



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

Migration des Gesundheitspersonals in der Schweiz

Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal und über dessen Rekrutierung

Teilbericht II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals

Kathrin Huber, Ewa Mariéthoz

Bern, 31.5.2010

Schweizerische Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach 684
CH-3000 Bern 7

51.313



Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
ZUSAMMENFASSUNG	4
TEIL I EINLEITUNG	5
1 AUSGANGSLAGE UND ZIELE	5
2 VORGEHEN UND METHODIK	6
2.1 Datenerhebung- und -analyse	6
2.2 Stichprobe.....	7
TEIL II ERFAHRUNGEN DES AUSLÄNDISCHEN GESUNDHEITSPERSONALS	8
3 MIGRATION: ERFAHRUNGEN UND BEWEGGRÜNDE.....	8
3.1 Zeitpunkt und Richtung der Migration	8
3.2 Beweggründe für die Migration.....	9
3.3 Zukünftige Migrationsabsichten	12
3.4 Individuelle, multikausale Migrationsentscheide	14
4 ERFAHRUNGEN MIT DER REKRUTIERUNG	14
4.1 Stellensuche aus der Schweiz oder dem Ausland	14
4.2 Strategien bei der Stellensuche	15
4.3 Bewerbungsverfahren	16
5 BILDUNGSWEG UND DIPLOMANERKENNUNG.....	16
5.1 Ärzterschaft.....	16
5.2 Diplomiertes Pflegefachpersonal.....	17
6 BERUFLICHE AKTIVITÄT IN DER SCHWEIZ	18
6.1 Verlauf der beruflichen Aktivität in der Schweiz	18
6.2 Berufliche Perspektiven.....	19
6.3 Arbeitsbedingungen.....	19
TEIL III ZIRKULÄRE MIGRATION UND ENTWICKLUNGSPOTENTIAL	22
7 GLOBALE MIGRATION UND GESUNDHEITSSYSTEME DER HERKUNFTSLÄNDER	22
7.1 Die Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal.....	22
7.2 Einschätzung der Gesundheitssysteme	23
7.3 Unterstützungsbedarf	24
8 ZIRKULÄRE MIGRATION UND KOOPERATION MIT HERKUNFTSLÄNDERN	25
8.1 Die zirkuläre Migration.....	25
8.2 Alternativen der internationalen Kooperation	27
TEIL IV FAZIT UND FOLGERUNGEN	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANHANG	32
ANHANG 1: ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE	32



Abkürzungsverzeichnis

DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen zur Abgeltung von Spitalbehandlungen, ab 2012)
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FH	Fachhochschule
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FZA	Personenfreizügigkeitsabkommen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HF	Höhere Fachschule
IOM	Internationale Organisation für Migration
MEBEKO	Medizinalberufekommission
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PD	Privatdozent
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WHO	Weltgesundheitsorganisation



Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziele

Der vorliegende Teilbericht II ist Ergebnis des zweiten Teils der qualitativen Studie zur Thematik des ausländischen Gesundheitspersonals in der Schweiz und seiner Rekrutierung. Er schliesst an den Teilbericht I an, der die Resultate der Befragung der Arbeitgeber, also der Betriebe im Gesundheitswesen, zusammenfasst. Ziel dieses Teilberichts II ist es nun, die Perspektive der Arbeitnehmenden, also der ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen, darzustellen. Die wichtigsten Fragen sind dabei, weshalb diese ihr Herkunftsland verlassen haben und nun in der Schweiz arbeiten und welche Zukunftspläne sie haben. Ausserdem soll beschrieben werden, was und unter welchen Bedingungen sie hier arbeiten und welche Erfahrungen sie hier bei ihrer Rekrutierung gemacht haben. Auch bei der Darstellung der Arbeitnehmerperspektive ist im Hinblick auf zukünftige Aktivitäten der schweizerischen Gesundheitsausserpolitik die Frage wichtig, welches Entwicklungspotential und welche Chancen aus Sicht des ausländischen Gesundheitspersonals bezüglich einer zirkulären Migration oder einer anderweitigen Kooperation mit den Herkunftsländern bestehen.

Methodik

Für die Datenerhebung und –analyse wurde dasselbe Vorgehen angewandt wie schon im Teilbericht I. Die diesem Teilbericht II zugrunde liegenden Daten wurden durch qualitative Interviews mit ausländischen Ärztinnen, Ärzten und diplomierten Pflegefachpersonen, die in den Kantonen Basel-Stadt oder Waadt angestellt sind, erhoben.

Ergebnisse und Fazit

Die zum Teil schon seit den 1980er Jahren in der Schweiz arbeitenden Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen ausländischer Herkunft sind vor allem in der Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen und Karrieremöglichkeiten in dieses Land gekommen. Sie haben teilweise bereits im Ausland nach einer Stelle in der Schweiz gesucht oder wurden dort aktiv rekrutiert. Unabhängig davon, über welchen Weg sie gesucht haben: Alle haben relativ einfach den Zugang in den schweizerischen Arbeitsmarkt gefunden und sind mit ihrer beruflichen Tätigkeit und den Arbeitsbedingungen grösstenteils zufrieden. Aufgrund ihrer beruflichen Perspektiven und der in der Schweiz niedergelassenen Familie haben die meisten keine weiteren Migrationsabsichten.

Die Gesundheitssysteme in ihren Herkunftsländern schätzen sie als zu wenig gut funktionierend ein. Dass andere Staaten – und insbesondere Empfängerstaaten von qualifiziertem Gesundheitspersonal – die Herkunftsländer bei der Entwicklung der Gesundheitssysteme und des Gesundheitspersonals unterstützen sollten, ist aus ihrer Sicht aber nicht zwingend der Fall. Die ausländischen Gesundheitsfachpersonen sehen auch nur beschränkt ein, warum sie sich an der Unterstützung ihres Herkunftslandes beteiligen sollten. Dies dürfte unter anderem daran liegen, dass viele ihre Migrationsgeschichte kaum im Kontext einer globalen Migrationsbewegung wahrnehmen.

Das Konzept der zirkulären Migration zur Abfederung der negativen Folgen der Migration von Gesundheitspersonal stösst wie schon bei den Arbeitgebern auch bei den Arbeitnehmenden auf eine ambivalente Haltung. Diese haben Zweifel sowohl an der Umsetzung – haben sie doch selber wenig Interesse an einer Rückkehr in ihr Herkunftsland – wie auch an der Wirksamkeit. Die Idee der Stärkung der Gesundheitssysteme der Herkunftsländer über Wissens- und Erfahrungstransfer wird aber positiv beurteilt. Einige sind auch heute schon in diesem Bereich aktiv, allerdings auf eigene Initiative.



Teil I Einleitung

1 Ausgangslage und Ziele

Diese Studie befasst sich mit der Thematik der aktuellen Situation der Schweiz betreffend das ausländische Gesundheitspersonal und die Praxis seiner Rekrutierung. Der vorliegende Teilbericht II schliesst an den bereits abgeschlossenen Teilbericht I an, in welchem die Ausgangslage und das methodische Vorgehen bereits ausgeführt wurden. Während im Teilbericht I die Perspektive der Arbeitgeber im Fokus stand, stellt der vorliegende Teilbericht II nun die Perspektive des ausländischen Gesundheitspersonals dar und bringt diese teilweise bereits mit den Resultaten aus dem Teilbericht I zusammen.

Die wichtigsten Fragen sind dabei, weshalb die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen ihr Herkunftsland verlassen haben und nun in der Schweiz arbeiten und welche Zukunftspläne sie haben. Ausserdem soll beschrieben werden, was und unter welchen Bedingungen sie hier arbeiten und welche Erfahrungen sie hier bei ihrer Rekrutierung gemacht haben. Auch bei der Beleuchtung der Arbeitnehmerperspektive ist im Hinblick auf zukünftige Aktivitäten der schweizerischen Gesundheitsaussenpolitik die Frage wichtig, welches Entwicklungspotential und welche Chancen aus Sicht des ausländischen Gesundheitspersonals bezüglich einer zirkulären Migration¹ oder einer anderweitigen Kooperation mit den Herkunftsländern bestehen.

Das Ziel ist es, 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 ausländischen Gesundheitsfachpersonen im schweizerischen Gesundheitswesen auf ihre eigene Geschichte im Kontext des umfassenderen Themas der Personalmigration.

Als Hintergrund für diese Studie ist der Umstand wichtig, dass die Schweiz bei der Zulassung ausländischer Arbeitskräfte ein duales System kennt. Erwerbstätige aus den EU/EFTA-Staaten profitieren vom Personenfreizügigkeitsabkommen. Bis 2011 gibt es aber für die EU-8 Staaten² 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 keine Personen mit der gesuchten Qualifikation in der Schweiz sowie in den EU/EFTA-Staaten zur Verfügung stehen.³

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.⁴ Deswegen und weil auch aus der Befragung der Arbeitgeber resultierte, dass diese Gruppe als die wichtigste wahrgenommen wird, werden entgegen dem ursprünglichen Mandatsauftrag alle EU-Staaten in die Stichprobe aufgenommen. Die Gruppe mit Herkunft EU repräsentiert im vorliegenden Bericht also die grösste Gruppe innerhalb des in der Schweiz arbeitenden ausländischen

¹ Definition siehe Kapitel 8.1.

² Polen, Tschechische Republik, Slowakei, Ungarn, Estland, Lettland, Litauen, Slowenien.

³ Siehe dazu auch Bundesamt für Migration BFM (2009). Migrationsbericht 2008. Bern, BFM.

⁴ OECD (2006). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz. Paris, OECD.



Gesundheitspersonals. Bei den Pflegefachpersonen stammt aber auch ein beträchtlicher Anteil aus Drittländern.⁵ Diese Gruppe ist speziell zu berücksichtigen, weil sie trotz dem dualen Zulassungssystem zum Arbeitsmarkt verhältnismässig gross ist. Das Personal aus Drittstaaten ist im vorliegenden Bericht generell auch besonders für die Frage nach der zirkulären Migration und anderen Möglichkeiten der internationalen Kooperation von Interesse.

Wie schon der Teilbericht I hat der vorliegende Bericht *nicht* zum Ziel, Aussagen über statistische Häufigkeiten oder Trends zu machen. Diese Einschränkung ergibt sich aus dem qualitativen Vorgehen, das heisst der Durchführung einer beschränkten Zahl von Interviews mit einer ausgewählten Stichprobe. Repräsentativität der Ergebnisse wird gewährleistet durch die Auswahl der Stichprobe, aber nicht durch eine flächendeckende, quantitative Analyse.

Zusammengefasst besteht das Ziel des vorliegenden Teilberichts II darin, die folgenden Fragen aus der Perspektive des ausländischen Gesundheitspersonals zu beantworten:

- Welches waren die Beweggründe für die Migration, bezogen auf Herkunfts- und Zielland („Push- und Pull-Faktoren“)?
- Wie wurden die Befragten für ihre Stelle in der Schweiz rekrutiert?
- Wie sieht die berufliche Tätigkeit aus, wie die Bedingungen, unter denen sie ausgeführt wird und wie sehen die beruflichen Zukunftspläne aus?
- Wie steht es um das Interesse, das Gesundheitssystem im Herkunftsland zu unterstützen, z.B. durch zirkuläre Migration?

2 Vorgehen und Methodik

2.1 Datenerhebung- und -analyse

Das für diese Studie ausgewählte methodische Vorgehen zur Datenerhebung und -analyse wurde im Teilbericht I bereits ausführlich beschrieben (siehe Teilbericht I, Kapitel 3). Für den vorliegenden Teilbericht II 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 nur unter der Bedingung an der Studie teilgenommen, dass sie die Fragen schriftlich beantworten und dann telefonisch nachbesprechen durfte.

Zum Schutz der Studienteilnehmenden wird die Beschreibung der einzelnen Fälle im vorliegenden Bericht so weit eingeschränkt, so dass keine Identifizierung der einzelnen Personen möglich ist. Das heisst, dass beispielsweise Herkunft, Beruf und Arbeitskanton einer Person nie gleichzeitig angegeben werden.

Die Interviews wurden auch für diesen Teilbericht II wieder anhand der Methode des *theoretischen Kodierens*⁶ 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

⁵ 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.

⁶ Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.



und die Ansichten der Gruppe der Arbeitnehmer mit denjenigen der Gruppe der Arbeitgeber in Beziehung zu setzen.

2.2 Stichprobe⁷

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.

Auch in diesem Teilbericht II sind mit dem Begriff „Gesundheitspersonal“ nur Ärztinnen und Ärzte und das diplomierte Pflegefachpersonal gemeint.⁸ Das Pflegepersonal auf Assistenzstufe ist in der Stichprobe nicht eingeschlossen. Dies ist auch bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zwei der befragten Personen arbeiten heute nicht mehr in der Versorgung, sondern in der Lehre oder der Verwaltung, haben aber nach ihrer Einreise in der Schweiz zuerst in der Versorgung gearbeitet.

Bei der Auswahl der Herkunftsländer wurde das duale Zulassungssystem der Schweiz berücksichtigt: Wie dem Anhang 1 ausführlicher zu entnehmen ist, wurden für diese Studie sieben Personen aus EU-Staaten, acht Personen aus der prominent vertretenen Gruppe von Drittstaaten⁹ und vier Personen aus anderen Drittstaaten befragt. Vom Herkunftsland zu unterscheiden ist das Land, in dem das Diplom erlangt wurde. Im Anhang 1 werden diese beiden Kategorien deshalb getrennt angegeben. Bis auf zwei der befragten Personen haben alle ihr Diplom im Ausland erlangt.¹⁰

⁷ Eine genaue Beschreibung der Stichprobe ist im Anhang 1 zu finden.

⁸ Unter der hier verwendeten Bezeichnung „diplomierte Pflegefachpersonal“ werden Trägerinnen und Träger der folgenden Mindest-Qualifikationen bzw. der mit diesen Abschlüssen äquivalenten Diplomen verstanden: Bachelor of Science in Nursing (FH), dipl. Pflegefachfrau/-mann HF, Krankenpflege DNI oder DNII sowie altrechtliche Krankenpflege-Diplomausbildungen.

⁹ Hier werden Albanien, Kanada, Mazedonien, Philippinen, Serbien und Thailand dazu gezählt.

¹⁰ Eine Person hat die ganze Ausbildung bis auf das Diplom im Ausland absolviert und die andere Person hat auch die Ausbildung in der Schweiz gemacht.



Teil II Erfahrungen des ausländischen Gesundheitspersonals

In diesem ersten Teil der Ergebnisdarstellung stehen die Erfahrungen der in der Schweiz arbeitenden Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen mit ausländischer Herkunft im Mittelpunkt. Dazu sollen die Antworten auf folgende Fragen zusammengefasst werden: Wann und warum haben sie ihr Land verlassen um in die Schweiz zu kommen? Welche Erfahrungen haben sie bei der Stellensuche gemacht? Welche Aus- und Weiterbildungen haben sie im Ausland und in der Schweiz gemacht? In welcher Funktion arbeiten sie hier und unter welchen Bedingungen?

Dabei ist vorzuschicken, dass die Skepsis bezüglich einer Teilnahme an dieser Studie beim immigrierten Gesundheitspersonal tendenziell höher war als bei den Arbeitgebervertretern. Dies zeigte sich durch die Vorbehalte, die bezüglich der Protokollierung der Interviews gemacht wurden und durch den absoluten Wunsch nach Anonymität. Vor allem Personen, die bezüglich dem Erfolg ihrer beruflichen Integration in der Schweiz Zweifel haben, haben eine Teilnahme an der Studie abgelehnt.

3 Migration: Erfahrungen und Beweggründe

Dieses Kapitel will einen Überblick über die Migrationsvergangenheit des befragten Gesundheitspersonals mit ausländischer Herkunft geben und beleuchten, welche Gründe für ein Verlassen des Herkunftslandes und für den Umzug in die Schweiz ausschlaggebend waren.

3.1 Zeitpunkt und Richtung der Migration

Um ein Bild von der Migrationsgeschichte der Studienteilnehmenden zu gewinnen, sollen einige Charakteristika davon hervorgehoben werden, namentlich der Zeitpunkt der Einwanderung in die Schweiz und die Richtung der Wanderung.

Zeitpunkt der Migration

Die für diese Studie befragten Migrantinnen und Migranten sind zwischen 1979 und 2006 in die Schweiz eingewandert. Die meisten sind jedoch nach 1990 in die Schweiz gekommen. Dass sich die Einwanderungsjahre schon nur in dieser kleinen Stichprobe über einen so langen Zeitraum erstrecken, zeigt einerseits auf, dass die Einwanderung von ausländischem Gesundheitspersonal in die Schweiz kein sehr neues Phänomen ist. Zweitens muss bei einer solchen Zeitspanne der Einwanderungsjahre beachtet werden, dass die Umstände bezüglich der Rekrutierung, Einreise- und Arbeitsbewilligung und Arbeitsmarkt für die verschiedenen Befragten zum Teil massgeblich anders gestaltet waren als sie es heute sind. So setzt dieser Zeitraum dem Vergleich mit den in Teilbericht I dargestellten Arbeitgeberperspektive Grenzen. Denn die befragten Arbeitgeber haben z.B. nur zu ihrer aktuellen Rekrutierungspraxis Auskunft gegeben, die sich unter Umständen in den letzten dreissig Jahren massgeblich verändert haben kann.

Zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in der Schweiz waren die befragten Personen zwischen 19 und 36 Jahre alt. Es können allerdings keine Aussagen darüber gemacht werden, ob es bezüglich dem Alter zum Zeitpunkt der Migration Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder den Berufsgruppen gibt. Dafür kann festgestellt werden, dass der Entscheid für eine Migration relativ früh im Lebenslauf gefasst wird: Die meisten der Befragten sind entweder direkt nach ihrer Ausbildung und Diplomerlangung oder beim Entscheid zur Familiengründung mit dem Partner bzw. mit der Partnerin in die Schweiz gekommen.



Migrationenwege

Die grosse Mehrheit der Befragten ist nur einmal migriert, vom Herkunftsland in die Schweiz. Die Migrationswege sind dabei Folgende: 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.

Drei Personen aus der Stichprobe sind zuerst in ein anderes Land migriert, bevor sie in die Schweiz eingewandert sind. Eine davon ist von ihrem Herkunftsland in Osteuropa über Nordamerika in die Schweiz gekommen, eine andere ist innerhalb Europas von Osten nach Westen bis in die Schweiz gewandert und eine dritte Person ist zuerst von Südostasien nach Ostasien und dann in die Schweiz migriert.

Zwei der befragten Personen sind nach ihrer Einwanderung in die Schweiz zwischenzeitlich wieder in ihr Herkunftsland zurückgekehrt. Eine davon ist nur für einige Monate im Herkunftsland geblieben und dann wegen der dort vergleichsweise schlechteren Arbeitsbedingungen und einer geplanten Weiterbildung wieder in die Schweiz gekommen. Die andere Person ist nach zwei Jahren Aufenthalt in der Schweiz zurückgekehrt und erst elf Jahre später wieder in die Schweiz eingereist, in erster Linie weil die Partnerin/der Partner im Herkunftsland die Stelle verloren hat und in der Schweiz eine Stelle suchen wollte.

3.2 Beweggründe für die Migration

Um die Gründe für das Verlassen des Herkunftslandes und die Migration in die Schweiz zu erfragen, wurde mit dem Push- und Pull-Modell gearbeitet.¹¹ Dieses Modell geht davon aus, dass es Faktoren gibt, die Menschen dazu veranlassen, aus dem Herkunftsland zu emigrieren (Push-Faktoren) und Faktoren, die Menschen in ein bestimmtes Zielland ziehen (Pull-Faktoren). Es gibt sowohl im Herkunftsland wie auch im Zielland, der Schweiz, Faktoren, die anziehend oder abstossend wirken. Die im Folgenden dargestellten Push- und Pull-Faktoren haben in einem gewissen Mass auch für Migrierende in anderen Wirtschaftssektoren bzw. als allgemeine Migrationsmotive Geltung.¹²

Die Befragten wurden in den Interviews gefragt, warum sie ihr Herkunftsland verlassen haben (Push-Faktoren im Herkunftsland), was sie dort zurückgehalten hätte (Pull-Faktoren im Herkunftsland) und warum sie gerade in die Schweiz gekommen sind (Pull-Faktoren in der Schweiz).

Push-Faktoren im Herkunftsland, Pull-Faktoren in der Schweiz

Meist sind sich die genannten Push- und Pull-Faktoren relativ ähnlich, da die ausgewanderten Personen von der Schweiz eine Verbesserung der aus ihrer Sicht unvorteilhaften Situation in ihrem Herkunftsland erwarten. Die genannten Pull-Faktoren sind also meist Gegenstücke zu den Push-Faktoren, die sie zu einem Verlassen des Herkunftslandes bewegen. Deswegen werden die Push- und Pull-Faktoren hier direkt aufeinander bezogen dargestellt. Sie können in folgenden fünf grösseren Kategorien zusammengefasst werden:

- Politische, wirtschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen
- Arbeitsbedingungen
- Berufliche Perspektiven und Aus- und Weiterbildung
- Familie und Partnerschaft
- Kontakt zur Schweiz

¹¹ Vgl. z.B. OECD (2009). *The Future of International Migration to OECD Countries*. Paris, OECD.

¹² Vgl. Treibel, Annette (1990). *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*. Weinheim, Juventa, S. 39 f.



1) Politische, wirtschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen

Die erste und gleichzeitig grösste Kategorie von Push- und Pull-Faktoren bilden die politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen. Auf Seite der Push-Faktoren wurden dazu die Kritik am politischen und ökonomischen System des Landes (Albanien), Bedenken zur Stabilität des Landes insgesamt (Haiti), ein als zu hoch empfundener Steuersatz (Deutschland, Österreich) und Schwierigkeiten mit der Kultur eines Landes genannt. Nur eine Person hat kriegsbedingte Instabilitäten (Serbien) erwähnt, dies aber nicht als Grund zur Auswanderung, sondern als zusätzliches Argument gegen eine Rückkehr ins Herkunftsland.

Auf der Seite der Pull-Faktoren wurden für die Schweiz nur die kulturellen Vorzüge erwähnt. Die Lebensqualität, die gesellschaftliche Offenheit im Allgemeinen und Ausländern gegenüber und die hier herrschende Ordnung wurden als Beispiele erwähnt. Eine Person hat in der Schweiz eine gewisse kulturelle Nähe zu ihrem Herkunftsland (Niederlande) erwartet. Und eine befragte Person hat die Schweiz unter anderem gewählt, weil sie in der Schule schon Deutsch als Fremdsprache gelernt hat.

2) 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 Nacharbeit und zur Arbeit auf Abruf verpflichtet. Das Dienstaltersprinzip scheint in Kanada auch heute noch bestimmend für die Arbeitszeiten zu sein.¹³ Als weitere arbeitsbedingte Push-Faktoren wurden von Pflegefachpersonen verschiedenster Herkunft die hohe psychische Belastung der Arbeit, fehlende Anerkennung 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.

3) Berufliche Perspektiven und Aus- und Weiterbildung

Im Herkunftsland kaum Aussichten auf Karrieremöglichkeiten zu haben, war für einige Befragte (Medizin und Pflege) ebenfalls ein wichtiger Grund, um das Herkunftsland zu verlassen. Zum Beispiel seien im Herkunftsland kaum gute Stellen vorhanden gewesen. Von Ärztinnen und Ärzten wurde das wissenschaftliche Umfeld in ihrem Herkunftsland oft als ungünstig für eine wissenschaftliche Karriere bezeichnet. Nebst der geringen Karrieremöglichkeiten wurden auch die geringen Chancen auf Aus- und

¹³ 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.



Weiterbildung genannt: Die einzige Person in der Stichprobe, die auch ihre gesamte Ausbildung in der Schweiz gemacht hat, hat ihr Herkunftsland verlassen, weil sie dort wegen des grossen Andrangs fünf Jahre hätte warten müssen, bis sie ihre Ausbildung hätte beginnen können. Sie hat den Schritt ins Ausland als einzige Möglichkeit zur Verwirklichung ihres Berufswunsches gesehen. Eine andere Person hat sich für die Arbeitssuche in einem anderen Land entschieden, weil sie im Herkunftsland im Pflegebereich keine Chancen auf gute Weiterbildungen gesehen hat.

Auf der anderen Seite haben viele Studienteilnehmende in der Schweiz bessere berufliche Perspektiven als im Herkunftsland erwartet. Explizit genannt wurde zum Beispiel, dass das wissenschaftliche Umfeld in der Schweiz günstig sei und dass Institute in Basel oder Lausanne durch ihr internationales Renommee anziehend gewirkt hätten. Weiter wurden die vielen Stellenangebote und die attraktiven Weiterbildungsmöglichkeiten – auch im Pflegebereich – als ausschlaggebend für die Wahl der Schweiz erwähnt.

4) Familie und Partnerschaft

Zu den Beweggründen für die Migration aus dem privaten Lebensbereich wurden hauptsächlich familiäre Gründe für einen Wegzug aus dem Herkunftsland und vor allem für den Umzug in die Schweiz genannt. In mindestens vier Fällen war die Partnerin oder der Partner schweizerischer Herkunft und die jetzt im schweizerischen Gesundheitswesen arbeitenden Personen sind als so genannte *tied mover*¹⁴ in die Schweiz gezogen. Zwei davon haben explizit erwähnt, dass ihre Partnerin bzw. ihr Partner in der Schweiz bessere Karrierechancen habe. Eine weitere Familienkonstellation war so ausgestaltet, dass der Partner schon vor längerer Zeit in die Schweiz emigriert ist, und sich die befragte Person nach dem Kennenlernen im Herkunftsland für einen Nachzug entschieden hat. Alle diese Personen haben ihre Partnerschaft als Hauptgrund für die Migration angegeben. Bei einer weiteren Person war der zweite Umzug in die Schweiz durch den Arbeitsplatzverlust der Partnerin/des Partners im Herkunftsland begründet.

Es ist anzumerken, dass die familiären Hintergründe in den Interviews nicht im Zentrum standen. Es ist anzunehmen, dass auch in denjenigen Fällen, die dies nicht explizit erwähnt haben, familiäre Faktoren eine grosse Rolle gespielt haben bei der Entscheidung für einen Wechsel in die Schweiz.

5) Kontakt zur Schweiz

Bei den Pull-Faktoren, die für die Schweiz gesprochen haben, wurden auch solche genannt, die unter dem Überbegriff des Kontakts zur Schweiz zusammengefasst werden können. Drei Befragte haben gesagt, für die Schweiz habe gesprochen, dass sie das Land schon einigermaßen kannten, entweder von Reisen in die Schweiz oder weil sie in der Nähe aufgewachsen sind. Als sehr entscheidend können auch Netzwerke, d.h. das Bestehen von Kontakten in die Schweiz beurteilt werden: Sechs Personen haben explizit erwähnt, dass berufliche Kontakte oder persönliche Bekannte in der Schweiz ihren Entscheid, hierher zu kommen, positiv beeinflusst habe. Wenn die *tied mover* noch dazu gezählt werden, waren bei einer deutlichen Mehrheit der Befragten Beziehungen ausschlaggebend für ihren Migrationsentscheid.

6) Weitere Faktoren

Einige Faktoren sollen noch erwähnt sein, die zu keiner der obigen Kategorien gezählt werden können. Zum Beispiel die Reiselust: Mindestens zwei der befragten Personen haben ihr Land mit dem Ziel verlassen, ins Ausland zu gehen, um zu reisen. Eine Person, die bereits einmal migriert ist, hatte als einziges Ziel, ihr Einwanderungsland wieder zu verlassen und eine weitere wollte sich eine neue berufliche Herausforderung suchen und hat aus diesem Grund ein Verlassen des Landes in Betracht gezogen. Im Falle einer Person,

¹⁴ Vgl. Mincer, Jacob (1978). „Family Migration Decisions“, in: *Journal of Political Economy*; 86 (5).



die lange als Grenzgänger in der Schweiz gearbeitet hatte, führte die lange Pendelzeit zum Entscheid, das Herkunftsland definitiv zu verlassen und in die Schweiz zu ziehen. Bei den Pull-Faktoren kommt noch die geographische Nähe der Schweiz zum Herkunftsland dazu, die zwei Personen (aus Deutschland und den Niederlanden) erwähnt haben.

Pull-Faktoren im Herkunftsland

Die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen wurden schliesslich auch gefragt, was sie in ihrem Herkunftsland zurückgehalten hätte. Es wurde oft geantwortet, dass nichts sie dort hätte zurückhalten können. Der meistgenannte Pull-Faktor war das soziale Umfeld, also Familie und Freundeskreis. Daneben wurde einmal das Hobby genannt. Einige haben gesagt, dass sie geblieben wären, wenn sich dort eine Partnerschaft entwickelt hätte bzw. wenn die Partnerin oder der Partner nicht in die Schweiz mitgekommen wäre. Bemerkenswert ist, dass nur eine einzige Person ihre beruflichen Möglichkeiten im Herkunftsland besser einschätzt als in der Schweiz.

3.3 Zukünftige Migrationsabsichten

Den ausländischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen wurde auch die Frage gestellt, welche Migrationsabsichten sie für die Zukunft haben. Das heisst, ob sie in der Schweiz bleiben wollen, einen Weiterzug in ein anderes Land oder die Rückkehr in ihr Herkunftsland geplant haben. Und im Fall, dass sie hier bleiben wollten, welche Gründe sie hier in der Schweiz halten und welche Gründe gegen eine Rückkehr in das Herkunftsland sprechen.

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.

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 Ärzte 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.

Es schliessen aber nicht alle eine Rückkehr ins Herkunftsland bedingungslos aus. Etwa die Hälfte der Befragten, aus EU- wie aus Drittstaaten, könnte sich eine Rückkehr ins Herkunftsland unter bestimmten familiären, beruflichen oder wirtschaftlichen Voraussetzungen vorstellen. Eine Frau würde in ihr Herkunftsland zurückkehren, falls ihr Mann versterben würde. Sie hat den Eindruck, eine alleinstehende ausländische Frau sei in der Schweiz kaum akzeptiert. Eine andere Person würde ins Herkunftsland zurückgehen, wenn sie dort eine Partnerschaft aufbauen könnte. Wieder andere würden bei einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation in der Schweiz, oder wenn sie hier keine Stelle mehr finden würden, eine Rückkehr ins Herkunftsland in Betracht ziehen. Auch ein Ruf an eine Universität wurde als möglicher Anreiz für eine Rückkehr genannt.

Emigration in ein Drittland

Die Möglichkeit, weder in der Schweiz zu bleiben noch ins Herkunftsland zurückzukehren, sondern in ein drittes Land zu emigrieren, steht nur bei sehr wenigen Befragten zur Diskussion. Ein Motiv dafür wäre z.B. ein attraktives Jobangebot. Ein Arzt hat erwähnt, er habe schon diverse Angebote aus dem Ausland erhalten, bisher aber immer abgelehnt. Eine Ärztin könnte sich einen temporären Aufenthalt entweder in den USA oder in Grossbritannien vorstellen, da es dort leichter sei, wissenschaftlich zu publizieren. Voraussetzung wäre für sie aber die Möglichkeit, die Familie mitzunehmen. Eine andere Person würde in ein Drittland gehen, wenn der Partner, der in einer international tätigen Firma arbeitet, ins Ausland wechseln müsste. Auch da kämen die USA oder Australien in Frage. Schliesslich wurde noch erwähnt, dass Einreiseprobleme des Partners aus Grossbritannien in die Schweiz zu einem Umzug nach Grossbritannien bewegen könnte.

Eine Feststellung von einer Pflegefachperson ist besonders hervorzuheben: Ein Wechsel in ein weiteres Land ist aus beruflicher Sicht kaum attraktiv, da mit der Diplomanerkennung, allfälligen Umschulungen und der Integration in ein neues Arbeitsumfeld von vorne begonnen werden müsste. Da im Moment in keinem Land bessere Arbeitsbedingungen als in der Schweiz zu erwarten seien, würde sich dieser Aufwand nicht lohnen.



3.4 Individuelle, multikausale Migrationsentscheide

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gründe für die Migration in die Schweiz vielfältig sind. Die Befragten haben bei den Push-Faktoren einheitlicher geantwortet als bei den Pull-Faktoren, die für die Schweiz gesprochen haben. Dass bei vielen Befragten bei den Gründen für eine Migration an erster Stelle die Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen und bessere berufliche Perspektiven steht, bestätigt bisherige Ergebnisse aus entsprechenden Studien.¹⁵ Meist spielen mehrere Faktoren zusammen, die am Schluss zu dem Entscheid führen, das Herkunftsland zu verlassen und in die Schweiz zu kommen. Selbst für die Befragten scheint es nicht einfach, die Begründung für ihren Entscheid klar zu rekonstruieren und wiederzugeben. Ausserdem hatten viele beim Verlassen ihres Herkunftslandes noch nicht die Absicht, dauerhaft auszuwandern, haben sich in den meisten Fällen aber aufgrund der sich entwickelnden beruflichen und familiären Umstände trotzdem dauerhaft in der Schweiz niedergelassen.

In der Fachliteratur wird meist die These vertreten, dass die Push-Faktoren im Herkunftsland stärker auf den Migrationsentscheid einwirken als die Pull-Faktoren im Zielland. Das heisst, dass Gesundheitspersonal, welches mit dem Arbeitsplatz und der Lebenssituation zufrieden ist, keinen Anlass hat, sein Lebensumfeld zu verlassen und in ein anderes Land auszuwandern.¹⁶ Diese These wird durch die Resultate der Befragung grundsätzlich gestützt. Allerdings gibt es auch Pull-Faktoren, insbesondere familiäre, die zu einer Wanderung bewegen, obwohl im Herkunftsland grundsätzlich keine Push-Faktoren vorhanden wären. In diesem Fall überwiegen die Pull-Faktoren.

4 Erfahrungen mit der Rekrutierung

4.1 Stellensuche aus der Schweiz oder dem Ausland

Für die Schweiz dürfte die Frage von besonderem Interesse sein, ob das ausländische Gesundheitspersonal bereits im Ausland auf Stellensuche geht oder erst in der Schweiz nach Stellen sucht. Denn wie im Teilbericht I erläutert wurde, setzen die Arbeitgeber im Gesundheitswesen für die Inland- und Auslandsrekrutierung jeweils andere Rekrutierungskanäle prioritär ein.

Von den befragten Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen haben etwa die Hälfte noch im Ausland nach einer Stelle im schweizerischen Gesundheitswesen gesucht und etwa die Hälfte erst in der Schweiz. Es scheint drei Kriterien zu geben, die diejenigen, die erst in der Schweiz bzw. bereits im Ausland nach einer Stelle gesucht haben, charakterisieren. Das erste Kriterium ist der Migrationsgrund Familie: Diejenigen Befragten, die aus Gründen einer Partnerschaft in die Schweiz gekommen sind, haben alle erst in der Schweiz nach einer Stelle gesucht. Ebenfalls erst in der Schweiz auf Stellensuche gegangen sind diejenigen Befragten, die in der Schweiz noch einen Teil der Ausbildung oder eine Weiterbildung absolvieren wollten. Das dritte Kriterium ist der Migrationsgrund „berufliche Perspektive“: Diejenigen Fälle, die ihr Land aus Karrieregründen verlassen wollten, haben noch im Ausland nach einer geeigneten Stelle gesucht.

¹⁵ Vgl. Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?*, Zürich, Seismo.

¹⁶ 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).



4.2 Strategien bei der Stellensuche

Die Vielfalt an Rekrutierungskanälen, die von den Arbeitgebern für den Teilbericht I angegeben wurden, spiegelt sich auch in den Aussagen der ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen wider. Sie haben ihre Stelle auf verschiedenen Wegen gefunden, die sich in vier Kategorien zusammenfassen lassen. Zwei Fälle lassen sich keiner dieser Kategorien zuteilen: Eine Person hat ihre Stelle durch das Arbeitsamt vermittelt bekommen und eine Person hat mit Spontanbewerbungen Erfolg gehabt.

Inserate und Internet

Oft genannt wurde die Suche über Anzeigen in Zeitungen oder im Internet. Fast alle, die ihre Stelle auf diesem Weg gefunden haben, haben in der Schweiz gesucht. Im Internet wurde über Stellenvermittlungsplattformen gesucht oder direkt auf der Webseite von Betrieben. Dies von solchen Personen, die von Bekannten von diesem Arbeitgeber gehört haben. Eine Person, die von Kanada her gesucht hat, hat ihre Stelle durch eine Ausschreibung in einer Fachzeitschrift gefunden.

Agenturen

Die Stellenvermittlung durch Agenturen scheint laut den Aussagen des ausländischen Gesundheitspersonals nicht selten zu sein. Dieses Resultat der Befragung steht im Gegensatz zur Arbeitgeberseite, die die Rolle der privaten Personalvermittlungsagenturen bei der Rekrutierung als marginal bezeichnet hat. Fünf der Befragten wurden über eine spezialisierte Agentur im Ausland (Kanada, Frankreich und Niederlande) rekrutiert und mindestens zwei andere haben sich bei einer Agentur in der Schweiz angemeldet, allerdings ohne letztlich durch die Agentur vermittelt worden zu sein.

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.

Persönliche Kontakte

Vor allem Ärzte, die aus Karrieregründen in die Schweiz gekommen sind, haben ihre ursprüngliche Stelle über eigene persönliche Kontakte oder über Kontakte ihrer Vorgesetzten in die Schweiz gefunden. Diese Beobachtung entspricht der Einschätzung der Arbeitgebervertreter, dass bei der Rekrutierung von Ärzten vom Netzwerk der eigenen ärztlichen Belegschaft profitiert werden kann. Die Kontakte haben sich im Fall der für die Studie befragten Ärzte durch eine wissenschaftliche Kooperation etabliert.

Weiterbeschäftigung

Schliesslich haben einige Befragte ihre Stelle erhalten, ohne im eigentlichen Sinn danach suchen zu müssen. Ihnen wurde die Stelle angeboten, und zwar entweder nach der Ausbildung (Praktikum Pflege oder Assistenzarzt-Anstellung) oder nach einem ursprünglich als Kurzaufenthalt geplanten Einsatz in der betreffenden Institution.



4.3 Bewerbungsverfahren

Das Verfahren von der Bewerbung bis zur Anstellung haben alle Befragten, die sich dazu geäußert haben, durchgehend als einfach und unkompliziert beurteilt. Vor allem bei Stellenbesetzungen in der Pflege habe nur ein Bewerbungsgespräch und in einem Fall auch ein Hospitationstag stattgefunden. Viele fanden, dass sie nach der Bewerbung nicht lange auf ein Gespräch warten mussten und dass die Zusage nach dem Bewerbungsgespräch sehr schnell erfolgte. Einige Befragte wissen, dass kaum Konkurrenten für ihre Stelle vorhanden waren. Zum Teil führen sie dies auf das sehr eng definierte Anforderungsprofil zurück. Aber auch Pflegefachpersonen ohne Spezialisierung haben diese Erfahrung gemacht. Zu bemerken ist, dass auch niemand aus einem Drittstaat speziell erwähnt hätte, dass die Zusage aufgrund der Herkunft verzögert worden sei. Im Gegenteil, auch Angehörige von Drittstaaten haben sehr schnelle Zusagen erhalten.

5 Bildungsweg und Diplomanerkennung

Da bei der internationalen Migration auch die Thematik der Investitionen in die Ausbildung von Gesundheitspersonal und insbesondere der Verlust dieser Investitionen durch das Herkunftsland, wenn eine ausgebildete Fachperson das Land verlässt, diskutiert wird, war die Frage nach dem Bildungsweg auch in den Interviews zu dieser Studie eine wichtige.

5.1 Ärzteschaft

Ausbildung und Weiterbildung

Alle der befragten Ärztinnen und Ärzte haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert und bis auf eine Ausnahme auch das Diplom im Ausland gemacht. Diese Person ohne ausländisches Diplom kommt aus einem Drittstaat und hat das Diplom elf Jahre nach der Ankunft in der Schweiz absolviert, nachdem sie die zwei letzten Studienjahre noch nachgeholt hatte. Zwei Personen sind bereits mit einem Facharzt-Abschluss in die Schweiz gekommen. Die Übrigen haben entweder einen kleinen Teil der Spezialisierung bereits im Herkunftsland gemacht und in der Schweiz fortgesetzt oder die ganze Spezialisierung in der Schweiz gemacht. Ein Arzt hat in den USA ein Weiterbildungsdiplom gemacht, es in der Schweiz aber nicht anerkennen lassen. Vier der sieben befragten Ärztinnen und Ärzte führen inzwischen einen PD-Titel. Eine Person hat sich in der Schweiz von der Spezialisierung bis zur Habilitation weitergebildet und steht nun kurz vor der Erlangung einer Professur.

Diplomanerkennung¹⁷

Mit einer Ausnahme haben alle der befragten Ärztinnen und Ärzte ihr Diplom in der Schweiz anerkennen lassen. Drei von ihnen sind aus europäischen Staaten und haben deshalb von einer erleichterten

¹⁷ Bis zum Inkrafttreten des 1999 paraphierten Personenfreizügigkeitsabkommens (FZA) zwischen der Schweiz und den Mitgliedstaaten der EU (in Kraft seit dem 1.6.2002) konnten in der Regel nur Inhaber eines eidgenössischen Diploms den Arztberuf in der Schweiz selbstständig ausüben. Obwohl die eidgenössischen und die EU-Diplome weitgehend gleichwertig waren, wurden nur Personen mit schweizerischem Bürgerrecht zu den eidgenössischen Medizinalprüfungen zugelassen. Somit oblag es den Kantonen, im Einzelfall Inhaber ausländischer Arzt diplome zur Tätigkeit zuzulassen, was diese jedoch je nach Situation zurückhaltend und auch nur für ihr Gebiet vornahmen.

Seit dem Inkrafttreten des FZA besteht ein Anspruch auf Anerkennung ärztlicher Diplome aus den EU25- und EFTA-Staaten. Die im Anhang III zum FZA aufgeführten Diplome sind dem eidgenössischen Arzt diplom gleichgestellt und werden daher auf Antrag gemäss der noch geltenden EU-Ärztlicherichtlinie (93/16/EWG) quasi-automatisch anerkannt. Die Anerkennung ausländischer Diplome erfolgte ab 2002 auf der Grundlage des im Hinblick auf das FZA revidierten Gesetzes über die Freizügigkeit des Medizinalpersonals (FMPPG) durch den Leitenden Ausschuss (LA) und obliegt seit 2007 gemäss dem Medizinalberufegesetz (MedBG) der Medizinalberufekommission (MEBEKO).



Anerkennung profitiert. Die übrigen, aus Drittstaaten stammenden Personen, haben verschiedene Wege gewählt, um zu einer Anerkennung zu gelangen. Eine Person hat sich das Diplom erst im Jahr 2008 und nach der Dissertation, der Habilitation und der Vorbereitung des Facharztes von der MEBEKO anerkennen lassen, elf Jahre nach der Niederlassung in der Schweiz. Eine andere Person hat das Diplom in der Schweiz wiederholt, 12 Jahre nach der Diplomerlangung im Herkunftsland und sechs Jahre nach der Niederlassung in der Schweiz. Dafür musste sie noch ein Jahr Studium wiederholen. Diese Person hat die Anerkennungspraxis der Schweiz vor 2007 kritisiert, die für Ärzte aus Drittstaaten das Nachholen des Schweizer Diploms vorschrieb: So haben Ärzte in hoher Stellung und mit langjähriger Lehrtätigkeit wieder gleichzeitig mit ihren Studenten zur Prüfung antreten müssen. Dies sei für die Betroffenen nicht leicht.

Wie erwähnt hat eine Person aus einem Drittstaat bisher auf eine Anerkennung des ausländischen Diploms verzichtet. Dies aus sprachlichen Gründen und weil sie befürchtet, sie wäre mit einem anerkannten Diplom überqualifiziert für die jetzige Stelle als Spitalarzt, aber zu wenig qualifiziert für eine andere Stelle.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die meisten Ärzte ihre Ausbildung mitsamt Diplom im Ausland absolviert haben, aber in der Schweiz meist mit der ärztlichen Weiterbildung fortgefahren sind. Ebenfalls in den meisten Fällen wurde ein Weg gefunden, um das ausländische Ärztediplom anerkennen zu lassen, auch wenn die Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten erheblich viel mehr Aufwand dafür treiben mussten und erst sehr spät zu einer Anerkennung gelangen konnten.

5.2 Diplomierte Pflegefachpersonal

Ausbildung und Weiterbildung

Bis auf eine Person haben alle befragten Pflegefachpersonen ihre Ausbildung mitsamt dem Diplom im Ausland abgeschlossen. Etwa die Hälfte hat eine universitäre Ausbildung gemacht. Nur eine Person hat die gesamte Ausbildung und das Diplom in der Schweiz absolviert. Diese Person ist auch die einzige, die die Pflegeausbildung als Zweitausbildung begonnen hat. Zwei der Befragten haben nach der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson bereits mindestens eine Master-Ausbildung abgeschlossen (Sozialwissenschaften, Wirtschaftsforschung und Gesundheitsökonomie und -Management). Spezialisierungen im Pflegebereich wurden von einigen bereits im Herkunftsland gemacht, andere haben sich erst in der Schweiz spezialisiert. Alle Befragten machen in der Schweiz immer wieder kleine Weiterbildungen, und einige haben auch noch grössere Weiterbildungsgänge zur Spezialisierung vor sich.

Diplomanerkennung¹⁸

Alle der befragten ausländischen Pflegefachpersonen haben ihr Diplom in der Schweiz anerkennen lassen. Vor allem Angehörige von EU-Staaten haben die Anerkennung als sehr einfach erlebt. Angehörige aus Drittstaaten haben zum Teil noch Modulkurse und Prüfungen absolvieren müssen, Deutschkurse gemacht oder institutionsinterne Anpassungskurse besucht.

Keine der befragten Pflegefachpersonen hat von sich aus gesagt, sie habe auch in Betracht gezogen, ohne anerkanntes Diplom in der Pflege zu arbeiten. Drei Personen (aus Drittstaaten) begründeten dies damit, dass sie ohne Anerkennung keine Chance auf eine Stelle gehabt hätten. Erwähnt wurde auch, dass die Anerkennung vor allem im Hinblick auf einen zukünftigen Stellenwechsel gemacht wurde.

¹⁸ Die Anerkennung ausländischer Diplome in nicht-akademischen Gesundheitsberufen führte das SRK bis zum Inkrafttreten des revidierten Berufsbildungsgesetzes 2004 im Auftrag der Kantone (GDK) und seit dem Inkrafttreten des revidierten Berufsbildungsgesetzes (BBG) 2004 im Auftrag des Bundes durch. Ebenso wie bei den Ärzten besteht auch für Personen mit einem Diplom in Krankenpflege aufgrund des FZA seit 2002 ein Anspruch auf Anerkennung ihres Abschlusses. Sie richtet sich nach den Richtlinien 77/452/EWG und 77/453/EWG, d.h., dass die im Anhang III zum FZA aufgeführten Titel der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenpflegepersonen auf Antrag vom SRK quasi-automatisch anerkannt werden.



Die einzige Kritik an der Prozedur der Diplomanerkennung kam wieder von Personen aus Drittstaaten. Zwei Personen konnten sich ihre Spezialisierung in der Geburtshilfe bzw. in der Psychiatrie nicht anrechnen lassen. Eine Person hatte den Eindruck, ihr Antrag sei von ihren Vorgesetzten verschleppt worden. Kritisiert wurde in einem Fall auch, das Verfahren sei wenig transparent gewesen und die antragsstellende Person habe keine Auskünfte über den Fortschritt des Verfahrens erhalten.

6 Berufliche Aktivität in der Schweiz

6.1 Verlauf der beruflichen Aktivität in der Schweiz

Die Mehrheit der befragten Migrantinnen und Migranten hat ihren Beruf in der Schweiz mehr oder weniger sofort nach ihrer Ankunft ausgeübt. Entweder im Praktikantenstatus, als temporär vorgesehene Mitarbeitende in der Forschung oder als Besetzung einer regulären Stelle.

Die Studienteilnehmenden wurden auch nach dem weiteren Verlauf ihrer beruflichen Tätigkeit in der Schweiz gefragt. Die meisten scheinen mit ihrer jetzigen Stelle und der bisherigen Karriere in der Schweiz einigermassen zufrieden zu sein. Nur zwei Personen haben sich beruflich von der Arbeit in der Versorgung abgewandt. Ansonsten haben die fachlichen Richtungsänderungen oder Stellenwechsel meist aus Gründen des Aufstiegs oder des fachlichen Interesses stattgefunden. Als nicht-berufliche Gründe für einen Stellenwechsel wurden familiäre und gesundheitliche Gründe genannt.

Ärztenschaft

Sechs von sieben der befragten Ärztinnen und Ärzte haben heute eine leitende Stelle entweder als Oberarzt oder als Leitender Arzt. Sie alle haben gleich nach ihrem Wechsel in die Schweiz wieder im Gesundheitswesen zu arbeiten begonnen. Einige sind ja auch aus Gründen einer ursprünglich befristeten wissenschaftlichen Kooperation in die Schweiz gekommen. Einer der Ärzte ist inzwischen in einem Teilzeit-Pensum auch selbständig tätig. Die meisten haben seit ihrer Immigration in die Schweiz bereits einmal die Stelle gewechselt. Dies vorwiegend weil sie in der Hierarchie aufgestiegen sind. Sie haben also meist von einer Assistenz- zu einer Oberarztstelle oder von einer Oberarztstelle zu einer Stelle als Leitender Arzt gewechselt, meist innerhalb der gleichen Abteilung. Eine einzige Person fällt aus diesem Rahmen: Sie hat aufgrund von sprachlichen Problemen und der fehlenden Diplomanerkennung nach dem Umzug in die Schweiz sehr lange nicht als Arzt arbeiten können. Heute arbeitet sie aber als Spitalarzt.

Pflegefachpersonen

Im Gegensatz zur Ärzteschaft fällt bei den befragten Pflegefachpersonen auf, dass sie öfter nicht sofort eine Stelle gesucht haben, als sie in die Schweiz eingewandert sind. Diese Feststellung trifft mindestens auf drei Frauen zu, die gemeinsam haben, dass sie aus Gründen der Partnerschaft in die Schweiz gekommen sind. Sie haben zwischen vier und elf Jahren gewartet, bis sie eine Stelle angetreten haben. Zwei davon haben diese Auszeit mit familiären Aufgaben begründet.

Rund die Hälfte aller befragten Pflegefachpersonen ist ohne leitende Funktion angestellt. Zwei sind in eine leitende Stelle als stellvertretende/r Stationsleiter/in Pflege befördert worden und zwei sind inzwischen nicht mehr in der Pflege, sondern in der Lehre oder in der Verwaltung tätig. Der Verlauf der beruflichen Tätigkeit ist bei den befragten Pflegefachpersonen auf jeden Fall weniger einheitlich als bei der Ärzteschaft. Auch Personen, die erst seit Kürzerem in der Schweiz arbeiten, haben schon einmal die Stelle gewechselt. Die Wechsel liegen im Gegensatz zur Ärzteschaft meist aber nicht in einem Aufstieg in der Hierarchie begründet, sondern fanden eher zwischen Spezialgebieten oder Versorgungsbereichen statt.



6.2 Berufliche Perspektiven

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.

6.3 Arbeitsbedingungen

Die Studienteilnehmenden wurden auch gefragt, unter welchen Bedingungen sie in der Schweiz arbeiten. Damit sind Bedingungen im weitesten Sinn gemeint: Sowohl die Anstellungsbedingungen, die Arbeitsbedingungen und eine allfällige Diskriminierung.

Anstellungsbedingungen

Die befragten Ärztinnen und Ärzte arbeiten im Gegensatz zu den befragten Pflegefachpersonen häufiger Vollzeit und sind eher mit befristeten Verträgen angestellt. Diese Feststellung fasst die Anstellungsbedingungen der Studienteilnehmenden zusammen. Als Gründe für die Anstellung in einem Teilzeitpensum wurden gesundheitliche Probleme, Aufgaben der Kinderbetreuung und der zeitliche Aufwand für Ausbildungen genannt. Keine der befragten Personen gab an, zur Teilzeitarbeit überredet oder verpflichtet worden zu sein.

Übereinstimmung von Qualifikation und Tätigkeit

Die Studienteilnehmenden beider Berufsgruppen sind durchgehend überzeugt, als ihre aktuelle Tätigkeit ihrer beruflichen Qualifikation entspricht. Nur zwei Personen haben etwas relativiert: Eine ist der Meinung, dass der Willen der Vorgesetzten entscheidend sei für die adäquate Anstellung und diese deshalb nicht als dauerhaft angesehen werden könne. Und eine andere Person aus der Langzeitpflege hat gesagt, sie könne in diesem Umfeld einige Tätigkeiten aus ihrem Kompetenzbereich nur sehr selten einsetzen.

Diese durchgängige Adäquatheit von Tätigkeit und Qualifikation ist insofern bemerkenswert, dass die ausländischen Erwerbstätigen in der Schweiz ein grösseres Risiko haben, eine Anstellung zu haben, für die sie überqualifiziert sind.¹⁹ Dazu ist jedoch anzumerken, dass für die vorliegende Studie nur gut qualifiziertes Personal befragt wurde. Wenn auch ausländisches Assistenzpersonal berücksichtigt würde, könnte die Situation anders aussehen.

¹⁹ Vgl. Pecoraro, Marco (2005), „Les migrants hautement qualifiés“, in : Haug, Werner, Wanner, Philippe (Hrsg.). *Migrants et marché du travail. Compétences et insertion professionnelle des personnes d'origine étrangère en Suisse*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.



Arbeitsbedingungen

Die meisten Befragten beurteilen ihre Arbeitsbedingungen insgesamt als gut bis sehr gut. Als besonders positiv wurden die weit gehenden Kompetenzen der Pflegefachpersonen und das gute Arbeitsklima erwähnt. Vor allem von Ärzten wurde erwähnt, dass man hier für seine Leistungen angemessen entschädigt werde und dass zusätzliche Anstrengungen immer auch honoriert werden.

Mehrfach festgestellt – aber nicht kritisiert – wurde, dass die Wochenarbeitszeit in der Schweiz vergleichsweise hoch sei, sowohl in der Medizin wie auch in der Pflege. Zu den Arbeitszeiten wurde nur von Pflegefachpersonen bemängelt, dass sie etwas mühsam seien. Fehlende Betreuungsangebote für die Kinder würden die Schwierigkeiten, einen Arbeitsrhythmus von beispielsweise 4*12 Stunden einhalten zu können, noch verstärken. Einige Frauen sind der Meinung, dass sie als Ausländerinnen durch die Arbeitszeiten und gleichzeitig fehlende Betreuungsangebote diskriminiert werden, da sie kaum auf Betreuungsmöglichkeiten im familiären Umfeld zurückgreifen können und dadurch eher zu Teilzeitarbeit gezwungen sind. Nebst der Arbeitszeit wurde auch einige Male eine gewisse Unzufriedenheit mit dem Lohn oder dem Lohnanstieg erwähnt. Abgesehen davon wurden nur vereinzelt weitere Bedingungen kritisiert. Dazu gehören die hohe Arbeitsbelastung durch die knapp bemessene Stellenplanung in der Pflege und das Fehlen von psychologischer Betreuung bei psychisch sehr belastenden Aufgaben.

Diskriminierung

Die Frage, ob sie bezüglich der Arbeitsbedingungen schon mal Benachteiligungen gegenüber ihren schweizerischen Mitarbeitenden erfahren haben, hat gut die Hälfte der Studienteilnehmenden verneint. Wenn dieser Eindruck begründet wurde, dann mit dem Hinweis auf die kantonal festgelegten Lohnrichtlinien oder auf die internationale Zusammensetzung der Belegschaft, die heute einer Diskriminierung des ausländischen Gesundheitspersonals entgegenwirke.

Die andere Hälfte der Befragten – vor allem Pflegefachpersonen – antwortete, sie hätten schon Benachteiligungen erfahren oder fühlten sich durch ihre Situation immer noch benachteiligt. Die Benachteiligungen sind oft finanzieller Art (Lohn oder Rentenzahlungen), sprachlicher Art oder durch fehlende Kontakte bedingt. Auch indirekt ist eine Diskriminierung festzustellen, z.B. wenn eine Person erzählt, sie habe sich nicht getraut, den Arbeitgeber um die Rückerstattung Kosten für die Weiterbildung zur Diplomanerkennung zu fragen.

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 sechs 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.



Migration des Gesundheitspersonals in der Schweiz II: Die Situation des immigrierten Gesundheitspersonals

Schon nur die Fälle des für diese Studie befragten ausländischen Gesundheitspersonals zeigen, dass die direkte und indirekte Ungleichbehandlung des ausländischen Personals einigermassen verbreitet sein dürfte. Es ist anzunehmen, dass sich viele ausländische Ärzte und Ärztinnen und vor allem Pflegefachpersonen ihrer Benachteiligung gar nicht bewusst sind. Die Kenntnis darüber, welche Arbeitsbedingungen für sie angemessen wären und wie sie sich zur Durchsetzung dieser Bedingungen helfen lassen könnten, scheint vor allem beim Pflegefachpersonal eher gering zu sein. Keine der Personen, die sich von Benachteiligungen betroffen fühlen, hätte erwähnt, dass sie sich dagegen wehren wolle.



Teil III Zirkuläre Migration und Entwicklungspotential

Eine wichtige Frage dieser Studie lautet, inwiefern realisiert werden kann, dass durch die Migration von Gesundheitspersonal gemeinsame Vorteile („mutuality of benefits“) sowohl für das Herkunftsland wie auch für das Zielland hervorgebracht werden können. Deshalb wurden auch die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen nach ihrer diesbezüglichen Einschätzung gefragt. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse zusammengefasst, die deren Antworten auf die Frage nach dem Zustand der Gesundheitssysteme ihres Herkunftslandes, nach einer möglichen Unterstützung ihres Herkunftslandes und nach der zirkulären Migration oder Alternativen dazu ergeben haben.

7 Globale Migration und Gesundheitssysteme der Herkunftsländer

7.1 Die Wahrnehmung der globalen Migration von Gesundheitspersonal

Im Gegensatz zu den Arbeitgebern wurden die Arbeitnehmer in den Interviews nicht direkt nach einer Einschätzung der globalen Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal gefragt. Im Kontext der übrigen Fragen und vor allem derjenigen der zirkulären Migration haben sich aber einige trotzdem dazu geäußert. Es sind vor allem die Ärztinnen und Ärzte, die diesem Phänomen besondere Beachtung schenken. Insgesamt sieben Personen haben sich zu ihrer Sichtweise der globalen Migration des Gesundheitspersonals geäußert.

Migrationsströme

Zwei Befragte aus Deutschland stellen fest, dass Deutsche in erster Linie in die Grenzländer Deutschlands und nach Skandinavien weiterziehen. Deutschland rekrutiere dafür in der Pflege viele russische und polnische Fachkräfte. Ein Arzt, der vor seinem Wechsel in die Schweiz bereits von Osten nach Westen gewandert war, stellt ebenfalls fest, dass Osteuropa viel Personal an Westeuropa, v.a. nach Deutschland, Schweiz, England, Irland und an die skandinavischen Länder verliert. Dieser Arzt meint auch, dass es vor allem die überdurchschnittlich guten Fachkräfte sind, die auswandern. Denn wer gehe, müsse davon überzeugt sein, dass er im Ausland intakte Chancen auf eine Stelle habe. Eine Person aus den Philippinen benutzt den Begriff „Brain Drain“, um die Situation in ihrem Herkunftsland zu beschreiben: Es gäbe zu viele Pflegefachpersonen, die deswegen ins Ausland gingen. Die meisten kehrten aber schon nach zwei Jahren in die Philippinen zurück und bauten sich mit dem ersparten Geld eine andere Existenz auf.

Mechanismen

Ein Arzt sieht die Gründe für diese Wanderungsbewegungen vor allem im wirtschaftlichen Gefälle zwischen Ziel- und Herkunftsländern begründet. Das Lohnniveau im Zielland sei für das migrierende Gesundheitspersonal so attraktiv, dass andere nachteilige Bedingungen in Kauf genommen würden. Eine Pflegefachperson bestätigt diese Beobachtung insofern, als jedes Land auf günstige Arbeitskräfte angewiesen sei, die aufgrund der Bedingungen im Herkunftsland auch Bedingungen akzeptierten, die nach Massstäben des Ziellandes eher mässig gut sind. Eine andere Person aus der Pflege hat den Eindruck, dass auch die bessere Qualität der Arbeit im Zielland zur Wanderung animiere.

Eine Person beurteilt die Migration von Gesundheitspersonal und den damit verbundenen Brain Drain als bilaterale Angelegenheit zwischen Herkunfts- und Zielland. Das heisst, dass sich die Herkunftsländer zu



stark als Opfer positionierten, statt an ihren eigenen Stärken und Anreizen zu arbeiten, die sie – zumindest in früheren Zeiten – noch bieten konnten, und die Leute damit im Land zu halten. Bei ärmeren Ländern bestehe diese Chance der Zurückhaltung des Personals allerdings nicht, da müsse eingegriffen werden.

Auswirkungen

Diese Wanderungsbewegungen zeigen heute laut den Befragten noch keine einschneidende Wirkung, weil die ältere Generation meist noch im Land bleibe. Die Abwanderung werde in den nächsten Jahren aber sowohl in der Versorgung wie auch im akademischen Bereich empfindlich spürbar. Als weitere Auswirkung sehen sie einen hohen finanziellen Verlust vor allem für die ärmsten Länder, dessen ausgebildetes Gesundheitspersonal auswandert. Ausserdem entstünden immer mehr regionale Ungleichgewichte, z.B. wenn die Schweiz alle Franzosen anziehen versuche.

Die Rolle der Schweiz

Die Rolle der Schweiz im globalen Kontext wurde von denjenigen, die sich dazu geäussert haben, nur kritisiert. Die Schweiz rekrutiert laut den Befragten zu exzessiv im Ausland und profitiert dabei von ihrem hohen Lohnniveau. Ausserdem bilde die Schweiz zu wenig eigenes, qualifiziertes Gesundheitspersonal aus. Schon nur der hohe Bedarf im akademischen Bereich könne nicht mit eigenem Nachwuchs gedeckt werden. Im Moment wähle die Schweiz den einfachen Weg, den wirtschaftlichen Gradient zu den übrigen Ländern spielen zu lassen. Damit habe sie sich bereits jetzt in eine Situation grosser Abhängigkeit manövriert.

7.2 Einschätzung der Gesundheitssysteme

Nach dem Zustand des Gesundheitswesens in ihrem Herkunftsland gefragt, kommt von allen Befragten vorwiegend Kritik auf. An den EU-Ländern und Drittstaaten auf dem europäischen Kontinent wurden vor allem die Finanzierungssysteme der Gesundheitswesen kritisiert, meist für die zu tiefe Krankenkassendeckung und die Korruption. Befragte aus Drittländern sehen die Defizite ihrer Herkunftsländer nebst den fehlenden Ressourcen auch bei der ungenügenden Versorgung der Bevölkerung, der fehlenden oder schlecht gewarteten Infrastruktur und dem Mangel an medizinischem Material und Medikamenten. Fast allen Ländern wurde fehlende Chancengleichheit in der medizinischen Versorgung attestiert.

Wenn es um den Bedarf an Gesundheitspersonal geht, lassen sich die Einschätzungen der Befragten in drei Arten von Ländern zusammenfassen: In der ersten Gruppe von Ländern gibt es noch genug qualifiziertes Gesundheitspersonal. Dies wurde über Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Kanada gesagt. Allerdings wurden diese Gesundheitssysteme in Sachen Personalpolitik trotzdem kritisiert: In Deutschland zum Beispiel habe das Tarifsystem der DRG zu einer personellen Unterbesetzung in den Spitälern geführt und in Kanada seien die Arbeitszeiten kaum tragbar. In der zweiten Gruppe von Ländern wären sowohl Nachfrage nach und Verfügbarkeit von zusätzlichem qualifiziertem Gesundheitspersonal da. Da aber die Finanzierung des Systems nicht funktioniert oder die Bedingungen des Gesundheitswesens ungünstig sind, bleibt das qualifizierte Gesundheitspersonal entweder arbeitslos oder verlässt das Land. Dies wurde über Griechenland, Serbien, Mazedonien, Bangladesch, die Philippinen und Thailand gesagt. Und in der dritten Ländergruppe schliesslich herrscht laut den Befragten eine Knappheit an qualifiziertem Personal, die meist auch von schlechten Arbeitsbedingungen begleitet ist. Zu diesen Ländern wurden von den Befragten Österreich, Estland, Marokko und Haiti gezählt, wobei zwischen diesen Staaten grosse Unterschiede in der tatsächlichen Versorgungslage herrschen dürften.



7.3 Unterstützungsbedarf

Auf die Frage, ob und wie denn das Gesundheitswesen in ihrem Herkunftsland von internationaler Seite unterstützt werden könnte, haben die Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen unterschiedlich reagiert. Einige eher kritisch: Eine Pflegefachperson aus Europa zeigte sich überrascht, dass sich die Schweiz zum Thema des ausländischen Gesundheitspersonals mit Fragen der internationalen Kooperation beschäftige, statt für die bessere Ausbildung des eigenen Fachpersonals zu sorgen. Und ein Arzt aus einem Nachbarland der Schweiz meinte, es stelle sich generell die Frage, ob die Schweiz den Ländern etwas zurückgeben muss, aus denen das ausländische Gesundheitspersonal stammt. Die Schweiz habe sich einen kompetitiven Vorteil erarbeitet, welchen andere Staaten zum Vorbild für Verbesserungen im eigenen Land nehmen sollten. Es gäbe andere moralische Fragen, die die Schweiz zu ihrem Verhältnis zum Rest der Welt zuerst klären sollte, wie z.B. ihre Rolle im Zweiten Weltkrieg oder in der heutigen Finanzwelt. Zwei andere Personen aus Albanien und Russland haben generell nicht eingesehen, warum ihr Herkunftsland unterstützt werden sollte.

Auch wenn der Unterstützung des Herkunftslandes grundsätzlich weniger kritisch gegenübergestellt wird, herrscht bei Einigen Skepsis bezüglich der finanziellen Entschädigung der Herkunftsländer, namentlich bei Migranten aus Albanien, Griechenland, Marokko und Serbien. Dies einerseits wegen der Korruption und weil sie einen falschen Einsatz der Gelder befürchten. Ausserdem habe nicht nur der Staat, sondern auch die Familie einer ausgewanderten Fachperson in deren Ausbildung investiert. Und Geldzahlungen würden gerade in Staaten mit generell schwacher Finanzlage und einem schlecht finanzierten Gesundheitswesen nicht helfen. Als Alternative wurde eine allgemeinere Unterstützung der Wirtschaft vorgeschlagen, damit die Gesundheitssysteme saniert werden können.

Die Stärkung des Gesundheitspersonals in den Herkunftsländern wurde als Unterstützungshilfe zwar grundsätzlich positiv, aber nicht immer als nötig eingeschätzt. Die Philippinen und Thailand hätten z.B. genug Schulen und genug Personal. Es wurde auch die Meinung geäußert, allein die Stärkung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sei wenig wirkungsvoll. Die Unterstützung bei der Ausbildung und der Wissensaustausch wurden am häufigsten vorgeschlagen, um die Gesundheitssysteme über die personellen Ressourcen zu stärken.

Die Vorschläge, die die ausländischen Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen zur Unterstützung ihrer Herkunftsländer machen, lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Personal- und Wissensaustausch zwischen der Schweiz und dem Ausland (Serbien, Estland, Philippinen, Marokko)
- Förderung und Verbesserung der Ausbildung von Fachpersonen in den Bereichen Medizin, Pflege, Management und Informatik (Marokko, Kanada)
- Entsendung von Ausbildnern, u.a. auch für die technische Unterstützung (Marokko)
- Angebot von Praktikumsplätzen in der Schweiz für ausländische Pflegefachpersonen und ÄrztInnen (Bangladesch, Haiti)
- Vielseitige Unterstützung für die Finanzen, Administration und Ausbildung (Bangladesch)
- Unterstützung von „free clinics“ für die Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten (Philippinen)
- Verteilen von Medikamenten (Philippinen)
- Unterstützung der Lobby der Berufsgruppe der Pflegenden (Deutschland)
- Bau von Schulen (Marokko)

Diejenigen, die sich ein persönliches Engagement für ihre Herkunftsländer oder für andere Länder vorstellen könnten, sähen dafür auch die Bereiche Ausbildung und Wissenstransfer als am geeignetsten an. So zum



Beispiel die Betreuung von Praktikanten oder Gastärzten in der Schweiz oder die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit ausländischen Forschungsgruppen. Viele sind aber eher zurückhaltend mit einer persönlichen Beteiligung an der Unterstützung ihres Herkunftslandes. Eine Person hat erwähnt, dass in den Herkunftsländern auch Misstrauen gegen Emigranten herrsche und deren Hilfe kaum erwünscht sei.

8 Zirkuläre Migration und Kooperation mit Herkunftsländern

8.1 Die zirkuläre Migration

Die Studienteilnehmenden wurden auch mit dem Konzept der zirkulären Migration konfrontiert, das von der Idee ausgeht, dass migriertes Gesundheitsfachpersonal temporär oder dauerhaft wieder in das Herkunftsland zurückkehrt, um dessen Gesundheitssystem mit den im Ausland erworbenen Kompetenzen zu stärken und ihm somit auch einen Gewinn zukommen zu lassen.²⁰ Dazu wurden sie gefragt, ob sie schon einmal überlegt haben, in ihr Herkunftsland zurückzukehren, um dort die hier gewonnene Berufserfahrung weiterzugeben. Die Mehrheit der Befragten hat angegeben, noch nie darüber nachgedacht zu haben. Zwei Personen sind allerdings schon einmal in ihr Herkunftsland zurückgekehrt, haben dies aber im Zusammenhang mit der Frage der zirkulären Migration nicht erwähnt (siehe Kapitel 3.1).

Die Befragten wurden – unabhängig davon, ob sie sich eine Rückkehr schon überlegt haben – nach ihrer Einschätzung des Konzepts der zirkulären Migration gefragt. Die Antworten darauf sind mehrheitlich skeptisch ausgefallen. Nur ein Arzt findet, er würde grundsätzlich lieber in seinem Herkunftsland arbeiten und wäre deshalb für eine zirkuläre Migration zu haben. Die anderen wenigen Stimmen, die eher positiv zu werten sind, finden die Idee im Sinne eines Austauschs zwischen Ziel- und Herkunftsland gut. Trotzdem sehen sie eine zirkuläre Migration für sich selber nicht als Option.

Die Skepsis gegen das Modell der zirkulären Migration wird von den Befragten vielseitig begründet. Am radikalsten ist die Ablehnung einer Person, die nicht einsieht, was sie ihrem Herkunftsland schulde, da sie von diesem bisher auch nicht die geringste Unterstützung erhalten habe. Andere finden, dieses Konzept sei nur etwas für ärmere Länder und würden die Anwendung des Konzepts also nur für Drittweltländer mit erheblicher Personalknappheit in Betracht ziehen. Die übrigen Einwände lassen sich in vier Punkten zusammenfassen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

Der erste Einwand gegen die zirkuläre Migration und ihr Ziel des Wissens- und Erfahrungstransfers durch das ausgewanderte Gesundheitsfachpersonal liegt im Zweifel an der Erwünschtheit dieses Engagements durch die Herkunftsländer bzw. durch das dort arbeitende Gesundheitspersonal und die Institutionen. Dieser Einwand wurde von Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen aus EU-Ländern geäußert.

Ein zweiter Einwand betrifft den Zweifel, ob das Konzept überhaupt eine Wirkung hätte und Sinn macht. Das heisst, ob eine (temporär) zurückkehrende Person überhaupt etwas erreichen könnte. Begründet wurde dieser Zweifel damit, dass die Arbeitsweise in der Schweiz sehr verschieden von derjenigen im Herkunftsland ist und die hier verfolgten Prinzipien dort kaum anwendbar sind. Oder dass die Bedürfnisse des Herkunftslandes anders gelagert seien und die Kompetenzen, die zur Verfügung gestellt werden könnten, dort kaum gebraucht werden könnten. Und schliesslich haben vor allem Pflegenden Bedenken, dass

²⁰ Vgl. z.B. Vertovec, Steven (2007). *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, International Migration Institute, oder: IOM (2008). *Permanent or Circular Migration? Policy Choices to Address Demographic Decline and Labour Shortages in Europe*. Budapest, IOM.



es entweder sehr lange gehen würde, bis sie sich dort ernsthaft einbringen könnten oder dass ihnen aufgrund ihrer Position im Hierarchiegefüge gar kein Gehör geschenkt würde.

Der dritte Einwand betrifft Bedenken, ob das Modell der zirkulären Migration für den angestrebten Wissens- und Erfahrungsaustausch das richtige Instrument ist. Denn das Wissen, über das in der Schweiz verfügt wird, nütze den Herkunftsländern nicht zwingend etwas, weil dort die Arbeitsweise grundsätzlich anders sei oder die technischen Möglichkeiten für die Umsetzung der gelehnten Methoden fehlten. Vor allem die befragten Ärztinnen und Ärzte sind diesbezüglich skeptisch. Wenn vor Ort kompetente Partner fehlten, könne eine Einzelperson wenig erreichen. Den Vorteil, dass die ausgewanderten Gesundheitsfachpersonen bereits mit dem dortigen System, der Kultur und der Sprache vertraut sind, sehen sie unter heutigen Bedingungen wie z.B. den verbreiteten Englisch-Kenntnissen als hinfällig an.

Als vierter Einwand wurde die unrealistische Umsetzung der zirkulären Migration eingebracht. Es sei schwierig, zwischen zwei Ländern zu leben, umso mehr wenn sie geographisch weit auseinander liegen. Der Wechsel in ein anderes Land werde nicht einfach so vollzogen, sondern bedeute meist, dass man sich im Zielland niederlasse und sich dort auch das Leben einrichte. Auch das Umstellen von der Arbeit im schweizerischen System auf die Arbeit im Herkunftsland sehen einige als sehr schwierig an. Schliesslich wurde die zirkuläre Migration als utopisch bezeichnet, weil die Vorteile der Arbeit in der Schweiz viel zu gross sind, als dass jemand freiwillig auf sie verzichten würde. Weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung werden auch in den folgenden zwei Unterkapiteln diskutiert.

Hindernisse

Um die Hindernisse für eine zirkuläre Migration aus Sicht der Migrantinnen und Migranten zu untersuchen, wurden die Teilnehmenden nämlich gefragt, was sie persönlich – unabhängig von ihrer Meinung zur zirkulären Migration – davon abhalten würde, mindestens temporär in ihr Herkunftsland zurückzukehren, um ihre Erfahrungen dort weiterzugeben.

Zu den Hindernissen durch den Lebenslauf wurde erwähnt, dass ein temporärer Aufenthalt von einem oder zwei Jahren aus der Perspektive der Wirkung Sinn machen würde, aber faktisch zu lang wäre, um einfach so zu gehen und zu kurz, um sich ein neues Leben einzurichten. Vielfach wurde ganz allgemein gesagt, dass eine Rückkehr ins Herkunftsland nicht den persönlichen Plänen für die Zukunft entspreche. Und vor allem Befragte, die schon sehr lange in der Schweiz sind, haben gesagt, sie seien inzwischen in der Schweiz verwurzelt und möchten nicht mehr in ihr Herkunftsland zurück.

Auch juristische Probleme wurden als Hindernisse erwähnt. Vor allem eine Person aus einem Drittstaat hat gesagt, sie würde die Schweiz nicht für längere Zeit verlassen, bevor die Einbürgerung vollzogen sei. Insbesondere für Angehörige von Drittstaaten wäre eine temporäre Rückkehr ins Herkunftsland komplizierter. Aber auch für eingebürgerte Personen aus Drittstaaten würden die Visa-Pflichten ihrer Herkunftsländer einer Rückkehr gewisse Grenzen setzen. Eine Person gab zu bedenken, dass Menschen, die ihr Land als Flüchtlinge verlassen mussten, kaum bereit seien, dorthin zurückzukehren, auch wenn sich die Situation im Land inzwischen verbessert habe und eine Einreise möglich wäre.

Weitere, einige Male genannte, Hindernisse sind erstens die Familie, die entweder zurückgelassen oder mitgenommen werden müsste. Ein Mitnehmen der Familie wurde aber von denjenigen ausgeschlossen, deren Kinder in der Schweiz zur Schule gehen. Zweitens können auch berufliche Verpflichtungen einer längeren Abwesenheit im Weg stehen. Einige äusserten den Vorbehalt, sie müssten an ihrer Arbeitsstelle vertreten werden. Vor allem für Personen mit Führungsaufgaben oder einem seltenen Profil können temporär kaum Vertretungen gefunden werden. Drittens zweifelte eine Person an ihrer Kompetenz für die Übernahme von ausbildungsnahen Aufgaben. Viertens wurden auch gesundheitliche Probleme als Hindernis



genannt. Und schliesslich haben zwei Personen gesagt, sie könnten sich für solche Aktionen grundsätzlich nicht motivieren.

Bedingungen

Die Bedingungen, die die Befragten für eine temporäre oder dauerhafte Rückkehr in ihr Herkunftsland voraussetzen würden, knüpfen eng an den von ihnen georteten Hindernissen an. So dürften zum Beispiel keine Hindernisse für eine Rückkehr in die Schweiz bestehen, wie eine Person gesagt hat. Ausserdem dürfte der jetzige Status in der Schweiz nicht gefährdet werden. Das heisst, die jetzige Anstellung müsste zugesichert bleiben und die Karriere fortgesetzt werden können. Ausserdem müssten solche Initiativen von den Vorgesetzten anerkannt sein und einen positiven Einfluss auf die Karrierechancen haben. Von der finanziellen Seite her wäre für viele eine Lohnfortzahlung während des Auslandsaufenthaltes eine unbedingte Voraussetzung. Einige würden auch eine Entschädigung für die zusätzlich entstehenden Kosten wollen.

Weiter wurden als Bedingungen genannt, dass die Partnerin oder der Partner mitkommen können müsste, dass jemand sie für eine zirkuläre Migration anfragen müsste und dass der Aufenthalt nicht zu lange dauern würde. Zwei Monate waren das Maximum, das als möglich eingeschätzt wurde. Diese Zeit reicht laut vielen Befragten aber nicht aus, um wirklich etwas zu erreichen.

Bei einigen der Befragten war zu spüren, dass sie bei einem sehr guten Jobangebot im Herkunftsland eventuell zugreifen würden, falls sie dafür angefragt würden und die Rahmenbedingungen organisatorischer, finanzieller und familiärer Art nach ihren Vorstellungen ausgestaltet und wenn möglich schon vorbereitet wären.

Die Bedeutung beruflicher Kontakte im Herkunftsland

Ein Arzt hat gesagt, ihm fehle in seinem Herkunftsland ein Netzwerk, das nötig wäre, um erfolgreich Projekte vorantreiben zu können. Das Vorhandensein von beruflichen Kontakten im Herkunftsland dürfte tatsächlich von einiger Bedeutung sein für die Bereitschaft zu einer zirkulären Migration und ihrer erfolgreichen Umsetzung. Über die Hälfte der Befragten hat allerdings angegeben, keine oder nur sehr wenige berufliche Kontakte im Herkunftsland zu haben. Der Rest (vorwiegend Ärztinnen und Ärzte) hat Kontakte, zum Teil durch eine aktuelle Zusammenarbeit oder auch durch Verwandte oder Freunde, die im Gesundheitswesen arbeiten.

8.2 Alternativen der internationalen Kooperation

Das befragte Gesundheitspersonal hat – wie schon die Arbeitgeber – auch alternative Vorschläge zur Förderung der Kooperation und des Erfahrungsaustauschs mit den Herkunftsländern gemacht. Dabei waren es vor allem die Ärzte, die viele Anregungen gaben, auch aufgrund ihrer momentanen internationalen Tätigkeiten.

Alternativen zum Erfahrungstransfer durch zirkuläre Migration

Die vorgeschlagenen Alternativen richten sich vorderhand auf den Austausch und den Transfer von Wissen und Erfahrung. Einige der Ärzte könnten sich vorstellen, ab und zu in ihrem Herkunftsland in ihrem Spezialgebiet zu unterrichten. Eine Person hat ihren Kollegen im Herkunftsland schon mehrere Male einen solchen Erfahrungsaustausch angeboten, allerdings ohne dass ihr Angebot angenommen worden wäre. Sie geht deshalb inzwischen davon aus, dass ihr Beitrag dort nicht gebraucht wird.

Weiter haben sowohl Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegefachpersonen einen Personalaustausch vorgeschlagen. Das heisst, dass Praktikanten, Studenten oder auch fertig ausgebildete Personen in die Schweiz kommen könnten, um hier einen Arbeitsaufenthalt zu machen. Die Inanspruchnahme der



Möglichkeit temporärer Aufenthalte in der Schweiz wurde als gross eingeschätzt, weil die Karrierechancen bei einem Auslandsaufenthalt in einigen Ländern steigen.

Vorgeschlagen wurde auch eine Forschungszusammenarbeit von Schweizer Teams mit ausländischen Teams. Durch die Unterstützung solcher Forschungsprojekte würden den jungen Wissenschaftlern im Ausland Anreize gegeben, sich noch stärker zu engagieren.

Als Alternative zur Rückkehr einer einzelnen Person wurde von einem Arzt vorgeschlagen, ganze Teams, die aber nicht nur aus in die Schweiz immigrierten Personen zusammengesetzt wären, in ein Land zu schicken. Wenn die Bedingungen und Bedürfnisse vor Ort genau abgeklärt und ein solcher Einsatz gut vorbereitet würde, könne man viel mehr erreichen als mit einem ungezielten Einsatz von Einzelpersonen in deren Herkunftsland. Ein anderer Arzt hat ebenfalls Einwände gegen relativ kurze Auslandsaufenthalte von immigriertem Gesundheitspersonal. Für eine kurze Aufenthaltsdauer sei es wirkungsvoller, Personal aus dem Ausland hierhin zu holen und sie die hier gesammelten Eindrücke im Herkunftsland anwenden zu lassen.

Schliesslich wurde auch vorgeschlagen, dass die Schweiz den Aufbau von Hochschulen in Ländern mit geringem Entwicklungsstand und grossen Versorgungsproblemen unterstützen sollte.

Bestehende internationale Kooperationen

Nur zwei der befragten Personen beteiligen sich bereits heute an Projekten mit internationaler Kooperation, die über die übliche wissenschaftliche Zusammenarbeit hinausgehen und gezielt die Unterstützung des Herkunftslandes zum Ziel haben. Ein Arzt aus einem europäischen Land arbeitet mit einer Forschungsgruppe in seinem Herkunftsland zusammen, um den dortigen Nachwuchs zu fördern. Ausserdem empfängt er am hier ansässigen Institut Ärztinnen oder Ärzte aus dem Herkunftsland als Gastärzte, um ihnen für ihre Projekte gezielten Einblick in die hier angewandte Praxis zu geben. Deren Einsatz wird finanziell vom Arbeitgeber im Ausland getragen. Ein anderer Arzt arbeitet noch für eine Organisation im Herkunftsland, die den Austausch zur Förderung von Therapien in seinem Spezialgebiet fördert. Ausserdem ist er als Experte in verschiedenen afrikanischen Staaten tätig.

Ambivalente Haltung zur internationalen Migration und Kooperation

Auch wenn das Konzept der zirkulären Migration bei den befragten Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen also grundsätzlich eher auf Ablehnung stösst, werden die Thematik der globalen Migration von Gesundheitspersonal und die Problematik von deren Folgen doch von einigen wahrgenommen. Diejenigen, die sich darüber Gedanken machen, machen auch Vorschläge zu Alternativen zur zirkulären Migration oder sind bereits in Projekten mit internationaler Kooperation aktiv. Trotzdem ist festzustellen, dass sich ein grosser Teil des ausländischen Gesundheitspersonals eher wenige Gedanken zur Migration von Gesundheitspersonal macht und sich auch wenig von der Thematik betroffen fühlt. Unter diesen Voraussetzungen ist auch das Interesse an möglichen Konzepten zur Stärkung der Gesundheitssysteme ihrer Herkunftsländer entsprechend gering.



Teil IV Fazit und Folgerungen

Die Ergebnisse der Befragung der ausländischen Ärztinnen, Ärzte und diplomierten Pflegefachpersonen zeigen, dass die Einwanderung von ausländischem Gesundheitspersonal kein sehr neues Phänomen ist. Ein grosser Teil des ausländischen Gesundheitspersonals lebt schon seit längerer Zeit in der Schweiz und hat sich hier beruflich und familiär dauerhaft niedergelassen. Entsprechend selten sind die Pläne für eine Rückkehr in das Herkunftsland oder für ein Weiterwandern in ein anderes Land. Dies hängt auch damit zusammen, dass laut den Befragten kein anderes Land mit der Schweiz vergleichbare Bedingungen bietet. Ausserdem gibt es dafür andere Hindernisse, die eng mit den Gründen verknüpft sind, die zu einer Migration in die Schweiz bewogen haben: Das ausländische Gesundheitspersonal wandert vor allem in die Schweiz ein, weil es sich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der beruflichen Perspektiven erhofft. Es hat sich aber gezeigt, dass die Gründe für eine Migration meist vielfältig sind und dass auch nicht-berufliche Komponenten wie Familie und Partnerschaft eine entscheidende Rolle spielen.

In der Schweiz eine Stelle zu bekommen, wird von den Befragten als verhältnismässig einfach beurteilt. Die meisten von ihnen wurden passiv rekrutiert, einige sind aber auch aktiv über Agenturen angeworben worden. Unabhängig davon, auf welchem Weg und ob vom Ausland oder von der Schweiz her nach einer Stelle gesucht wurde, haben alle in absehbarer Zeit eine Stelle gefunden, die ihrer Qualifikation und ihren Wünschen entsprochen hat. Die Mehrheit hat ihren Beruf meist bereits kurze Zeit nach der Einwanderung in die Schweiz wieder aufgenommen.

Zumindest das in der Stichprobe eingeschlossene ausländische Gesundheitspersonal kann als sehr gut qualifiziert und beruflich ambitioniert beurteilt werden. Bis auf eine Ausnahme haben sich alle das Diplom anerkennen lassen, auch wenn dies mit grossem Aufwand verbunden war. Die meisten konnten sich seit der Niederlassung in der Schweiz beruflich weiterentwickeln, weiterbilden und zum Teil auch Führungsfunktionen übernehmen. Der Verlauf der bisherigen beruflichen Tätigkeit in der Schweiz und die beruflichen Perspektiven werden von den ausländischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen insgesamt als zufriedenstellend beurteilt. Fragezeichen müssen hingegen bei den Bedingungen gesetzt werden, unter denen das ausländische Gesundheitspersonal in der Schweiz arbeitet: Benachteiligungen – z.B. bezüglich des Einkommens – dürften weit häufiger vorkommen als angenommen. Die Befragten beurteilen ihre Arbeitsbedingungen in der Schweiz oft mit inadäquaten Massstäben, nehmen teilweise auch ungünstige Bedingungen in Kauf und wehren sich auch dann nicht, wenn ihnen bewusst ist, dass sie als Angestellte ausländischer Herkunft diskriminiert werden.

Die Inkaufnahme von nachteiligen Bedingungen dürfte vorderhand auf dem Vergleich mit dem Herkunftsland gründen, denn die dort herrschenden Arbeitsbedingungen werden fast durchgehend als schlecht beurteilt, wie auch der Zustand der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern insgesamt. Allerdings wird der Unterstützungsbedarf der Herkunftsländer von den ausgewanderten Gesundheitsfachpersonen eher skeptisch beurteilt. Auch die Bereitschaft zu einem persönlichen Engagement für eine Stärkung des Herkunftslandes ist bei den Befragten tendenziell gering. Unter anderem deshalb stösst auch das Konzept der zirkulären Migration eher auf Ablehnung, obwohl die Einwände gegen die zirkuläre Migration von den Befragten sachlich und relativ differenziert formuliert wurden. Es darf nicht vergessen werden, dass die Migrationsentscheide jeweils individuelle Entscheide sind, die zirkuläre Migration aber ein globales Konzept, das nur funktionieren kann, wenn die individuellen Wanderungsbewegungen in eine bestimmte Richtung beeinflusst werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen aber, dass das ausländische Gesundheitspersonal kaum Absichten zeigt, die Schweiz wieder zu verlassen. Hier offenbart sich eine der Hauptschwierigkeiten



für die Umsetzung der zirkulären Migration. Die Befragten sehen vor allem im Bereich des Erfahrungs- und Wissenstransfers alternative Möglichkeiten zur zirkulären Migration. Allerdings hat sich gezeigt, dass die eigene Geschichte längst nicht bei allen ausländischen Gesundheitsfachpersonen im Kontext der globalen Migration von Gesundheitspersonal wahrgenommen wird und dass die damit zusammenhängenden Fragen auch nicht bei allen auf Interesse stossen.

Es bleibt daher fraglich, wie stark man sich bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungsansätzen zur Generierung von „mutuality of benefits“ für die Schweiz und die Herkunftsländer bzw. zur Abfederung der negativen Folgen der weltweiten Migration von Gesundheitspersonal auf das Engagement der migrierten Gesundheitsfachpersonen verlassen kann und inwiefern die Empfängerländer wie die Schweiz berechtigt sind, ein solches Engagement zu fordern. Denn wie die Studienergebnisse zeigen, sind es die Anreize im Empfängerland, die das Gesundheitspersonal zum Migrieren motivieren. Die Verantwortung für die globale Migration und ihre Auswirkungen kann kaum den migrierenden Individuen aufgelastet werden, sondern sollte von allen Staaten in internationaler Zusammenarbeit wahrgenommen werden.



Bibliographie

Bundesamt für Migration BFM (2009). *Migrationsbericht 2008*. Bern, BFM.

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).

IOM (2008). *Permanent or Circular Migration ? Policy Choices to Address Demographic Decline and Labour Shortages in Europe*. Budapest, IOM.

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

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

OECD (2009). *The Future of International Migration to OECD Countries*. Paris, OECD.

Pecoraro, Marco (2005). „Les migrants hautement qualifiés“, in: Haug, Werner, Wanner, Philippe (Hrsg.). *Migrants et marché du travail. Compétences et insertion professionnelle des personnes d'origine étrangère en Suisse*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

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

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

Treibel, Annette (1990). *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*. Weinheim, Juventa.

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

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



Anhang

Anhang 1: Zusammensetzung der Stichprobe

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)

■