil die Rückkehr ins Herkunftsland für sie keine echte Option darstellt. Die Faktoren, die sie von einer Rückkehr ins Herkunftsland abhalten, lassen sich zu einem grossen Teil mit den Push-Faktoren vergleichen, die ursprünglich zum Entscheid beigetragen haben, das Land zu verlassen. Die Beurteilung des Herkunftslandes ist bei den meisten inzwischen geprägt durch ihre Erfahrungen und ihre Wahrnehmung der Verhältnisse in der Schweiz. So haben sich auch die Gründe gegen eine Rückkehr in das Herkunftsland gegenüber den Gründen für das Auswandern inzwischen konkretisiert. Daraus ergeben sich folgende Hindernisse für eine Rückkehr ins Herkunftsland:

1) Arbeitsbedingungen, berufliche Perspektiven und Aus- und Weiterbildung

Einige finden die Arbeitsbedingungen im Herkunftsland noch immer zu schlecht oder halten die Strukturen im Gesundheitswesen ihres Landes für nicht mehr hinnehmbar, wenn man einmal im schweizerischen System gearbeitet habe. Speziell genannt wurde hierzu die fehlende Wertschätzung des Pflegeberufs im Ausland. Andere fürchten, dass sie Mühe hätten, sich wieder an die dortige Arbeitsweise anzupassen, da die Arbeitsmethoden, Kompetenzen und die Infrastruktur vor Ort sehr anders seien. In einem Fall wird auch befürchtet, dass im Herkunftsland kaum ein wunschgemässer Job zu finden wäre. Vor allem ÄrztInnen kritisierten den Zustand des Gesundheitssystems generell, z.B. das Fehlen von kompetentem Gesundheitspersonal für eine gute Zusammenarbeit.

2) Politische, wirtschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen im Herkunftsland wurden nur wenige Aspekte genannt und nur von Befragten aus Nicht-EU-Staaten. So etwa die Korruption des Systems, eine prekäre Situation im Herkunftsland oder die Mentalität, die inzwischen als weniger gut beurteilt wird als die schweizerische.

3) Familie und Partnerschaft

Die dritte Art von Begründungen betrifft wiederum die Familie und persönliche Beziehungen. Einige haben erwähnt, dass sich der Kern der Familie inzwischen in die Schweiz verschoben hat und sie kaum mehr Verwandte oder Familienmitglieder im Herkunftsland haben. Auch die Partnerin oder der Partner kann ein Hindernis für eine Rückkehr ins Herkunftsland sein. Bei einer Person will der Partner auf keinen Fall zurück in das Herkunftsland, bei einer anderen erlaubt der Gesundheitszustand des Partners generell keinen Umzug ins Ausland. Eine Person meinte auch, dass sie überhaupt keine Wurzeln mehr im Herkunftsland habe.

[Auszug aus dem Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals, S.12-13]

4.3 Qualifikation

Aufgrund der Ergebnisse aller drei Studienphasen kann die These aufgestellt werden, dass die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen in der Schweiz, gemessen am Standard ihres Herkunftslandes, vergleichsweise gut oder sogar überdurchschnittlich qualifiziert sind. Auch in der Literatur sind dafür Anhaltspunkte zu finden: Die Bestqualifizierten

und Erfahrungsten sollen am meisten im Stande sein, zu migrieren, gelangen aber auch oft in Jobs unterhalb ihrer formellen Qualifikationen.⁴⁶

Die Qualifikationen und Kompetenzen des ausländischen Gesundheitspersonals werden dem schweizerischen Standard durch das Anerkennungsverfahren des SRK in der Pflege und durch die Voraussetzungen für die Anerkennung der ärztlichen Diplome angeglichen. Dies ist laut einigen Experten umso wichtiger, weil die Schere zwischen der Ausbildung im Ausland und in der Schweiz in der Pflege zunehmend grösser werde und das Qualifikationsniveau je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich hoch sei.

4.4 Berufliche Chancen, Anstellung, Einsatz

Beim Einsatz des ausländischen Gesundheitspersonals in der Schweiz, so kann aufgrund der Studienergebnisse geschlossen werden, werden in der Regel keine Unterschiede zum schweizerischen Personal gemacht. Sowohl im ärztlichen wie auch im Pflegebereich haben alle MigrantInnen Chancen zur beruflichen Entwicklung, auf Führungspositionen und auf Weiter- und Fortbildungen. „Brain waste“, also eine nicht-adäquate Einbindung des ausländischen Fachpersonals in das Gesundheitssystem durch die Anstellung überqualifizierter Personen, kommt auch laut den ExpertInnen immer weniger vor. Allerdings sind die Anerkennung des Diploms und das Beherrschen der Sprache wichtige Voraussetzungen für die Chancen auf eine adäquate Anstellung und berufliches Weiterkommen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass das als Assistenzpersonal tätige ausländische Gesundheitspersonal nicht in diese Studie einbezogen wurde. Laut ExpertInnen dürften nicht-adäquate Anstellungen bei den Angestellten mit einer Qualifikation unter der Tertiärstufe sowie in Alters- und Pflegeheimen und im privaten Sektor etwas häufiger vorkommen.

Ihre berufliche Zukunft sehen die meisten Studienteilnehmenden positiv. Viele möchten gerne auf der jetzigen Stelle weiterarbeiten – zwei sogar möglichst bis zur Pensionierung – und weiter an ihrer Karriere arbeiten. Sowohl die Ärztinnen und Ärzte wie auch die Pflegefachpersonen haben die Absicht, sich stetig weiterzubilden. Einige haben sogar grössere Weiter- bzw. Fortbildungen geplant, z.B. Spezialisierung, Masterabschluss, Doktorat oder Professur. Ihre Chancen auf Fortbildungen schätzen die meisten als gut ein. Nur eine Person hat gesagt, sie beurteile die Chancen auf ihre gewünschte Spezialisierung als gering, weil sie an der Erfüllung der Voraussetzungen dafür gehindert sei. Und eine andere Person hat gesagt, in ihrem Betrieb seien Weiterbildungen in der Pflege dem Kader vorbehalten.

Das Gros der Befragten hat also vor, im Beruf weiterzuarbeiten. Nur eine einzige Person hat vor, auszusteigen und sich beruflich neu zu orientieren, weil sie die Belastung des Pflegeberufs nicht mehr tragen will. Eine andere Person könnte sich vorstellen, mittelfristig noch eine neue Ausbildung im sozialen Bereich zu machen. Und eine dritte Person bereitet sich aus gesundheitlichen Gründen auf ein Ausscheiden aus dem Berufsleben vor.

[Auszug aus dem Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals, S. 19]

⁴⁶ George, Asha (2007). *Human Resources for Health: A Gender Analysis*. Review Paper prepared for the Women and Gender Equity, and Health Systems, Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health, S. 31.

Einige BetriebsvertreterInnen und ExpertInnen weisen darauf hin, dass bei einem hohen Anteil an ausländischem Personal in einem Betrieb besonders auf die Teamzusammensetzung geachtet werden muss. Es dürften vor allem wegen der Sprache nicht zu viele Personen der gleichen Nationalität in einem Team arbeiten.

Ein Unterschied, der zwischen ausländischem und schweizerischem Gesundheitspersonal laut ExpertInnen generell festzustellen ist, ist der Beschäftigungsgrad: Das ausländische Personal arbeitet öfter Vollzeit, was für die Betriebe Vorteile bringt. Diese Feststellung wird gestützt durch den Obsan-Bericht, der für das ausländische Gesundheitspersonal einen generell höheren Beschäftigungsgrad ausweist.⁴⁷

4.5 Arbeitsbedingungen

Die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen wurden auch nach ihren Arbeitsbedingungen und nach ihrer Zufriedenheit damit gefragt. Dies vor dem Hintergrund, dass die Ausbeutung und Diskriminierung von migrierendem Gesundheitspersonal weltweit relativ weit verbreitet ist.⁴⁸ Bezüglich der Situation in der Schweiz kann aufgrund der Studienergebnisse davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsbedingungen des qualifizierten ausländischen Gesundheitspersonals in der Regel gleich sind wie diejenigen des schweizerischen Personals und dass die Arbeitgeber nicht auf ausländisches Fachpersonal zurückgreifen, um Stellen mit ungünstigen Bedingungen zu besetzen. Das Arbeitsrecht der Schweiz schützt die Arbeitnehmenden im internationalen Vergleich gut und laut Arbeitgebenden und ExpertInnen sind die ausländischen Angestellten auch sehr gut über ihre Rechte informiert. Dazu kommt die angespannte Personalsituation, die es den Ärztinnen und Ärzten und dem diplomierten Pflegefachpersonal laut Arbeitgebenden und ExpertInnen ohne grosse Schwierigkeiten erlaubt, die Stelle zu wechseln, wenn die Arbeitsbedingungen in deren Augen nicht tragbar sind. Für Assistenzpersonal, das in dieser Studie nicht berücksichtigt wurde, dürfte der diesbezügliche Spielraum eingeschränkter sein.

Die Befragung des ausländischen Gesundheitspersonals lässt aber auch feststellen, dass es in einigen Fällen zur Diskriminierung von ausländischen Fachkräften kommt.⁴⁹ Einerseits auf der Ebene von Lohn, andererseits auch durch soziale Isolation, aufgrund der geringeren Sprachkenntnisse, der Hautfarbe oder anderem. Besonders bei der in der Befragung nicht explizit berücksichtigten Vermittlung von ausländischen Pflegekräften zur privaten Pflege orten viele Experten eine hohe Gefahr, dass diese Personen zu sehr ungünstigen Bedingungen angestellt werden, da diese Vermittler kaum reguliert sind. Hier dürfte es auch häufiger vorkommen, dass Personen aus dem Ausland nur für die 90 Tage angestellt werden, für die für Bürger von EU-17- und EFTA-Staaten keine Arbeitsbewilligung nötig ist.

Im Fall von Lohndiskriminierung ist laut ExpertInnen auch in der Schweiz das Risiko in privaten Institutionen grösser.⁵⁰ In den öffentlichen Institutionen sind die Arbeitsbedingungen besser reguliert und kontrolliert. Die Stellenprofile sollten hier klar definiert und an ein vorgegebenes Lohnniveau geknüpft sein. Problematisch bleibt aber auch dann, dass das ausländische Diplom oder die beschränkten Sprachkenntnisse als Argument für einen geringeren Lohn verwendet werden können. Es kommt also zu einem gewissen Grad auch immer auf die Absicht

⁴⁷ Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁴⁸ Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zürich, Seismo, S. 118f.

⁴⁹ Auf die Tatsache, dass auch hochqualifizierte MigrantInnen Opfer von ethnischer Diskriminierung und Vorurteile werden, weist u.a. diese Publikation hin: Piper, Nicola (2005). *Gender and migration*. Genf, Global Commission on International Migration, S. 45.

⁵⁰ Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office, S. 19.

der Betriebe und deren Personalverantwortliche ab, wie die Qualifikationen der ausländischen Angestellten bewertet werden.

Drei Pflegefachpersonen haben explizit ausgesprochen, dass sie beim Lohn diskriminiert werden oder wurden. Eine davon hat dies erst gemerkt, als sie in eine leitende Funktion befördert wurde, in der sie mit der Lohnverwaltung zu tun hatte. Der betroffenen Person zufolge ist es üblich, auch in kantonalen Betrieben die Lohnstufen sehr flexibel zu handhaben. Eine andere Person mit privatem Arbeitgeber wurde bereits beim Stellenantritt benachteiligt, mit der Begründung, dass sie ein Diplom aus einem Drittstaat mitbringe. Später wurde ihr Lohn nach der Diplomanerkennung nicht wie versprochen erhöht: Diese versprochene Lohnerhöhung wurde stillschweigend unterschlagen, indem nur die allgemeine Leistungsbeurteilung im ersten Arbeitsjahr mit einer Lohnerhöhung honoriert wurde, ohne den ursprünglich versprochenen Betrag dazu zu zählen. Heute, nach einigen Jahren im Betrieb, weiss die betroffene Person, dass sie monatlich ca. 500 bis 600 Franken weniger verdient als ihre Kolleginnen und Kollegen mit einem europäischen Diplom.

Hervorzuheben ist, dass das befragte ausländische Gesundheitspersonal die aktuellen Arbeitsbedingungen teilweise mit denjenigen im Herkunftsland oder gar mit dem Szenario der Arbeitslosigkeit vergleicht und auf Grundlage dieses Vergleichs als positiv beurteilt und damit den Verzicht auf eine Forderung nach Gleichbehandlung begründet. Auch solche Befragte, die von sich selber sagten, sie würden nicht diskriminiert, haben zum Teil den Eindruck geäußert, dass ausländisches Gesundheitspersonal generell mit weniger Lohn zufrieden sei als schweizerisches Personal.

[Auszug aus dem Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals, S. 20]

Auch Personal auf Assistenzstufe oder ohne Ausbildung dürfte viel gefährdeter sein für eine Ausbeutung. Gegen eine allfällige Diskriminierung bei Lohn und anderen Anstellungsbedingungen kann sich das ausländische Personal umso besser wehren, je besser qualifiziert, je sprachlich kompetenter, je länger in der Schweiz und je besser organisiert und informiert es ist. Der Organisationsgrad des ausländischen Personals ist aber vergleichsweise tief, wie die Angaben von curahumanis, SBK und VSAO zeigen.

Erwähnung finden sollte auch, dass das ausländische Gesundheitspersonal unabhängig von der Herkunft zum Teil mit rassistischen Äusserungen von PatientInnen und seltener auch mit unterschwelligem Rassismus in den Teams zurechtkommen muss und dadurch teilweise in der Berufsausübung eingeschränkt ist. In solchen Fällen ist die Unterstützung der Betroffenen durch den Arbeitgeber von grosser Wichtigkeit.

5 Policy-Massnahmen und Entwicklungspotential

Wie in der Einleitung des Berichts bereits erwähnt wurde, ist eine zentrale Frage dieser Studie, welche Massnahmen von Arbeitgeberseite, Arbeitnehmerseite und ExpertInnen für die nationale und internationale Ebene vorgeschlagen werden, um mit der Situation des Personalbedarfs und der internationalen Migration von Gesundheitspersonal umzugehen und das Entwicklungspotential der Migration zu nutzen. Diese Frage nimmt erstens Bezug auf die heutige Situation, in der die Schweiz auf die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal angewiesen ist und zweitens auf die zukünftige Entwicklung des Personalbedarfs in der Schweiz. Drittens wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die anwachsende, globale Migration von Gesundheitspersonal die Problematik der personellen Unterversorgung in einzelnen Ländern zusätzlich verschärft.

Das Mandat für diese Studie wurde wie erwähnt unter der Annahme formuliert, dass die Schweiz auch zukünftig auf die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal angewiesen sein wird, unter Umständen auch vermehrt aus Nicht-EU-Staaten. Deshalb wurde der Fokus auf Möglichkeiten der internationalen Zusammenarbeit zur Entwicklung der Gesundheitssysteme von Herkunftsländern und auf die optimale Nutzung der positiven Auswirkungen der Migration, z.B. über die Förderung der zirkulären Migration, gelegt. Die Arbeitgebervertretungen, Arbeitnehmenden und ExpertInnen haben aber alle auch auf Massnahmen im Inland hingewiesen. Deshalb werden sie hier ebenfalls diskutiert.

5.1 Zirkuläre Migration

Die so genannte zirkuläre Migration wird als Möglichkeit vorgeschlagen, um das durch Migration entstehende Entwicklungspotential zu steigern. Es gibt keine einheitliche Definition dieses Konzepts. Für die vorliegende Studie wurde mit dem von Vertovec verwendeten Begriff gearbeitet, der davon ausgeht, dass sich MigrantInnen zwischen ihrem Herkunftsland und dem Zielland hin und her bewegen, aus der Perspektive der ausgewanderten Personen also temporär oder allenfalls auch dauerhaft wieder in das Herkunftsland zurück gehen.⁵¹ Daneben gibt es aber auch Definitionen, die bereits virtuelle Rückkehr über neue Kommunikationswege als zirkuläre Migration bezeichnen oder Definitionen, die zirkuläre Migration als kurze Arbeitsaufenthalte im Ausland zum Zweck der Verbesserung der Lebenssituation im Herkunftsland verstehen.⁵²

Durch die zirkuläre Migration erhofft man sich eine Win-Win-Situation: Für das Herkunftsland sollen durch die Bewegung von Humankapital der Verlust von Know-How und von Investitionen in die ausgewanderten Fachpersonen verringert werden. Für das Zielland besteht die Möglichkeit, Probleme der Personalknappheit durch den Einsatz von ausländischem Personal zu lösen und für die anstellenden Betriebe im Zielland kann man den Vorteil anfügen, dass genug Personal zur Verfügung steht, ohne dass die Löhne angehoben werden müssen.

Die Idee der zirkulären Migration bezieht sich vor allem auf die Entwicklungsländer, die unter einer grossen Versorgungsknappheit leiden. Wie bereits erläutert wurde, ist in der Schweiz der Anteil an Gesundheitspersonal aus diesen Ländern noch relativ gering. Das schlägt sich in dieser Studie auch in der Stichprobe der MigrantInnen und in der Perspektive der Arbeitgebenden nieder. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss deshalb berücksichtigt werden,

⁵¹ Vertovec, Steven (2007). *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, International Migration Institute, S. 4.

⁵² Z.B. Potot, Swanie (2004). *The Rumanian circulatory migration: Networks as informal transnational organisations*. Paper delivered at EAPS conference, "International Migration in Europe", November 25-26th und Morokvasic-Muller, Mirjana (1999). „La mobilité transnationale comme ressource: le cas des migrants de l'Europe de l'Est“, in: *Cultures & Conflicts*; 33-34.

dass die meisten der befragten MigrantInnen nicht primäre Zielgruppe zirkulärer Migration sind und die Betriebe wenige Personen aus den betreffenden Ländern beschäftigen.

Die befragten Betriebe und ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen wie auch die ExpertInnen beurteilen das Konzept der zirkulären Migration insgesamt eher skeptisch, auch wenn sie den Gedanken des Wissensaustauschs zwischen Ziel- und Herkunftsland gut finden und alternative Vorschläge zum Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch gemacht haben, die nahe bei gewissen Definitionen der zirkulären Migration liegen.

5.1.1 Kritik

Die Zweifel, die der zirkulären Migration seitens Arbeitgebervertretungen und Arbeitnehmenden entgegengebracht wurden, lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1) Wirkung

Es wird angezweifelt, ob der Erfahrungsaustausch über zirkuläre Migration wirksam ist. Diese Zweifel werden hauptsächlich damit begründet, dass die Gesundheitssysteme im Herkunfts- und Zielland sehr verschieden sein können und dass es alternative Ansätze für Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch gibt, die vergleichsweise mehr erreichen können.

2) Umsetzung

Seitens des ausländischen Gesundheitspersonals gibt es bei der Umsetzung zirkulärer Migration Schwierigkeiten, weil das Hin und Her zwischen Herkunftsland und Zielland schwierig sei, insbesondere der Wechsel zwischen verschiedenen Arbeitsweisen. Seitens der Betriebe liegt die Hauptschwierigkeit von oft abwesenden Angestellten darin, dass immer ein Ersatz gesucht werden muss, was angesichts der eher knappen Versorgungslage als schwierig beurteilt wird.

3) Erwünschtheit

Vor allem die ausländischen Arbeitnehmenden bezweifeln, ob ein Engagement der ausgewanderten Fachpersonen bei den Institutionen und dem Personal in den Herkunftsländern erwünscht ist.

5.1.2 Hindernisse

Die befragten Betriebe und ausländischen Gesundheitsfachpersonen haben verschiedene Hindernisse genannt, die bei der Umsetzung der zirkulären Migration zu überwinden wären:

- Juristische Hürden: MigrantInnen fürchten um ihren Status in der Schweiz, wenn sie diese für Aufenthalte im Herkunftsland verlassen. Auch für bereits eingebürgerte Personen aus Drittstaaten ist die Ausreise erschwert.
- Vertretung am Arbeitsplatz: Vor allem für Personen mit Führungsaufgaben und speziellem Profil kann nur schwer eine Vertretung gefunden werden.
- Ressourcen: Sowohl für die Arbeitnehmenden wie auch für die Betriebe bedeutet zirkuläre Migration ein erhöhter Aufwand vor allem an finanziellen Ressourcen. Die Betriebe haben keinen Auftrag für ein Engagement in Entwicklungsprojekten und daher nur sehr beschränkt Ressourcen zur Verfügung.
- Anreize: Das Lohngefälle und die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen halten die hier angestellten Personen eher davon ab, zeitweise im Herkunftsland zu arbeiten.
- Arbeitsplatzverlust: Die wenigsten Arbeitgeber würden den Arbeitsplatz bei einer längeren Abwesenheit garantieren. Unbezahlte Urlaube werden hingegen häufiger gewährt.
- Aufenthaltsdauer: Ein zu kurzer Aufenthalt ist nicht wirksam und längere Aufenthalte sind beruflich und familiär schwierig zu organisieren.

- Verwurzelung und Integration: Aufenthalte im Ausland sind in der Lebensplanung immer weniger vorgesehen, je älter eine Person ist, je länger sie hier ist und je besser sie hier integriert und niedergelassen ist.
- Verhältnis zum Herkunftsland: Je nach den Umständen des Verlassens des Herkunftslandes und je nach Verhältnis zum Land wollen einige MigrantInnen kaum je wieder dorthin reisen.
- Familie: Wer eine Familie hat, muss diese entweder zurücklassen oder mitnehmen, was beides als schwierig beurteilt wird. Vor allem Kinder im Schulalter sind ein grosses Hindernis für längere Auslandsaufenthalte.
- Fehlende Netzwerke: Oft fehlen die beruflichen Netzwerke im Herkunftsland, um dort beruflich tätig zu werden und Projekte umsetzen zu können.
- Kompetenz: Einige Personen zweifeln an ihrer Kompetenz zum Wissenstransfer ins Herkunftsland.

5.1.3 Bedingungen

Damit eine zirkuläre Migration trotz dieser Hindernisse denkbar wäre, müssten laut den befragten Personalverantwortlichen und MigrantInnen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Rückkehrmöglichkeit: Für die Rückkehr in die Schweiz dürften keine Hindernisse bestehen. Der Fortschritt im Einbürgerungsverfahren dürfte ebenfalls nicht gefährdet sein.
- Beruflicher Statuserhalt: Die Anstellung in der Schweiz müsste zugesichert werden und der Auslandsaufenthalt dürfte die Karrierechancen nicht schmälern.
- Valorisierung: Auslandsentsätze sollten im Sinne einer besonderen Leistung anerkannt werden.
- Finanzierung: Meist würde von den Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen mindestens eine Fortzahlung des Lohnes während dem Auslandsaufenthalt gefordert. Die Betriebe würden eine finanzielle Unterstützung für die entstehenden Kosten für organisatorische Aufwände und die Suche nach Personalersatz begrüßen.
- Gute Angebote: Je besser das Jobangebot oder die angebotene Tätigkeit, desto eher würden die befragten Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen auch einen längeren Auslandsaufenthalt in Betracht ziehen.
- Rahmenbedingungen: Je besser die Rahmenbedingungen organisatorischer, finanzieller und familiärer Art ausgestaltet sind, desto attraktiver ein Aufenthalt im Herkunftsland.
- Anfrage: Für viele ist es wichtig, für ein Engagement im Herkunftsland angefragt zu werden.
- Zielfestlegung: Die im Herkunftsland wahrzunehmenden Aufgaben sollten wenn möglich im Voraus festgelegt sein.
- Dauer: Der Auslandsaufenthalt sollte eine gewisse Dauer haben, damit sich der Aufwand lohnt und möglichst viel erreicht werden kann.

5.1.4 Beurteilung

Die kontroverse Beurteilung der zirkulären Migration, wie sie sich aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerperspektive abzeichnet, bildet sich auch in der Literatur ab. So wird z.T. bezweifelt, dass die temporäre Migration gegenüber der permanenten Migration zunehmen wird.⁵³ An-

⁵³ Z.B. in Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office, S. 9.

dere Studien sprechen hingegen davon, dass über 60% des migrierten Gesundheitspersonals wieder in das Herkunftsland zurück möchte, um dort zu arbeiten.⁵⁴

Aus der Expertenbefragung resultiert ebenfalls eine eher kritische Haltung der zirkulären Migration gegenüber. Es wurde mehrfach betont, dass die Förderung der zirkulären Migration einen Widerspruch bilde zur Politik der Betriebe, das Personal möglichst dauerhaft zu beschäftigen. Auch wurde in Frage gestellt, inwiefern die zirkuläre Migration aus Sicht der Schweiz gefördert werden soll und angewendet werden kann. Denn der Anteil des in der Schweiz angestellten, qualifizierten Gesundheitspersonals aus Entwicklungsländern ist tatsächlich sehr klein. Ausserdem beurteilen die befragten ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen aus EU-Staaten, also der meistvertretenen Ländergruppe, die zirkuläre Migration für sich selber eher als ungeeignet, um den Austausch mit dem Herkunftsland zu pflegen.

Aus den Studienergebnissen lassen sich bezüglich der zirkulären Migration einige Schlussfolgerungen ziehen: Die zirkuläre Migration von ausländischem Gesundheitspersonal kann nicht bedingungslos gefördert und gefordert werden.⁵⁵ Das Konzept müsste noch besser untersucht und weiterhin diskutiert werden. Da die zirkuläre Migration das Entwicklungspotential von Migration beim Verhalten der MigrantInnen ansetzt, wird es insbesondere auch nötig sein, die Win-Win-Situation auch auf die betroffenen MigrantInnen auszuweiten. Zu prüfen wäre auch, inwiefern die zirkuläre Migration bei schweizerischem Personal gefördert werden soll und inwiefern die zirkuläre Migration nur auf das Herkunftsland fokussieren soll. Es ist denkbar, dass eine generelle Förderung von Auslandsaufenthalten von qualifiziertem Gesundheitspersonal ein grosses Potential für den internationalen Wissens- und Erfahrungsaustausch hat. Allerdings muss auch hier beachtet werden, dass diese Art der Migrationsförderung dem Ziel der Personalerhaltung entgegen wirkt.

Fest steht, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass die zirkuläre Migration ein Potential für die Förderung der positiven Auswirkungen der Migration hat, aber dass die Umsetzung gleichzeitig nicht einer zufälligen Praxis internationaler Migration überlassen werden kann, die sich nur zum Nutzen der privilegierten Länder auswirkt.⁵⁶ Hingegen müssen in einer Strategie gezielt entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize geschaffen werden, um zirkuläre Migration umzusetzen, wenn dies als wirkungsvoll und erwünscht erachtet wird.

5.2 Internationale Zusammenarbeit zur Entwicklung und Unterstützung von Gesundheitssystemen

Unter anderem im WHO Code of Practice werden die Empfängerländer ermutigt, mit Herkunftsländern zusammen zu arbeiten, um die Entwicklung und die Ausbildung von Gesundheitspersonal zu unterstützen. Ziel wäre dabei, die negativen Auswirkungen der globalen Migration von Gesundheitspersonal zu minimieren.

Keiner der befragten Betriebe hat die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal bisher mit der Kooperation mit einem Herkunftsland verbunden. In einigen Betrieben bestehen zwar Aktivitäten zur Zusammenarbeit oder zum Austausch mit dem Ausland, ohne dass diese aber mit der Rekrutierung in Zusammenhang stünden. Die Haltung der Betriebe gegenüber der Idee einer vermehrten Kooperationspraxis z.B. beim Einsatz von Gesundheitspersonal

⁵⁴ Van Eyck, Kim (2004). *Women and International Migration in the Health Sector – Final Report of Public Services International's Participatory Action Research 2003*. Ferney-Voltaire, Public Services International, S. 6.

⁵⁵ Um eine „negative Zirkularität“ zu vermeiden und das Potential „positiver Zirkularität“ zu fördern, sind spezifische Voraussetzungen und Massnahmen nötig. Vgl. dazu Newland, Kathleen (2009). *Circular Migration and Human Development*. Human Development Research Paper 2009/42, United Nations Development Programme UNDP.

⁵⁶ Vgl. auch Findlay, Allan (2002). *From Brain Exchange to Brain Gain: Policy Implications for the UK of Recent Trends in Skilled Migration from Developing Countries*. International Migration Papers 43, Geneva, International Labour Office.

ist aber grundsätzlich positiv. Eine gezielte Förderung von Kooperationsprojekten mit dem Ausland würde von den Betrieben begrüsst, sofern eine entsprechende Unterstützung geboten würde. Die Betriebe signalisieren relativ deutlich, dass man nicht auf die Initiative der Betriebe warten sollte, sondern dass es einen politischen Anstoss braucht. Sie sehen bei der Ausbildung, der Rekrutierung oder dem Personalaustausch Möglichkeiten, international zu kooperieren.

Auch die befragten ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen sind vor allem im akademischen Bereich zum Teil schon an internationalen Projekten beteiligt und wären auch zu einem stärkeren Engagement bereit, z.B. durch Lehrtätigkeit im Ausland, Forschungszusammenarbeit oder Betreuung von Personalaustausch. Dies trifft vor allem auf diejenigen Personen zu, die sich generell mit dem Thema der Migration von Gesundheitspersonal auseinandersetzen.

Laut ExpertInnen würde eine vermehrte Kooperation mit dem Ausland bei den Betrieben ein besseres Bewusstsein für die Zustände in den Herkunftsländern der hier arbeitenden Gesundheitsfachpersonen schaffen. Aus einer Public Health Perspektive mache es durchaus auch Sinn, wenn sich die Behörden nicht nur mit primären Versorgungsfragen, sondern auch mit der globalen Verantwortung der Schweiz auseinandersetzen. Die Diskussion von Möglichkeiten internationaler Zusammenarbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme sei von daher sehr positiv.

Einige ExpertInnen wiesen darauf hin, dass Kooperationsprojekte zu Stärkung des Gesundheitspersonals im Ausland aber nicht zu Rekrutierungszwecken genutzt werden sollten. Ein Engagement in der Ausbildung von Gesundheitspersonal im Ausland könne z.B. sehr problematisch werden, wenn dem betroffenen Land dadurch noch mehr Personal entzogen würde.

5.3 Massnahmen im Inland

Vor allem die ExpertInnen haben darauf hingewiesen, dass der Treiber der internationalen Migration von Gesundheitspersonal der Personalmangel in den einzelnen Ländern ist. Solange dieser Mechanismus spiele, nehme auch die Migration nicht ab. Deshalb müsse die Schweiz auch im Inland Massnahmen ergreifen, um den Personalmangel zu verkleinern. Wie die Befragung der Betriebe gezeigt hat, sind auch diese der Ansicht, dass vor allem Massnahmen im Inland nötig wären, um sie bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal zu unterstützen.

5.3.1 Selbstversorgung (autosuffisance)

Viele ExpertInnen haben die Meinung geäussert, dass die Schweiz und alle anderen Empfängerländer so viel Gesundheitspersonal wie möglich selber stellen sollten. Der Idealfall, dass sich die Schweiz selber mit qualifiziertem Personal versorgen könnte, wäre laut ExpertInnen am wirksamsten gegen die mit der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal verbundenen Probleme. Der dafür verwendete Begriff der *autosuffisance* meint das Ziel, auf nationaler Ebene einen Personalbestand zu schaffen, der dem eigenen Bedarf entspricht.⁵⁷

5.3.2 Rekrutierung, Ausbildung, Personalplanung, Personalerhalt

Auch wenn viele ExpertInnen nicht so weit gingen, die Selbstversorgung der Schweiz zu fordern, haben sie doch auf verschiedene Massnahmen hingewiesen, die in der Schweiz unternommen werden sollten, um das Potential auf nationaler Ebene optimal auszuschöpfen. Diese Massnahmen wurden zu einem grossen Teil bereits sehr ausführlich im Versorgungsbericht von GDK und OdASanté dargestellt. Dieser Bericht schlägt als prioritäre Massnahmen die Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials bei Jugendlichen und Erwachsenen, die Förderung

⁵⁷ Der Begriff der *autosuffisance* wird ausführlich diskutiert in Buchan, James; Little, Lisa (2007). *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*. Genève, Conseil international des migrations de l'infirmière.

der praktischen Ausbildung in den Betrieben, die Attraktivierung der Arbeitsplätze, die Erhaltung von Personal und den optimierten Einsatz des bestehenden Personals vor.⁵⁸

Auch von den ExpertInnen wurde die Ausbildung angesprochen: Dort sollten die Anstrengungen weiterhin verstärkt werden. Die entsprechenden Massnahmen wurden für die Pflegeberufe ebenfalls im Versorgungsbericht von GDK und OdASanté und im EVD-Bericht „Bildung Pflegeberufe“ erörtert.⁵⁹ Beim ärztlichen Personal bestehe die Schwierigkeit darin, dass sich die Betriebe nicht an der Ausbildungsförderung beteiligen können, da der 1998 eingeführte Numerus clausus an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich den ausgebildeten Nachwuchs bewusst tief hält. Diese politisch festgelegte Zahl an jährlich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten stösst bei den Betrieben wie auch den ExpertInnen allgemein auf Unverständnis.

Betont wurde andererseits auch, dass der Personalbedarf besser geplant werden sollte und dass das Gesundheitspersonal länger im Beruf erhalten bleiben müsse. Mit einer Steigerung der mittleren Berufsverweildauer um ein Jahr kann der jährliche Nachwuchsbedarf um rund 5% gesenkt werden.⁶⁰ Wichtig sei, dass kein „brain waste“ zugelassen werde, sondern das bestehende, gut qualifizierte Personal optimal eingesetzt, anerkannt und mit tragbaren Arbeitsbedingungen unterstützt werde. Zu beachten sei auch, dass die Gesundheitsberufe Frauenberufe sind, was allenfalls auch Anpassungen in der Familienpolitik nötig mache.

⁵⁸ GDK und OdASanté (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, S. 60 ff.

⁵⁹ EVD (2010). *Bericht EVD „Bildung Pflegeberufe“. Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone*.

⁶⁰ GDK und OdASanté (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, S. 56.

6 Fazit und Schlussfolgerungen

Die Schweiz sieht sich, wie fast alle anderen Staaten auch, zunehmend mit der Tatsache konfrontiert, dass ihrem Gesundheitssystem im Verhältnis zum Versorgungsbedarf immer weniger im Inland ausgebildete Ärztinnen, Ärzte und diplomierte Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen. Bei den Betrieben ist der ausgetrocknete Arbeitsmarkt spürbar durch eine immer schwieriger werdende Rekrutierung von qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal. Schon seit vielen Jahren rekrutieren sie Gesundheitspersonal aus dem Ausland, um den Bedarf an qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen decken zu können. Da der grösste Teil des ausländischen Personals aus den Nachbarländern kommt, ist die Schweiz besonders von dieser Rekrutierungsquelle abhängig.

Im Moment kann die Schweiz von einem grossen Zustrom an ausländischem Gesundheitspersonal profitieren, da sie im internationalen Vergleich immer noch attraktiv genug ist, um Personal aus dem Ausland anziehen zu können. Die hauptsächlichen Anziehungspunkte der Schweiz sind aus Sicht des eingewanderten Gesundheitspersonals die guten Arbeitsbedingungen, das hohe Lohnniveau, die beruflichen Perspektiven und die hohe Lebensqualität. Die Gründe für ein Verlassen des Herkunftslandes und ein Migrieren in die Schweiz sind auch beim Gesundheitspersonal sehr individuell und vielfältig. Für die Entwicklung politischer Massnahmen heisst das, dass es nicht nur einen Hebel gibt, bei dem für die Förderung oder Einschränkung der Migration angesetzt werden könnte. Solange die Schweiz auf verschiedenen Ebenen so attraktiv bleibt und die Migrationshemmnisse weiterhin so tief sind, sind die Anreize klar so gesetzt, dass das Einwandern in die Schweiz tendenziell attraktiv bleibt.

Die Betriebe müssen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Gesundheitspersonal generell grössere Anstrengungen unternehmen und so viele Kanäle wie möglich nutzen. Vor allem neue Kommunikationswege wie Internetplattformen werden verstärkt eingesetzt. Bei der Suche nach Gesundheitspersonal wird bei der Wahl der Rekrutierungsstrategie im Allgemeinen nicht zwischen inländischem und ausländischem Personal unterschieden. So wird z.B. auch immer noch relativ selten aktiv im Ausland rekrutiert, wobei damit zu rechnen ist, dass dies zunehmen wird. Die Frage, in welchem Ausmass mit Personalvermittlungsagenturen zusammengearbeitet wird, bedarf noch weiterer Untersuchung. Insbesondere die Zusammenarbeit mit im Ausland tätigen Agenturen sollte besonders im Auge behalten werden, da sie aus ethischer und rechtlicher Sicht sicher am heikelsten ist.

Bezüglich des Einsatzes und der Arbeitsbedingungen des ausländischen, qualifizierten Gesundheitspersonals kann für die Schweiz ein einigermaßen positives Fazit gezogen werden. Allerdings darf das Risiko der Ausbeutung und die Vulnerabilität von MigrantInnen auch beim qualifizierten Personal nicht unterschätzt werden. Entsprechend sollte diesen Risiken besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Auf der Ebene von Massnahmen zur Entwicklungszusammenarbeit mit unter Problemen der Personalversorgung leidenden Ländern lässt sich zusammenfassen, dass einige Betriebe und einige ausländische Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen schon heute im kleinen Rahmen in internationale Zusammenarbeit involviert sind. Die Betriebe verbinden aber ihre Projekte nicht mit der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal. Aufgrund der Studienergebnisse lässt sich folgern, dass sowohl Arbeitgeberseite wie auch Arbeitnehmerseite in vielen Fällen an einer internationalen Kooperation zu Personaleinsatz und Wissens- und Erfahrungsaustausch interessiert wären. Damit solche Kooperationsprojekte mit dem Ziel, die Gesundheitssysteme besonders betroffener Länder zu unterstützen, erfolgreich sein können, sollten sie aber besser koordiniert werden und es müsste entsprechend finanzielle und organisatorische Hilfe angeboten werden. Allerdings ist es keine Voraussetzung, dass solche

Entwicklungsprojekte direkt mit dem eingewanderten Gesundheitspersonal und deren Herkunftsländern verknüpft werden. Denn erstens sind die Länder, aus denen die Schweiz am meisten rekrutiert, am wenigsten von Versorgungsproblemen betroffen. Und zweitens sollte die Bereitschaft von Gesundheitsfachpersonen, unabhängig von deren Nationalität, für ein Engagement genutzt werden.

Für das Konzept der zirkulären Migration zur Nutzung des Entwicklungspotentials von Migration kann gefolgert werden, dass dazu noch einige Überlegungen notwendig sind, insbesondere was die Eignung für den Fall Schweiz und für den Fall des qualifizierten Gesundheitspersonals betrifft. Falls das Konzept als sinnvoll evaluiert wird, müssten für die Umsetzung einige Hindernisse, die sich für die MigrantInnen wie auch für die Betriebe bei allen Formen der zirkulären Migration stellen, überwunden werden.

Die Studienergebnisse zeigen für die Ebene der Massnahmen, dass die mit der Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland verbundenen Probleme nicht nur über ein Engagement im Ausland gelöst werden können. Die Schweiz darf zwar ihre globale Verantwortung nicht vernachlässigen und sollte durchaus eine vermehrte Kooperation mit anderen Staaten anstreben, was die Regulierung der Migration von Gesundheitspersonal und die Massnahmen zur Minderung der negativen Auswirkungen betrifft. Es sollte aber auch nicht vergessen werden, dass es die Personalknappheit in der Schweiz und der steigende Bedarf an Pflegeleistungen sind, welche die Betriebe zur Rekrutierung von immer mehr ausländischem Personal zwingen. Entsprechend wichtig ist auch ein gezieltes Engagement im innenpolitischen Bereich, das in einigen Handlungsbereichen – vor allem in der Pflegeausbildung – bereits in Angriff genommen wurde.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass sich im Themenfeld der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal in der Schweiz verschiedene Widersprüche auftun, die bei der Diskussion des Themas und der Massnahmen beachtet werden sollten:

- Im schweizerischen Gesundheitswesen obliegt die Verantwortung für die Rekrutierung von Gesundheitspersonal bei den Betrieben, die aktuell unter einigermaßen grossem Versorgungsdruck stehen. Die Praxis der Betriebe ist es also, welche die Rekrutierungspraxis im schweizerischen Gesundheitswesen ausmacht. Wenn auf übergeordneter Ebene von Bund oder Kantonen eine Änderung dieser Praxis angestrebt würde, könnte diese nicht ohne den Einbezug und die Unterstützung der Betriebe geschehen.
- Der Diskurs über die globale Migration von Gesundheitspersonal spielt sich im Gegensatz zur Personalrekrutierung im Moment fast ausschliesslich auf der Ebene von Wissenschaft, Bundesbehörden und internationaler Gesundheitspolitik ab. Bei den Betrieben und den Arbeitnehmenden hingegen sind der Informationsstand und die Sensibilisierung noch unzureichend.
- Migration ist die Folge von individuellen Entscheidungen und Lebensplanungen im Kontext von sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind die Menschen frei, sich nach ihrem Willen zu bewegen. Eine Steuerung der kollektiven Migrationsbewegungen ist nur schwer möglich über den Zugriff auf die einzelnen migrierenden Individuen und leichter möglich über Anpassungen der Rahmenbedingungen.
- Die migrationspolitischen Rahmenbedingungen, die von den Abkommen über die Personenfreizügigkeit mit den EU- und EFTA-Staaten dominiert sind, drücken eine Erwünschtheit von internationaler Mobilität aus. Ebenso auch Konzepte wie die zirkuläre Migration, mit denen die internationale Mobilität von Fachpersonen gefördert werden

soll. Diese Konzepte einerseits und die Migrationspolitik andererseits stehen der Politik von Personalbindung und Personalerhalt gegenüber, wie sie von den Betrieben praktiziert und von den Verbänden und den Behörden von Bund und Kantonen empfohlen wird, um der Personalknappheit zu begegnen.

Bezüglich der Massnahmen zum Umgang mit der Personalversorgung und der internationalen Migration von Gesundheitspersonal kann abschliessend gesagt werden, dass die Schweiz spätestens im Zuge der Umsetzung des WHO Code of Practice eine Strategie finden sollte, wie sie mit der Migration von Gesundheitspersonal, deren Auswirkungen und der eigenen Versorgungslage umgehen will. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass in der Schweiz verschiedenste Akteure an der Personalrekrutierung und –ausbildung beteiligt und dafür verantwortlich sind. Unabhängig von den als geeignet erachteten Massnahmen besteht der Bedarf hauptsächlich in einer verstärkten Koordination bestehender Massnahmen und einer verstärkten Kooperation aller betroffenen Ebenen von Bund, Kantonen, Verbänden und Betrieben.

7 Bibliographie

- Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office.
- Bundesamt für Migration BFM (2009). *Migrationsbericht 2008*. Bern, BFM.
- Buchan, James; Little, Lisa (2007). *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*. Genève, Conseil international des migrations de l'infirmière.
- Clark, Paul F.; Stewart, James B. et al. (2006). „The globalisation of the labour market for health-care professionals“, in: *International Labour Review*; 145 (1-2).
- Connell, John; Stilwell, Barbara (2006). „Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain“, in: Kuptsch, Christiane (Hrsg). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office.
- EVD (2010). *Bericht EVD „Bildung Pflegeberufe“*. Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone.
- Findlay, Allan (2002). *From Brain Exchange to Brain Gain: Policy Implications for the UK of Recent Trends in Skilled Migration from Developing Countries*. International Migration Papers 43, Geneva, International Labour Office.
- Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
- FMH und Obsan (2007). *Monitoring der Spitalärztinnen und –ärzte. Daten 2007*.
- GDK und OdASanté (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*.
- George, Asha (2007). *Human Resources for Health: A Gender Analysis*. Review Paper prepared for the Women and Gender Equity, and Health Systems, Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kingma, Mireille (2006). *Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy*. New York, Cornell University Press.
- Maybud, Susan; Wiskow, Christiane (2006). „„Care Trade“: The international brokering of health care professionals“, in: Kuptsch, Christiane (Hrsg). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002). „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, in: Bogner, Alexander, Littig, Beate, Menz, Wolfgang (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mincer, Jacob (1978). „Family Migration Decisions“, in: *Journal of Political Economy* ; 86 (5).
- Morokvasic-Muller, Mirjana (1999). „La mobilité transnationale comme ressource: le cas des migrants de l'Europe de l'Est“, in: *Cultures & Conflits*; 33-34.

Newland, Kathleen (2009). *Circular Migration and Human Development*. Human Development Research Paper 2009/42, United Nations Development Programme UNDP.

OECD (2006). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz*. Paris, OECD.

OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OECD.

OECD (2010). *International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis*. Policy Brief, February 2010, Paris, OECD.

Piper, Nicola (2005). *Gender and migration*. Genf, Global Commission on International Migration.

Potot, Swanie (2004). *The Rumanian circulatory migration: Networks as informal transnational organisations*. Paper delivered at EAPS conference, "International Migration in Europe", November 25-26th.

Shields, Margot; Wilkins, Kathryn (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa, Ministre de l'Industrie.

Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?* careum working paper 3, Zürich, Careum.

Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.

Van Eyck, Kim (2004). *Women and International Migration in the Health Sector*. Final Report of Public Services International's Participatory Action Research 2003. Ferney-Voltaire, Public Services International.

Vertovec, Steven (2007). *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, International Migration Institute.

WHO (2006). *Working together for health. The World Health Report 2006*. Genf, WHO.

WHO (2009). *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel*. Background paper. Genf, WHO.

WHO (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genf, WHO.

Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zürich, Seismo.

Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss contributions to Human Resources for Health Development in low-and middle-income countries: current practices and possible future orientations*. Basel, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut.

8 Anhang

Anhang 1: Liste der interviewten ExpertInnen, Studienphase III

Die in der dritten Studienphase interviewten Expertinnen und Experten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Sabina de Geest und René Schwendimann sowie Jean-Marc Braichet und Pascal Zurn wurden je gleichzeitig interviewt.

Name	Vorname	Titel	Funktion
Baierlé	Jean-Luc	Dr. méd.	Kantonsarzt, Kanton Jura
Bienlein	Martin	lic.rer.soc.	Leiter Geschäftsbereich Politik und Mitglied der Geschäftsleitung, H+ Die Spitäler der Schweiz
Braichet	Jean-Marc	Dr	Coordinator, Department of Human Resources for Health, WHO
Brühwiler-Müller	Barbara		Direktion Pflege und Human Resources Management, Universitätsspital Zürich
Buser	Ruth		Vize-Präsidentin Spitex Verband Schweiz , Leiterin Spitex Binningen
Cerny	Joachim		Geschäftsführer curahumanis
De Geest	Sabina	PhD, RN, FAAN, FRCN	Vorsteherin Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
De Haller	Jacques	Dr. med.	Präsident FMH
Glauser	Rosmarie		Politische Sekretärin VSAO
Hertzschuch	Jacques		Direktor Human Resources, Hôpitaux Universitaires de Genève
Jaccard Ruedin	Hélène	Dr. med., MPH	Leiterin Kompetenzbereiche, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan
Kingma	Mireille	Dr	Consultant, Nursing and Health Policy, International Council of Nurses ICN
Koch	Roswitha		Leiterin Bereich Pflegeentwicklung, SBK
Leuthold	Christian		Kommissionspräsident Swisstaffing , Geschäftsleitung Permed AG
Lüchinger	Urs		Leiter Personaldienst, Kantonsspital St. Gallen
Meier	Hans-Rudolf		Personalleiter, Kantonsspital Luzern
Minder	Daniela		Personalberaterin, CURAVIVA Schweiz
Radczuweit	Stefano	Dr.	Chef Gesundheitsamt, Gesundheitsdepartement Kanton Tessin
Schwendimann	René	PhD, RN	Leiter Lehre, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Studer Lachat	Marie-Pierre		Leiterin Berufsbildung, Departement Gesundheit und Integration, SRK
Wiskow	Christiane	MPH	Independent Health Services Specialist
Wyss	Kaspar	PhD, PD, MSc	Public Health Specialist, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Zurn	Pascal	PhD	Health Economist, Department of Human Resources for Health, WHO

Anhang 2: Stichprobe MigrantInnen, Studienphase II

Die Stichprobe wurde ausgewählt aufgrund von Zielvorstellungen über die Zusammensetzung nach Herkunftsländern, Arbeitskanton, Berufsgruppen und Geschlecht, wobei letztere drei Kategorien möglichst ausgeglichen vertreten sein sollten. Da noch kein Register besteht, das eine gezielte Auswahl nach festgelegten Kriterien erlauben würde, war keine reine Zufallsstichprobe gemäss oben genannten Zielvorstellungen möglich. Die in der Stichprobe vertretenen Personen konnten über das FMH-Register, den SBK des Kantons Waadt, das SRK, über persönliche Kontakte und in Einzelfällen über Arbeitgeber gefunden werden.

Da die Anonymität der Studienteilnehmenden gewährleistet werden muss, werden alle Merkmale unabhängig voneinander angegeben.

Herkunftsländer:

	Herkunftsland	Ausstellungsland des Diploms
Albanien	1	-
Bangladesch	1	1
Bulgarien	1	-
Deutschland	2	1
Estland	1	1
Frankreich	1	1
Griechenland	1	1
Haiti	1	1
Kanada	3	4
Marokko	1	1
Mazedonien	1	1
Niederlande	1	1
Österreich	-	1
Philippinen	1	1
Russland	1	-
Schweiz	-	2
Serbien	1	1
Thailand	1	1

Bei Fällen mehrfacher Migration sind ursprüngliches Herkunftsland und das Land, in dem das Diplom ausgestellt wurde, nicht identisch.

Berufliche Qualifikation:

- Arzt/Ärztin (7)
- Dipl. Pflegefachfrau/-mann (12)

Arbeitgeber:

- Öffentliche Spitäler (13)
- Privatkliniken (1)
- Alters- und Pflegeheime (2)
- Spitex (1)
- Fachhochschule (1)
- Öffentliche Verwaltung (1)

Geschlecht:

- Frau (11)
- Mann (8)

Nationalität und Aufenthaltsbewilligung:

- Schweizer Staatsbürger (1)
- Doppelte Staatsbürgerschaft CH-Ausland (6)
- C-Ausweis (9)
- B-Ausweis (3)

Anhang 3: Liste der als Arbeitgeber befragten Institutionen, Studienphase I

Öffentliche Spitäler:

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne (VD)
- Hôpital de Nyon, Nyon (VD)
- Hôpital d'Yverdon-les-Bains, Yverdon (VD)
- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (BS)
- Universitätsspital, Basel (BS)

Privatkliniken:

- Clinique de La Source, Lausanne (VD)
- Clinique Cecil, Lausanne (VD)
- Merian Iselin Klinik, Basel (BS)
- St. Claraspital, Basel (BS)

Alters- und Pflegeheime:

- Adullam-Stiftung, Basel (BS)
- APH Johanniter, Basel (BS)
- Clémence EMS, Lausanne (VD)

Private Personalvermittlungsagenturen:

- Agentur X, Lausanne (VD)
- Agentur Y, Basel (BS)

Anhang 4: Thesen / Gesprächsleitfaden

Personalknappheit und Rekrutierungspraxis der Betriebe:

- 1) Die Betriebe im schweizerischen Gesundheitswesen müssen grosse Anstrengungen unternehmen, um genügend qualifiziertes Personal zu finden. Sie sind bereits heute abhängig von der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitsfachpersonal (ÄrztInnen und dipl. Pflegefachpersonal), vor allem aus den Nachbarländern und den übrigen EU-15-Staaten. Diese Abhängigkeit wird in den nächsten Jahren noch zunehmen.
- 2) Die Rekrutierungspraxis der Betriebe und der Anteil der ausländischen Angestellten im Gesundheitswesen variieren in der Schweiz je nach Region, abhängig vom inländischen Nachwuchs, den Arbeitsbedingungen im Kanton und der Attraktivität für ausländisches Personal.

Personalpolitik der Betriebe:

- 3) Die Betriebe stellen das diplomierte Pflegefachpersonal und alle Ärzte, unabhängig von der Nationalität, wenn möglich unbefristet an, mit dem Ziel, das qualifizierte Personal so lange wie möglich an den Betrieb zu binden. Ausländische Pflegefachpersonen oder Ärzte werden nicht nur als temporäre Lückenfüller rekrutiert.

Beweggründe für Migration des Gesundheitspersonals in die Schweiz:

- 4) Das ausländische Gesundheitspersonal wandert vor allem in die Schweiz ein, weil es sich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der beruflichen Perspektiven erhofft. Für gut qualifiziertes Personal aus dem Ausland (auch aus Drittstaaten) ist es tatsächlich sehr einfach, in der Schweiz eine den Vorstellungen entsprechende Stelle zu finden.

Berufliche Tätigkeit des ausländischen Gesundheitspersonals in der Schweiz:

- 5) Diejenigen ÄrztInnen und dipl. Pflegefachpersonen, die in die Schweiz kommen, um hier zu arbeiten, sind sehr gut qualifiziert und beruflich ambitioniert. Die meisten können sich in der Schweiz beruflich weiterentwickeln, weiterbilden und auch Führungsfunktionen übernehmen. Dass sie in der Schweiz überqualifiziert angestellt werden, kommt selten vor.
- 6) Die ausländischen Gesundheitsfachpersonen beurteilen ihre Arbeitsbedingungen in der Schweiz oft gemessen an ihrem Herkunftsland, nehmen teilweise auch ungünstige Bedingungen in Kauf und wehren sich kaum, wenn sie als Angestellte ausländischer Herkunft diskriminiert werden. Die Arbeitgeber profitieren von den geringeren Ansprüchen des ausländischen Personals und könnten Stellen mit generell ungünstigeren Bedingungen nur schwer mit schweizerischem Personal besetzen.

Beachtung von Richtlinien / Grundsätzen bei der Rekrutierung:

- 7) Kaum ein Betrieb hält sich an betriebsinterne oder internationale Richtlinien bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Die Personalknappheit und das Tagesgeschäft lassen für Betriebe keinen Spielraum für die Berücksichtigung von Richtlinien (z.B. WHO Code of Practice) oder Gedanken über eine ethische Rekrutierungspolitik im Kontext der globalen Migration von Gesundheitspersonal.

Wahrnehmung der globalen Migration und ihrer Auswirkungen:

- 8) Die Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal und der eigenen Rolle in diesem Kontext ist sowohl bei den Arbeitgebern wie bei den ausländischen Arbeitnehmern in der Schweiz nur beschränkt vorhanden.

Die Rolle der Schweiz im Kontext der globalen Migration von Gesundheitspersonal:

- 9) Die Schweiz profitiert vom Zustrom an ausländischem Gesundheitspersonal, das vor allem durch das hohe Lohnniveau angezogen wird, und unternimmt zu geringe Anstrengungen, um genügend eigenes qualifiziertes Personal auszubilden.
- 10) Die Schweiz wird – unter anderem für die Umsetzung des WHO Code of Practice – eine Strategie zum Umgang mit der globalen Migration von Gesundheitspersonal entwickeln müssen. Hauptsächliches Ziel ist dabei, die negativen Auswirkungen der Migration zu minimieren und die positiven Auswirkungen der Migration zu maximieren. Besonders berücksichtigt werden muss der Gender-Aspekt: Schon heute sind es vorwiegend Frauen, die als Ärztin oder dipl. Pflegefachfrau migrieren.

Zirkuläre Migration und alternative Kooperationsmöglichkeiten:

- 11) Das Konzept der zirkulären Migration ist schwierig umsetzbar und nur begrenzt nützlich, um die negativen Folgen der Migration für die Herkunftsländer abzuschwächen. Somit eignet es sich nur sehr begrenzt als migrationspolitischer Lösungsansatz. Es müssten andere Massnahmen gefunden werden, um die Gesundheitssysteme über Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zu stärken. Viele Betriebe in der Schweiz wären zu einer vermehrten internationalen Kooperation beim Einsatz des Gesundheitspersonals bereit. Denkbar wäre auch ein Engagement der Schweiz bei der Ausbildung von ÄrztInnen und dipl. Pflegefachpersonal im Ausland.

9 Hinweise zur Publikation

Dieser Bericht wird zusammen mit den Studien des Obsan und des Schweizerischen Tropen- und Public Health- Instituts anlässlich der 12. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik vom 11. November 2010 veröffentlicht.

Bezug und Download:

Die Berichte sind auch in elektronischer Form zugänglich unter www.gdk-cds.ch → Publikationen → Berichte und www.bag.admin.ch/themen/internationales. Der Bericht der GDK kann bezogen werden unter office@gdk-cds.ch.

Zitationsvorschläge und Kontaktpersonen:

Huber, Kathrin; Mariéthoz, Ewa (2010). *Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung*. Bern, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Auskünfte : Kathrin Huber, +41 31 356 20 20, kathrin.huber@gdk-cds.ch; Ewa Mariéthoz, +41 31 356 20 20, ewa.mariethoz@gdk-cds.ch

Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*, (Obsan Bericht 39), Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

ISBN: 978-3-907872-70-3

Auskünfte: Marcel Widmer, +41 32 713 68 95, marcel.widmer@bfs.admin.ch; Hélène Jaccard Ruedin, +41 32 713 68 02, helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch

Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries*. Basel, Schweizerisches Tropen- and Public Health Institut.

Auskünfte: Kaspar Wyss, +41 61 284 81 40, kaspar.wyss@unibas.ch

