

Ausländische Ärzte in Sachsen - Barrieren erkennen und Integration fördern -

Eine Forschungsarbeit zur Erhebung, Analyse und Auswertung von
strukturellen und organisatorischen Eintrittsbarrieren
ausländischer Ärzte im Freistaat Sachsen

Bachelorthesis

zur Erlangung des Akademischen Grades
Bachelor of Science (B. Sc.) im Studiengang
Gesundheitsmanagement

Erstellt von:

Sören Melzer

Matrikel-Nr. 30182

Erstgutachter:

M. Sc. Antje Jäger

Zweitgutachter:

Prof. Dr. jur. Andreas Teubner

Abgabedatum:

29. August 2013

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------|
| Abkürzungsverzeichnis | IV |
| Abbildungsverzeichnis..... | V |
| Tabellenverzeichnis..... | V |
| Vorbemerkung zum Sprachgebrauch..... | VIII |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 2 Die Sächsische Landesärztekammer..... | 4 |
| 2.1 Entstehung..... | 4 |
| 2.2 Aufgaben und Handlungsfelder..... | 5 |
| 3 Der Fachkräftemangel und die Situation der Ärzteschaft..... | 6 |
| 3.1 Fachkräftemangel in Deutschland..... | 6 |
| 3.2 Fachkräftemangel und Lösungsansätze in Sachsen..... | 8 |
| 3.3 Die Situation der Ärzteschaft in Sachsen..... | 9 |
| 3.3.1 Einflüsse des demografischen Wandels..... | 9 |
| 3.3.2 Internationale Abwanderung deutscher Ärzte..... | 11 |
| 3.3.3 Studienzahlen und Perspektiven der Medizin..... | 12 |
| 3.4 Zuwanderung ausländischer Ärzte in Sachsen..... | 13 |
| 3.4.1 Motivationslage für die Zuwanderung..... | 15 |
| 3.4.2 Rechtliche Aspekte bei Zuwanderung..... | 16 |
| 4 Ziel- und Fragenstellung..... | 20 |
| 5 Methode..... | 21 |
| 5.1 Untersuchungsobjekte..... | 21 |
| 5.2 Untersuchungsmaterial..... | 22 |
| 5.2.1 Aufbau und Inhalt des Anschreibens..... | 22 |
| 5.2.2 Aufbau und Inhalt des Fragebogens..... | 23 |
| 5.2.3 Pretest..... | 26 |
| 5.3 Untersuchungsdurchführung..... | 28 |
| 5.4 Auswertung..... | 29 |

| | | |
|-------|--|-------|
| 6 | Ergebnisse..... | 31 |
| 6.1 | Stichprobe..... | 31 |
| 6.2 | Aufnahme und Akzeptanz durch Kollegen und Patienten..... | 33 |
| 6.3 | Kommunikation und Sprachverständnis..... | 35 |
| 6.4 | Arbeitssituation und Einsatzort..... | 37 |
| 6.5 | Allgemeine Angaben..... | 40 |
| 6.6 | Beurteilung der Weiterbildung..... | 42 |
| 7 | Diskussion..... | 44 |
| 7.1 | Ergebnisdiskussion..... | 44 |
| 7.1.1 | Stichprobe..... | 44 |
| 7.1.2 | Aufnahme und Akzeptanz durch Kollegen und Patienten..... | 46 |
| 7.1.3 | Kommunikation und Sprachverständnis..... | 48 |
| 7.1.4 | Arbeitssituation und Einsatzort..... | 50 |
| 7.1.5 | Allgemeine Angaben..... | 51 |
| 7.1.6 | Beurteilung der Weiterbildung..... | 53 |
| 7.2 | Methodendiskussion..... | 53 |
| 8 | Ausblick..... | 58 |
| 9 | Zusammenfassung..... | 59 |
| | Literaturverzeichnis..... | IX |
| | Anhang..... | XIV |
| | Anhang A Schreiben..... | XV |
| | Anhang B Fragebogen..... | XVII |
| | Anhang C Kodierplan..... | XXII |
| | Eidesstattliche Erklärung..... | XXXII |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| AufenthG | Aufenthaltsgesetz |
| BÄO | Bundesärzteordnung |
| BeschV | Beschäftigungsverordnung |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| EU | Europäische Union |
| EWR | Europäischer Wirtschaftsraum |
| GER | Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen |
| IAB | Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung |
| IBAS | Informations- und Beratungsstelle Anerkennung Sachsen |
| IW | Irrtumswahrscheinlichkeit |
| i.V.m. | in Verbindung mit |
| k. A. | keine Angaben |
| KVS | Kassenärztliche Vereinigung Sachsen |
| SLÄK | Sächsische Landesärztekammer |
| WHZ | Westsächsische Hochschule Zwickau |
| ZAV | Zentrale Auslands- und Fachvermittlung |
| ZIK | Zuwanderungs- und Integrationskonzept |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Sachsen 2009 bis 2020 | 11 |
| Abb. 2: Aktuelles und angestrebtes Sprachniveau nach dem GER..... | 36 |
| Abb. 3: Gründe für die Arbeitsaufnahme ausländischer Ärzte in Sachsen | 37 |
| Abb. 4: Erneuter Wechsel und die Empfehlung der Arbeit in Sachsen ausländischer Ärzte..... | 39 |
| Abb. 5: Bereich des Unterstützungsbedarfs bei der Zuwanderung ausländischer Ärzte..... | 41 |
| Abb. 6: Unterstützungsbedarf durch den Arbeitgeber und die SLÄK..... | 42 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tab. 1: Gesamtzahl der ausländischen Ärzte in Sachsen nach Herkunftsländern 2012 | 14 |
| Tab. 2: Anzahl und Tätigkeitsverteilung der Stichprobe ausländischer Ärzte in Sachsen | 21 |
| Tab. 3: Teilnehmerbezogene Bearbeitungsdauer der Fragebögen im Pretest ... | 27 |
| Tab. 4: Verteilung von Alter und Geschlecht nach Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten..... | 31 |
| Tab. 5: Geschlechterverteilung nach kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens | 32 |
| Tab. 6: Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit und aktuelle Akzeptanz | 33 |
| Tab. 7: Annahme durch Patienten zu Beginn der Tätigkeit und aktuelle Akzeptanz | 33 |
| Tab. 8: Annahme durch Patienten und Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit | 34 |
| Tab. 9: Geschlechtsspezifische Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit..... | 34 |
| Tab. 10: Geschlechtsspezifische Annahme durch Patienten zu Beginn der Tätigkeit | 35 |
| Tab. 11: Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen zu Beginn und aktuell | 35 |
| Tab. 12: Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten zu Beginn und aktuell | 36 |
| Tab. 13: Geschlechterverteilte Motivationsgründe für die Zuwanderung nach Sachsen | 38 |
| Tab. 14: Motivation zur beruflichen Tätigkeit außerhalb von Sachsen, Deutschland oder im Herkunftsland | 39 |
| Tab. 15: Aufnahme durch Kollegen zu Beginn und der erneute Wechsel nach Sachsen..... | 40 |
| Tab. 16: Aktuelle Akzeptanz durch Kollegen und der erneute Wechsel nach Sachsen | 40 |
| Tab. 17: Beurteilung des Aufwandes bei Behördengängen und Anerkennungen von Abschlüssen..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Tab. 18: Beurteilung des Aufwandes bei dem Erwerb der Approbation und der Berufserlaubnis | 42 |
| Tab. 19: Beurteilung der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen | 43 |

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch

Nach Art. 3 Abs. 2 des Grundgesetzes sind Frauen und Männer gleichberechtigt. Alle nachfolgenden Personen- und Funktionsbezeichnungen gelten daher für Frauen und Männer in gleicher Weise.

1 Einleitung

Obgleich sich der inflationär genutzte Begriff des demografischen Wandels in Deutschland mittlerweile einem eher abgenutzten Image unterwerfen muss, zeigt sich die Problematik selbst so präsent wie eh und je. Dabei sind vor allem die neuen Bundesländer von diesem Problem betroffen. Die dort vorherrschende Altersstruktur ist durch die sozialen Gegebenheiten der 1990er-Jahre stark geprägt, darunter Abwanderung und Geburtenrückgang. Waren es damals annähernd halb so viele Kinder wie vor den politischen Umbrüchen von 1989/90, werden es 2015 schlussfolgernd nur halb so viele Eltern sein können, die für den notwendigen Nachwuchs sorgen. Bei einem Blick in die Zukunft zeichnen sich resultierend daraus geringe Zahlen an Berufseinsteigern, Abiturienten und Studenten sowie hohe Zahlen von Menschen im renteneintrittsfähigen Alter ab.¹ Eine derartige Kombination sorgt vor allem im Gesundheitswesen der betroffenen und zumeist ländlichen Regionen für Komplikationen. Zum einen werden immer weniger Menschen in Gesundheitsberufen ausgebildet oder wandern nach abgeschlossener Ausbildung ab. Zum anderen wächst altersstrukturbedingt der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit eben genau an diesen Berufsgruppen. Die fortschreitende Alterung der Ärzteschaft trägt dazu wesentlich bei. Lag der Anteil an den über 60-jährigen Vertragsärzten im Jahr 1995 noch bei 9,2%, so stieg diese Zahl bis 2009 auf 19,6% an. Ebenso gab es einen Anstieg des Durchschnittsalters der Vertragsärzte von 47,46 Jahre (1993) auf 52,11 Jahre (2009).²

Der Freistaat Sachsen gehört ebenfalls zu einem der von dieser Problematik betroffenen Bundesländer und auch hier haben die Regionen infolge dessen mit dem Fachkräftemangel zu kämpfen. Hinzu kommt, dass immer weniger junge Ärzte dazu bereit sind eine eigene Praxis zu übernehmen. So gab es 2007 in Sachsen noch 5.759 Mediziner mit einer eigenen Niederlassung. Bis 2012 verringerte sich diese Zahl um 223 Praxen. Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hat sich in diesem Zusammenhang der Aufgabe gewidmet, Absolventen und Ärzte in Deutschland zu werben und somit das vorhandene Defizit zu minimieren. Damit einher geht eine stetig steigende Zuwanderung ausländischen Personals, was bei einem Blick auf die

¹ Vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2011), S. 3 f.

² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013)

2012 von der SLÄK veröffentlichten Zahlen deutlich wird. Im Jahr 2007 gab es in Sachsen 1.061 Ärzte ausländischer Herkunft. 2012 waren es bereits 1.821, was einem Anstieg von etwa 72% entspricht. Unter Betrachtung der 15.934 im Freistaat arbeitenden Ärzte (2012), ergibt sich aus den 1.821 ausländischen Ärzten ein Anteil von rund 10,5%.³ Die Zuwanderung dieser Fachkräfte ist mit diversen Hindernissen verbunden, die es zu bewältigen gilt. Neben dem oft diskutierten Problemfeld der Sprachkenntnisse, sehen sich die ausländischen Ärzte zudem mit Behördengängen im Herkunftsland, rechtlichen Bedingungen in Deutschland (z.B. Approbation oder Berufserlaubnis) oder dem Umgang mit den neuen Kollegen und Patienten konfrontiert. Wenn sich qualifiziertes Personal aus über 90 unterschiedlichen Nationen den rechtlichen, sprachlichen, kulturellen oder sozialen Gepflogenheiten eines anderen Landes anpassen muss, ist der Begriff der Integration nicht weit.⁴ Damit aus diesem Wort nicht nur eine leere Phrase wird, ist Transparenz von großer Bedeutung. Die Sächsische Landesärztekammer zeigte sich in dieser Angelegenheit engagiert und stimmte der Zusammenarbeit im Sinne einer ersten grundlegenden Analyse zu.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit Hilfe eines Fragebogens die strukturellen und organisatorischen Eintrittsbarrieren ausländischer Ärzte bei der Zuwanderung und den ersten Jahren des Aufenthaltes im Freistaat Sachsen zu erheben, zu analysieren und auszuwerten. Anhand der Ergebnisse dieser Arbeit sollen zudem einige problemspezifische Handlungsempfehlungen erarbeitet werden. Die Entwicklung eines Konzeptes zur Optimierung der aktuellen Situation ist nicht Bestandteil dieses Projektes, möglicherweise jedoch Element einer zukünftigen Zusammenarbeit.

Neben der Einleitung umfasst diese Arbeit acht weitere Kapitel, die sich über den theoretischen und den praktischen Teil erstrecken. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der Entstehung, den Aufgaben und den Handlungsfeldern der Sächsischen Landesärztekammer. Darauf folgt im dritten Kapitel die Schilderung des Hintergrundes dieser Arbeit, in dem unter anderem der Fachkräftemangel bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem sowie die Zuwanderung ausländischer Ärzte und dazugehörige Ursachen, Anforderungen und Komplikationen thematisiert werden. Kapitel vier zeigt explizit die Zielstellung des Forschungsprojektes sowie die

³ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2012)

⁴ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2013)

dazugehörigen Forschungsfragen auf. Anschließend wendet sich der Inhalt vom theoretischen Teil hin zur praktischen Herangehensweise. Im Methodenkapitel wird beleuchtet, wer und warum zu den Untersuchungsobjekten gehörte, wie und nach welchen Kriterien das Untersuchungsmaterial erstellt wurde und welche Schritte bis zur eigentlichen Durchführung notwendig waren. Darüber hinaus wird aufgezeigt anhand welcher Kriterien die Auswertung des Untersuchungsmaterials erfolgte. Das darauffolgende Kapitel stellt in einer rein objektiven Betrachtungsweise die Ergebnisse der Untersuchung dar. Die dabei verwendete Abfolge entspricht dem grundlegenden Aufbau des Untersuchungsmaterials. Das siebte Kapitel greift die zuvor präsentierten Ergebnisse auf und stellt sie den Forschungsfragen unter einer kritischen Betrachtungsweise gegenüber. Der zweite Teil des Diskussionskapitels beschäftigt sich mit der angewandten Methode und beleuchtet dabei Vor- und Nachteile dieser. Der Ausblick und somit das achte Kapitel zeigt zum einen auf, wie mit den Ergebnissen der Forschungsarbeit umgegangen wird und beinhaltet zudem Handlungsempfehlungen. Zum anderen werden Fragen dargestellt, die sich im Laufe des Projektes ergeben haben und bietet Ansätze zur Untersuchung dieser. Im letzten Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit, die einen komprimierten Einblick in das Forschungsprojekt ermöglicht und die wichtigsten Sachverhalte darstellt.

2 Die Sächsische Landesärztekammer

Da die SLÄK im Kontext dieser Forschungsarbeit eine nicht unwesentliche Position einnimmt, werden in diesem Kapitel die Entstehung sowie die Aufgaben und Handlungsfelder der Landesärztekammer beschrieben.

„Die Sächsische Landesärztekammer ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Berufsvertretung der Ärzte im Freistaat Sachsen. Sie ist durch das Heilberufekammergesetz legitimiert, deren berufsständische, berufspolitische und berufsrechtliche Angelegenheiten selbst zu regeln.“⁵

2.1 Entstehung

Die erste Instanz einer berufsständischen Vertretung der Ärzteschaft in Sachsen entstand bereits mit dem gegen Ende des Jahres 1989 gegründeten unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte. In einem sich im Umbruch befindenden Deutschland half dieser Verband, die gewünschte Verbesserung von Information und Kommunikation von und unter Ärzten umzusetzen. Die Ärztekammer des Bundeslandes Baden-Württemberg stand dem unabhängigen Verband Sachsens bereits in den frühen 1990er-Jahren tatkräftig zur Seite. Zu dieser Zeit erfolgten unter der vorbildhaften Betrachtung des Baden-Württembergischen Gesundheitswesens erste partnerschaftliche Gespräche zur Gründung einer eigenständigen Landesärztekammer in Sachsen. Bereits am 24. Februar 1990 fiel durch die Ärzteverbände in Dresden der Beschluss zur Gründung der SLÄK. Die Umsetzung des Beschlusses erfolgte daraufhin am 12. Mai 1990. Zum 94. Deutschen Ärztetag (1991) kam die Bundesärztekammer dem Antrag und der Forderung zur Aufnahme der SLÄK in die Landesärztekammern Deutschlands nach und nahm die dafür notwendige Satzungsänderung vor. Auch die Landesärztekammer Bayerns zeigte sich in den Zeiten des Aufbaus der SLÄK als ein bedeutender Partner. Vor allem bei dem Thema der gemeinsamen Fortbildung bestand eine starke Zusammenarbeit, was zur Gründung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung im Jahr 1990 beitrug. Die Legitimation zur Körperschaft des öffentlichen Rechtes der zunächst

⁵ Sächsische Landesärztekammer (2008)

vorläufigen SLÄK war mit einer bis zum Frühjahr 1991 durchzuführenden geheimen Briefwahl gegeben. 1993 fand erstmals nach der deutschen Wiedervereinigung ein Ärztetag (Nr. 96) im Osten der Bundesrepublik (Sachsen) statt.⁶

2.2 Aufgaben und Handlungsfelder

Die SLÄK als sich selbst verwaltende Körperschaft des öffentlichen Rechtes erfüllt öffentliche Aufgaben, die ihr vom Staat übertragen werden und an denen die Gesellschaft ein besonderes Interesse sieht. Die Selbstverwaltung bringt dabei für den Staat aber auch für die Ärztekammer Vorteile mit sich. Zum einen können Entscheidungen des Staates durch die Mitglieder und deren fachlichen Bezug gestärkt werden, wobei das vorhandene Überblickswissen und die unabhängige Urteilskraft zum Tragen kommen. Zum anderen sichert die integrierte Beteiligung der Mitglieder, in Verbindung mit der Kammerinternen Selbstwahl, die freiheitliche Verfahrensweise bei der Erfüllung von Verwaltungsaufgaben. Zu den vordersten Aufgaben zählen dabei die Vertretung beruflicher Belange und die Stärkung des Ansehens der Ärzteschaft. Des Weiteren beaufsichtigt die SLÄK berufsrechtliche und -ethische Pflichten der Mitglieder sowie die Qualität der Berufsausübung. Als ein Ausschuss der SLÄK fördert die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ihre Mitglieder hinsichtlich deren Fort- und Weiterbildung. Dabei erfolgen unter anderem die Gestaltung des Inhaltes sowie die Koordinierung von Art und Weise der Durchführung. Auf Basis des Berufsbildungsgesetzes ist die SLÄK zudem für die Ausbildung von Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten sowie deren Prüfungsabnahme zuständig.⁷ Ein weiteres und zugleich zentrales Aufgabenfeld der SLÄK liegt bei der Vermögensverwaltung, also von den finanziellen Mitteln der Ärzteschaft. Diese sollen im Zuge dessen unter einer satzungsgetreuen Verwendung gesichert und gemehrt werden. Die Mittelverwendung erfolgt dabei unter den Aspekten Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Transparenz.⁸

⁶ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (o. J.)

⁷ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (o. J.)

⁸ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2008)

3 Der Fachkräftemangel und die Situation der Ärzteschaft

Im ersten der vier Abschnitte dieses Kapitels wird aufgezeigt, was unter dem Begriff des Fachkräftemangels zu verstehen ist und wie sich die Ursachen und Auswirkungen in Deutschland darstellen. Darauf folgt die Auswirkung der Thematik auf das Bundesland Sachsen und dessen Umgang damit. Anschließend wird die Situation der Ärzteschaft im Kontext des Fachkräftemangels beleuchtet und auf dazugehörige Einflussfaktoren eingegangen. Der letzte Abschnitt thematisiert die Arbeitsaufnahme ausländischer Ärzte in Sachsen und zeigt dabei Motivatoren und rechtliche Aspekte bei der Zuwanderung auf.

3.1 Fachkräftemangel in Deutschland

Der Begriff Fachkraft wird jenen Personen zu Teil, die eine mindestens zweijährige Berufsausbildung oder eine akademische Ausbildung abgeschlossen haben.⁹

„Fachkräftemangel ist in unserer Modellwelt gegeben, wenn (...) bei mindestens einer Angebotsprojektion der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften erkennbar und dauerhaft über dem Angebot an ausgebildeten Fachkräften liegt.“¹⁰

Die Ursachen für diese Erscheinung sind oft komplex und ineinander verwoben. Maßgeblichen Einfluss haben jedoch der demografische Wandel sowie strukturelle Veränderungen in der Wirtschaft. Unternehmen und deren Mitarbeiter sehen sich zunehmend mit steigenden Qualifikationsanforderungen sowie technologischen Innovationen konfrontiert. Zudem wird dem Informations- und Wissensstand der Angestellten immer mehr Wert beigemessen. Es zeichnet sich ab, dass kurzfristig nicht alle freien Stellen für Fachkräfte besetzt werden können, obwohl sich das Land in einem Aufschwung der Konjunktur befindet.¹¹ Unter Betrachtung der rund 2,9 Millionen Arbeitslosen Menschen in Deutschland (06/2013) ist dabei ein gewisses Unverständnis für den Fachkräftemangel nicht von der Hand zu weisen.¹² Doch es gibt eine plausible, wenn auch unangenehme Begründung für dieses Phänomen.

⁹ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 8

¹⁰ Bundesinstitut für Berufsbildung (2013)

¹¹ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2011), S. 6

¹² Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2013)

Angebot und Nachfrage an Arbeitskräften sollte sich aus der Betrachtung der absoluten Personenzahlen in Deutschland decken lassen. Anders sieht es hingegen aus, wenn sich das Angebot- und Nachfrageprinzip aufgrund nicht ausreichender beruflicher Qualifikation verschiebt. Fachkräfte werden gesucht, potentielle Arbeitnehmer sind vorhanden, die Qualifikation reicht jedoch nicht aus. In diesem Fall wird von einem so genannten *Mismatch* gesprochen. Dieser bezieht sich neben der Qualifikation auf Informations- und Suchdefizite sowie auf regionale und sektorale Ungleichgewichte.¹³ Trotz dieser Problematik kann in Deutschland grundsätzlich nicht von einem flächendeckenden Fachkräftemangel gesprochen werden. Vielmehr gibt es bestimmte Branchen und Bereiche die besonders gefährdet sind oder sich inmitten einer Mangelsituation befinden. Zu diesen Branchen zählen besonders das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die so genannten MINT- Berufe.¹⁴ Dabei handelt es sich um Berufsgruppen der Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und der Technik.¹⁵ Aufgrund der vornehmlich selektiven Problemausprägung wird die Begriffsverwendung des Fachkräftemangels in Deutschland zum Teil sehr kontrovers diskutiert. So rät das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), eher von regionalen bzw. qualifikationsspezifischen Engpässen zu sprechen als von einem Mangel.¹⁶ Ungeachtet der Diskussionen über die Semantik, scheint das Problem in Deutschland angekommen zu sein, was diverse Interessengruppen zum Handeln animiert. In Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften und der Wirtschaft hat die Bundesregierung im Juni 2011 ein Dokument veröffentlicht, welches sich dieser Angelegenheit annimmt. Die *Gemeinsame Erklärung zur Sicherung der Fachkräftebasis in Deutschland* thematisiert unter anderem die Notwendigkeit der Analyse aktueller und zukünftiger Fachkräfteengpässe sowie Branchen- und regionalspezifischer Bedarfe und beschreibt zugleich adäquate Lösungsansätze. Dabei sollen primär inländische Potentiale im Vordergrund stehen und ausgeschöpft werden. Das meint beispielsweise die Förderung von Frauen, älteren Arbeitnehmern oder Schulabbrechern. Des Weiteren beinhaltet ein Gesamtkonzept zur Sicherung des Bedarfs ebenfalls die Zuwanderung qualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland, was bereits vielfach praktiziert wird.¹⁷

¹³ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2011), S. 6

¹⁴ Vgl. Kolodziej (2011), S. 4 f.

¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012)

¹⁶ Vgl. Kettner (2011), S. 1

¹⁷ Vgl. Die Bundesregierung (2011), S. 1 ff.

3.2 Fachkräftemangel und Lösungsansätze in Sachsen

In Analogie zu dem branchenspezifischen Fachkräftemangel und dem *Mismatch* auf der Bundesebene haben auch die einzelnen Länder mit diesen Problemen zu kämpfen. Dabei sind vor allem die neuen Bundesländer aufgrund der historischen Gegebenheiten und dem dadurch nicht unwesentlich induzierten demografischen Wandel von einer Unterversorgung an Fachkräften betroffen.¹⁸ War der Freistaat Sachsen bis in das 20. Jahrhundert einer der stärksten Wirtschaftsräume Deutschlands, so dominiert er bis heute noch die ostdeutsche Wirtschaft des Landes.¹⁹ In den Jahren zwischen 2000 und 2010 konnte Sachsen das größte Wirtschaftswachstum bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) im gesamten Bundesdurchschnitt verzeichnen. Damit dieses Wachstum fortgesetzt werden kann, sind jedoch qualifizierte Fachkräfte unerlässlich.²⁰ Um die derzeitige Unterversorgung an Fachkräften kompensieren zu können, engagiert sich der Freistaat unter anderem bei der Aus- und Weiterbildung von arbeitslosen Bürgern und arbeitet an einer verbesserten Kinderbetreuung zur Entlastung berufstätiger Frauen. Neben dem Versuch das vorhandene Potential auszuschöpfen setzt die sächsische Regierung zudem auf die Zuwanderung von qualifiziertem Personal aus dem Ausland. Dieser Schritt ist insofern von großer Bedeutung, da das inländische Potential selbst bei dessen Ausschöpfung nicht zur Deckung der Nachfrage an qualifiziertem Personal reicht. Demzufolge ist die Zuwanderung von ausländischen Fachkräften für den Wirtschaftswachstum und die Wettbewerbsfähigkeit nicht mehr wegzudenken.²¹ Im Zuge dessen hat die Sächsische Staatsregierung am 20. März 2012 das Sächsische Zuwanderungs- und Integrationskonzept (ZIK) verabschiedet. Mit diesem Konzept sollen die Ziele des gleichnamigen Titels *Respekt, Toleranz, Achtung* gegenüber Migranten verfolgt und umgesetzt werden. Neben einer vereinfachten und zielgerichteten Zuwanderung steht dabei die Integration der Ausländer im Vordergrund.²² Dabei folgt das Konzept einem Dreiklang der Integration, bestehend aus interkultureller Öffnung, interkultureller Kompetenz und interkulturellem Dialog.²³

¹⁸ Vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2011), S. 3 f.

¹⁹ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 6

²⁰ Vgl. Willkommen in Sachsen (o. J.)

²¹ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 9

²² Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 16

²³ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 17

3.3 Die Situation der Ärzteschaft in Sachsen

Wie in weiten Teilen Deutschlands ist auch das sächsische Gesundheitswesen respektive der dazugehörigen Ärzteschaft vom Mangel an Fachkräften betroffen. Dabei zeigt sich der Ärztemangel primär disziplinentorientiert und regionsabhängig. Obwohl auch der stationäre Sektor betroffen ist, wird vor allem die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung zunehmend zu einem Problem, da immer weniger Ärzte in einer eigenen Niederlassung arbeiten. Die Bevölkerung ländlicher Regionen hat darunter besonders zu leiden. Bereits im Jahr 2009 fehlten in Sachsen 130 Hausärzte. In den Folgejahren stieg diese Zahl drastisch an, was 2011 zu einem Defizit von 377 Hausärzten führte. Infolgedessen mussten und müssen immer mehr Praxen geschlossen werden und die Patienten haben das Nachsehen.²⁴

Um der Problematik des Ärztemangels entgegen zu wirken, zeigt sich Sachsen bei der Zuwanderung qualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland engagiert, was unter Betrachtung des Sächsischen Zuwanderungs- und Integrationskonzeptes deutlich wird. Mit Hilfe der Unterstützung ausländischer Ärzte sollen und können personelle Defizite zwar verringert werden, doch präsentiert sich der Ärztemangel weiterhin beständig. Die Ursachen dafür sind vielfältig und ineinander verwoben. Maßgeblich kann jedoch der demografische Wandel als einer der Haupteinflussfaktoren benannt werden. Darüber hinaus zeigen sich unter anderem die Abwanderung von Ärzten sowie die Studienzahlen der medizinischen Ausbildung problematisch. Im Folgenden soll trotz des Zusammenspiels diverser Einflussfaktoren eine weitestgehend selektive Darstellung vorgenommen werden.

3.3.1 Einflüsse des demografischen Wandels

Die politischen und sozialen Umbrüche der Jahre 1989 und 1990 prägen bis heute das vereinigte Deutschland und vor allem die neuen Bundesländer. Nach Öffnung der Grenze kam es zu einer Welle der Abwanderung aus den Ostgebieten in den Westen des Landes. Daraufhin folgten in den neuen Bundesländern viele geburtenschwache Jahre, was in Kombination mit der Abwanderung zu kontinuierlich

²⁴ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 8 f.

sinkenden Einwohnerzahlen führte.²⁵ In den Jahren zwischen 1990 und 2009 hatte Sachsen einen Einwohnerrückgang um 15% zu verzeichnen. Das entspricht einem Minus von 720.000 Bürgern. Dieser Trend scheint auch weiterhin nicht abzubrechen. Der Bevölkerungsprognose für Sachsen zu Folge, werden sich die Einwohnerzahlen bis 2025 um weitere 391.000 bis 522.000 Personen verringern. Resultierend aus der Abwanderung ehemals junger Bürger und dem darauffolgenden Geburtenrückgang präsentiert sich derzeit ein Bevölkerungsdefizit auf der gesamten Breite des erwerbsfähigen Alters von 20 bis 65 Jahren. Das wirkt sich wiederum auf die Anzahl und den Bedarf an Fachkräften aus. Denn ausgebildet werden können nur jene Personen, die dafür auch zur Verfügung stehen. Im Bereich der Medizin stellt diese Konstellation ein besonderes Problem dar, da ohne eine ausreichende Anzahl an Ärzten die medizinische Versorgung nicht flächendeckend sichergestellt werden kann. Davon besonders betroffen sind die peripheren Regionen und somit die ländliche Bevölkerung. Die mangelnde berufliche Attraktivität ländlicher Regionen trägt dazu bei, dass dort ansässige Hausarztpraxen kontinuierlich geschlossen werden.²⁶ Immer mehr Mediziner versuchen dem Mangel an Kollegen damit entgegen zu wirken, dass sie selbst bis in das hohe Alter praktizieren. 2002 gab es in Sachsen 1.893 Ärzte, die 66 Jahre und älter waren. Im Vergleich dazu belief sich die Zahl der 66- und über 66-jährigen im Jahr 2012 auf 5.397 Mediziner.²⁷ Doch dieser Lösungsversuch ist nur von kurzer Dauer und verlangt nach Alternativen. Um die medizinisch unterversorgten Gebiete mit Ärzten nachbesetzen zu können, erfolgten dazu mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes im Januar 2012 einige Änderungen in der Gesetzgebung, die unter anderem auf finanzielle Anreize setzten.²⁸ Erweisen sich derartige Ansätze als unfruchtbar, so wird folgendes Szenario unweigerlich eintreten. Der ständig steigende Altersdurchschnitt der Bürger Sachsens (s. Abb. 1) wird den zunehmenden Bedarf an medizinischer Versorgung zur Folge haben. Da jedoch auch das Durchschnittsalter der Ärzte zunimmt, werden diese auf kurz oder lang aus dem System austreten und eine Lücke hinterlassen. Ohne ausreichend Nachwuchs kann dieser steigende Bedarf dann nicht mehr gedeckt werden.

²⁵ Vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2011), S. 3 f.

²⁶ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012), S. 8 f.

²⁷ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2012)

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013)

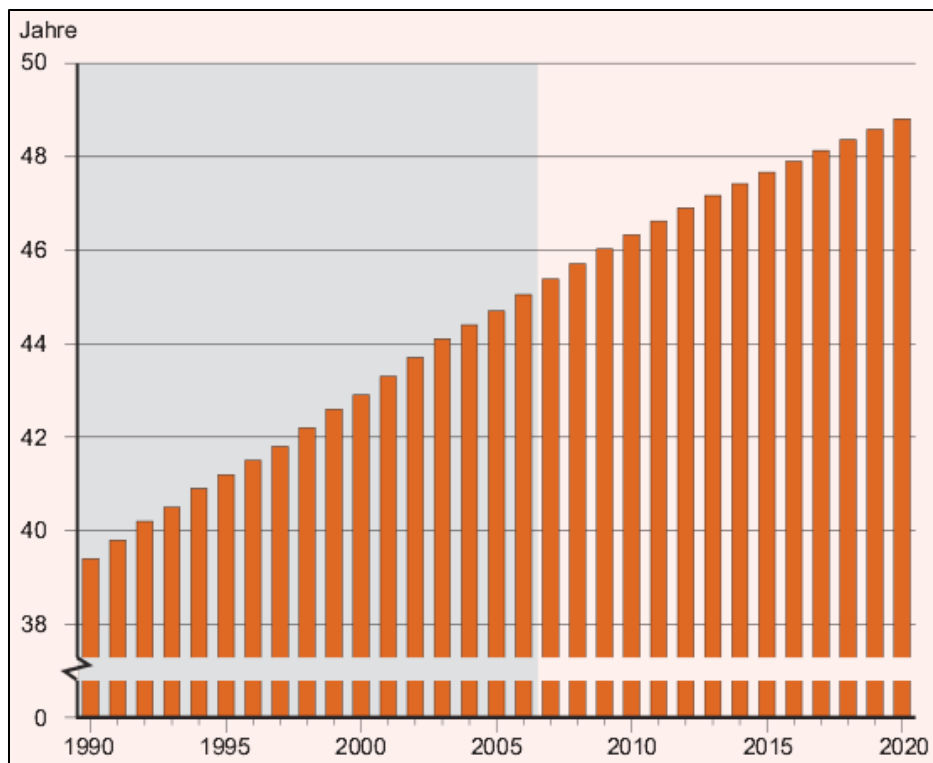


Abb. 1: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Sachsen 2009 bis 2020
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsens 2008

3.3.2 Internationale Abwanderung deutscher Ärzte

Die Ärzteschaft Deutschlands ist von Abwanderung und Zuwanderung geprägt. Deutsche Ärzte wandern aus und kehren zurück. Ausländische Ärzte wandern ein und kehren ebenfalls zurück. Dabei kann jedoch nicht von einem ausgewogenen Verhältnis gesprochen werden. Laut dem Deutschen Ärzteblatt wandern mehr Ärzte ab, als hinzukommen.²⁹ Selbst wenn ein Gleichgewicht bestünde, scheint die Logik dahinter fragwürdig. Denn die medizinische Ausbildung in Deutschland zu finanzieren, dann der Abwanderung zuzusehen und folgend Lösungsansätze gegen eine Unterversorgung zu erarbeiten, kann nicht das Ziel sein.

Im Jahr 2007 flossen deutschlandweit je Studienplatz durchschnittlich 32.800 Euro in die Bezuschussung des Studiums Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften. Die vollständige Ausbildung eines Arztes von der Schule bis zum medizinischen Abschluss belief sich 2007 bei rund 278.000 Euro, welche durch die Träger der

²⁹ Vgl. Kopetsch (2008), S. 716

Schulen und Hochschulen gestemmt werden mussten.³⁰ Zudem geht Deutschland mit der Abwanderung der Mediziner auch deren Humankapital verloren.

Es scheint für deutsche Ärzte zunehmend unattraktiver zu werden in Deutschland kurativ tätig zu sein. Das empfundene Ungleichgewicht zwischen Leistung und Entlohnung, die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Zunahme administrativer sowie bürokratischer Aufgaben zeichnen sich dabei als die Hauptbeweggründe für die Abwanderung deutscher Ärzte in andere Länder aus.³¹ Trotz variierender Angaben zu den im Ausland tätigen deutschen Ärzten, kann von mindestens 17.000 ausgegangen werden.³² Zu den beliebtesten Ländern zählen dabei die Schweiz, Österreich, die USA und Großbritannien.³³

3.3.3 Studienzahlen und Perspektiven der Medizin

Im Jahr 2002 erfolgte eine Novellierung der Approbationsordnung in Deutschland, was die Verringerung der Anzahl an Studienplätzen zur Folge hatte, die sich zwischen 2002 und 2005 auf etwa 10.000 Plätze einpegelten. 2008 gab es in Deutschland insgesamt 76.042 Medizinstudenten. Doch nicht alle schlossen ihr Studium erfolgreich ab. Zwischen 2003 und 2008 haben insgesamt 10.996 (17,9%) Studenten ihr Fach gewechselt oder das Studium abgebrochen. Hinzu kommt, dass selbst von jenen Studenten, die erfolgreich abgeschlossen haben, 5.854 (11,6%) dem deutschen Gesundheitssystem nicht zur Verfügung standen. Sie hatten sich anschließend bei keiner der Ärztekammern gemeldet und arbeiten somit entweder im Ausland oder sind überhaupt nicht als Arzt tätig.³⁴

Ein perspektivischer Ansatz zur optimalen Nutzung vorhandener Kapazitäten sollte in einem besser gestaltbaren Zusammenspiel von Arbeit und Beruf liegen. Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an weiblichen Absolventen als bedeutsam. Da sich eine zunehmende Feminisierung in der Ärzteschaft abzeichnet, sollte mit Teilzeitmodellen aufgefahren werden, die Beruf und Familie ermöglichen. Zudem gilt es die Anzahl der jährlich angebotenen Studienplätze zu überdenken.³⁵

³⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2010)

³¹ Vgl. Kopetsch (2008), S. 716

³² Vgl. Ärzte für Sachsen (o. J.)

³³ Vgl. Bundesärztekammer (2008)

³⁴ Vgl. Kopetsch (2010), S. 32 ff.

³⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2004), S. 66

3.4 Zuwanderung ausländischer Ärzte in Sachsen

Da die in Sachsen vorhandenen Ressourcen und Kapazitäten zur Deckung des medizinischen Bedarfs personalbedingt nicht ausreichen, wird zunehmende auf die externe Unterstützung ausländischer Ärzte gesetzt. Dabei ist über die Jahre hinweg eine kontinuierliche Zunahme zu verzeichnen, die zwischen 2007 und 2012 einen Anstieg von etwa 72% entsprach. Inzwischen sind von den 22.160 in Sachsen lebenden Ärzten (12/2012) 1.821 ausländischer Herkunft. Im Laufe der Jahre hat sich dabei ein breites Spektrum an Herkunftsländern etabliert, welches 91 Nationen umfasst. Die Tschechische Republik, die Slowakei, Polen, Rumänien und die Russische Föderation stehen dabei an vorderster Stelle (s. Tab. 1). Die Arbeit ausländischer Mediziner wird vor allem bei deren Einsatz in den ländlichen Regionen geschätzt, welche der medizinischen Versorgung der dort lebenden Bevölkerung zu Gute kommt. In ein Verhältnis gesetzt, arbeiten mehr als drei Viertel der ausländischen Ärzte (85%) im stationären Bereich, wohingegen 57% der deutschen Ärzte stationär tätig sind. Daraus ist zu erkennen, dass vor allem die Krankenhäuser von den ausländischen Fachkräften profitieren. Damit wird aber auch das geringere Interesse an der niedergelassenen Tätigkeit deutlich.³⁶ Neben den vielen positiven Gesichtspunkten ist die Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland auch mit negativen Aspekten behaftet. Dazu zählen nicht nur aus Sicht der Patienten die vermeintlichen Defizite im deutschen Sprachgebrauch, die zu Lücken in der Kommunikation der beteiligten Akteure und somit auch in der medizinischen Behandlung führen können. Dabei wird das Sprachniveau B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER), welches bei der beruflichen Zulassung nachgewiesen werden muss, zunehmend als nicht ausreichend empfunden und die Anhebung auf ein C-Niveau gefordert.³⁷ Um Defizite in der Kommunikation zu beheben bzw. diesen vorzubeugen, bieten immer mehr Krankenhäuser in Sachsen eigene Sprachkurse an. Zudem zeigen sich private Träger sowie das Goethe- Institut in Dresden bei spezifischen Fachsprachkursen engagiert. Mit einem Anteil ausländischer Ärzte von etwa 9% und dem Ziel deren Integration, sollte der verbleibenden Handlungsbedarf nicht unterschätzt werden.³⁸

³⁶ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2012)

³⁷ Vgl. Farhan (2013), S. 741

³⁸ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2013)

| Land | Anzahl | Land | Anzahl |
|-----------------------|--------|-----------------------------|--------------|
| Afghanistan | 5 | Libyen | 5 |
| Ägypten | 25 | Litauen | 17 |
| Albanien | 3 | Luxemburg | 3 |
| Argentinien | 2 | Madagaskar | 1 |
| Armenien | 4 | Marokko | 1 |
| Aserbajdschan | 8 | Mazedonien | 10 |
| Äthiopien | 7 | Mexiko | 4 |
| Australien | 1 | Moldau (Moldawien) | 7 |
| Bangladesch | 1 | Mongolei | 1 |
| Belgien | 2 | Nicaragua | 2 |
| Bosnien-Herzegowina | 11 | Niederlande | 2 |
| Brasilien | 3 | Österreich | 77 |
| Bulgarien | 85 | Peru | 2 |
| Chile | 3 | Polen | (3) 199 |
| China | 13 | Portugal | 5 |
| Dänemark | 6 | Rumänien | (4) 149 |
| Dominica | 1 | Russische Föderation | (5) 122 |
| Ecuador | 1 | Saudi-Arabien | 2 |
| El Salvador | 2 | Schweden | 1 |
| Estland | 1 | Schweiz | 7 |
| Finnland | 1 | Serbien | 18 |
| Frankreich | 8 | Serbien (einschl. Kosovo) | 2 |
| Georgien | 11 | Serbien und Montenegro | 5 |
| Griechenland | 44 | Seychellen | 1 |
| Groß-Britannien | 4 | Sierra Leone | 3 |
| Guatemala | 1 | Slowakei | (2) 212 |
| Indien | 8 | Slowenien | 1 |
| Indonesien | 3 | Sowjetunion (UdSSR, GUS) | 2 |
| Irak | 12 | Spanien | 11 |
| Iran | 10 | Südafrika | 1 |
| Irland | 1 | Sudan | 6 |
| Israel | 2 | Syrien | 48 |
| Italien | 12 | Taiwan | 1 |
| Japan | 3 | Thailand | 1 |
| Jemen | 5 | Tschechoslowakei CSFR, CSSR | 15 |
| Jordanien | 10 | Tschechische Republik | (1) 273 |
| Jugoslawien | 5 | Türkei | 9 |
| Kamerun | 4 | Ukraine | 74 |
| Kanada | 1 | Ungarn | 82 |
| Kasachstan | 16 | USA | 4 |
| Katar | 1 | Usbekistan | 13 |
| Kirgisistan | 3 | Venezuela | 1 |
| Kosovo | 6 | Vietnam | 9 |
| Kroatien | 8 | Weißrussland (Belarus) | 11 |
| Lettland | 10 | Zypern | 3 |
| Libanon | 13 | k. A. | 12 |
| Gesamtergebnis | | | 1.821 |

Tab. 1: Gesamtzahl der ausländischen Ärzte in Sachsen nach Herkunftsländern 2012
Quelle: In Anlehnung an die Sächsische Landesärztekammer 2012

3.4.1 Motivationslage für die Zuwanderung

Als Basis für die Zuwanderung ausländischer Ärzte sind der Fachkräftemangel und die damit verbundene Unterbesetzung des medizinischen Personals in Deutschland zu sehen. Es stellt sich jedoch die Frage, wo die Motivatoren für die Zuwanderung liegen, was die Mediziner also zu diesem nicht ganz unwesentlichen Schritt bewegt. Derartige Entscheidungen werden immer subjektiv getroffen und ihnen liegen meist zusammengesetzte Motive zu Grunde. Im Folgenden sollen deshalb primär ein paar der markantesten Motivatoren beleuchtet werden.

Zu diesen gehört in jedem Fall die Vergütung in Deutschland und vor allem im Verhältnis zu bestimmten Staaten im Osten Europas. Dies wird unter der Betrachtung des durchschnittlichen Bruttoverdienstes eines Monats innerhalb der EU deutlich (branchenunspezifisch). 2008 lag das Bruttodurchschnittseinkommen in Deutschland bei 3.106 Euro. Die Einkommen in der Tschechischen Republik (969 Euro), der Slowakei (783 Euro) und in Polen (903 Euro) lagen dabei je unter einem Drittel des deutschen Bruttoverdienstes.³⁹ Einen weiteren wesentlichen Aspekt stellt die Weiterbildung zum Facharzt in Sachsen dar. Nicht nur aufgrund der Qualität beliebt, werden diese zudem teilweise fremdfinanziert. So fördert die Kassenärztliche Vereinigung Sachsens (KVS) seit dem 01. Januar 2010 zum Beispiel die Weiterbildungen zum Facharzt der Allgemeinmedizin mit 3.500 Euro im Monat (ambulant). Hinzu kommen 250 Euro bei Tätigkeiten in Gebieten mit einer drohenden Unterversorgung bzw. 500 Euro in jenen Gebieten, wo eine Unterversorgung bereits festgestellt wurde. Weitere Fachgebiete der unmittelbaren Patientenversorgung werden mit bis zu 1.750 Euro pro Monat bezuschusst (stationär).⁴⁰ Zunehmend werden in sächsischen Krankenhäusern auch Weiterbildungskurse für die deutsche Sprache angeboten. Das allein mag noch kein Beweggrund für die Zuwanderung sein, doch kann die verhältnismäßig unkomplizierte Verbesserung der Sprachkenntnisse am Arbeitsplatz zu einer Entscheidung beitragen. Ein letzter nicht zu verachtender Beweggrund kann in der Nähe der grenznahen oder direkt angrenzenden Herkunftsländer zum Freistaat Sachsen gesehen werden. Dies ermöglicht bei Bedarf die Vereinigung der zuvor benannten Vorteile der Arbeit in Deutschland mit einer möglichst geringen Entfernung zum Herkunftsland.

³⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011)

⁴⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (2010)

3.4.2 Rechtliche Aspekte bei Zuwanderung

Bei der Zuwanderung und Arbeitsaufnahme ausländischer Ärzte in Deutschland bzw. Sachsen erfolgt bezogen auf die rechtlichen Anforderungen eine Differenzierung zwischen Ärzten aus Nicht-EU-Staaten (Drittstaaten) und Ärzten aus EU-Staaten. Allen gemein sind jedoch die Anforderungen an die Sprachkenntnisse bei der Zuwanderung, die gegenüber der Landesdirektion und dem Arbeitgeber nachgewiesen werden sollten. Dabei muss mindestens das Sprachniveau B2 des GER nachgewiesen werden, um als Arzt in Sachsen praktizieren zu dürfen.⁴¹

3.4.2.1 Ärzte aus Nicht-EU-Staaten

Gemäß § 4 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) dürfen Ausländer nur dann in Deutschland einer Erwerbstätigkeit nachgehen, wenn sie dafür einen gültigen Aufenthaltstitel besitzen. Vermeintliche Arbeitgeber sind zudem nur unter der Bedingung eines Aufenthaltstitels berechtigt Ausländer in Deutschland zu beschäftigen.⁴² Insofern nicht durch Rechtsverordnung nach § 42 AufenthG bestimmt oder durch zwischenstaatliche Vereinbarungen, Gesetze oder Rechtsverordnungen geregelt, bedarf es zur Genehmigung des Aufenthaltstitels einer Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit nach § 39 AufenthG.⁴³ Ausnahmeregelungen zum Erhalt des Aufenthaltstitels ohne diese Zustimmung lassen sich in der Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (Beschäftigungsverordnung) finden. Diese Ausnahmen beziehen sich unter anderem auf Führungskräfte, leitende Angestellte und Spezialisten sowie die Einsatzbereiche der Wissenschaft, Forschung und Entwicklung.⁴⁴ Im Juni 2011 fiel die Entscheidung der Bundesregierung über die Aussetzung der bis dahin durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit durchzuführenden Vorrangprüfung für Ärzte aus Drittstaaten. Damit reagierte die Regierung auf den zunehmenden Bedarf in so genannten Mangelberufen. Zuvor erhielten Akademiker aus den meisten Nicht-EU-Staaten nur dann eine Zulassung zum deutschen Arbeitsmarkt, wenn nach Prüfung der ZAV kein deutsches Äquivalent für die Stellenbesetzung zu finden war. Auf

⁴¹ Vgl. Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2013), S. 6 f.

⁴² Vgl. § 4 Abs. 3 AufenthG

⁴³ Vgl. § 18 Abs. 2 AufenthG

⁴⁴ Vgl. §§ 1 ff. BeschV

Rumänien und Bulgarien trifft diese Regelung bereits seit dem 01. Januar 2009 zu. Für die Zulassung jedoch weiterhin erforderlich sind die vergleichbare Höhe des Verdienstes zwischen ausländischen und deutschen Ärzten sowie die der Qualifikation entsprechende Tätigkeit.⁴⁵ Um dies auch prüfen zu können, müssen vermeintliche Arbeitgeber gemäß § 39 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 AufenthG Auskunft über das Arbeitsentgelt, die Arbeitszeiten und die Arbeitsbedingungen ausländischer Arbeitnehmer erteilen, deren Arbeitsaufnahme einer Zustimmung bedarf.⁴⁶ Neben dem Aufenthaltstitel benötigen die Ärzte zur Aufnahme einer Tätigkeit in Deutschland zusätzlich eine Approbation oder eine Berufserlaubnis. Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 Bundesärzteordnung (BÄO) sind abgeschlossenen ärztlichen Ausbildungen aus den Mitgliedsstaaten Europäischen Union (EU) sowie aus den Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) auf Antrag eine Approbation zu erteilen, wenn die Ausbildungen nachweislich den Gesetz anhängenden Nachweisen der Ausbildung für die genannten Staaten entsprechen.⁴⁷

Gemäß § 39 Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) müssen alle Ärzte, die eine Approbation in Deutschland erlangen möchten, bei der zuständigen Stelle des Landes einen Antrag einreichen, in dem sie den Abschnitt zwei der ärztlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen haben. Dazu werden folgende Unterlagen und Nachweise benötigt:

- Lebenslauf
- Geburtsurkunde (alt. Eheurkunde)
- Nachweis der Identität
- Amtliches Führungszeugnis (max. ein Monat alt)
- Zeugnis über ärztliche Prüfung

Im Falle dessen, dass vorzulegende Nachweise nicht in der deutschen Sprache vorliegen, müssen diese übersetzt und beglaubigt eingereicht werden. Hat der Arzt in seinem Herkunftsland bereits praktiziert, kann die zuständige Stelle Informationen über standeswidriges Verhalten und deren Folgen einholen.⁴⁸

⁴⁵ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2011)

⁴⁶ Vgl. § 39 § 39 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 AufenthG

⁴⁷ Vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 BÄO

⁴⁸ Vgl. § 39 ÄApprO

Die ärztliche Approbation erhalten Ärzte aus Drittstaaten nur dann, wenn deren Ausbildungsstand mit dem eines deutschen Arztes gleichwertig ist. Das muss wiederum von deutscher Seite anerkannt werden, was mit Hilfe einer so genannten Gleichwertigkeitsprüfung geschieht. Im Freistaat Sachsen ist diese Prüfung bei dem Sächsischen Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe abzulegen.⁴⁹ Innerdeutsche Weiterbildungen zum Facharzt bedürfen ebenfalls einer Anerkennung der im Ausland erworbenen Abschlüsse.⁵⁰ Erfolgt keine Feststellung der Gleichwertigkeit oder soll die ärztliche Tätigkeit von vorn herein nur zeitlich befristet sein, so kann eine Berufserlaubnis beantragt werden. Im Gegensatz zur Approbation bedarf es hierfür lediglich einer abgeschlossenen medizinischen Ausbildung. Die Berufserlaubnis wird im Regelfall für maximal zwei Jahre ausgestellt und kann mit Restriktionen behaftet sein. Dabei handelt es sich um Einschränkungen auf bestimmte Beschäftigungsstellen und Tätigkeiten. Im Laufe der Berufserlaubnis kann eine Approbation beantragt und erteilt werden.⁵¹ Am 01. März 2012 trat das Gesetz zur Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen in Kraft. Mit dessen Hilfe wurde zur Sicherung des Arbeitsmarktes mit Fachkräften die Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen in Deutschland vereinheitlicht, verbessert und erweitert.⁵² Damit eine im Ausland erworbene Facharztqualifikation in Deutschland anerkannt werden kann, benötigen ausländische Ärzte einerseits eine berufliche Zulassung in Form der Approbation oder der Berufserlaubnis. Andererseits muss die zuständige Landesärztekammer die jeweilige Qualifikation anerkennen.⁵³

3.4.2.2 Ärzte aus EU-Staaten

Ausländer benötigen gemäß § 4 Abs. 3 AufenthG zur Aufnahme einer Tätigkeit in Deutschland keinen Aufenthaltstitel, wenn eine zwischenstaatliche Vereinbarung, Gesetze oder Rechtsverordnungen vorliegen, die diese Regelung entkräften.⁵⁴ Mit Inkrafttreten der EU- Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG am 20. Oktober 2005 sind grundsätzlich alle Abschlüsse von reglementierten Berufen der EU-

⁴⁹ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (o. J.)

⁵⁰ Vgl. Ärzte für Sachsen (o. J.)

⁵¹ Vgl. Anerkennung in Deutschland (o. J.)

⁵² Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013)

⁵³ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011), S. 24

⁵⁴ Vgl. § 4 Abs. 3 AufenthG

Mitgliedsstaaten als gleichwertig anzuerkennen. Die Anerkennungsrichtlinie findet Anwendung bei Staatsangehörigen der EU-Mitgliedsstaaten, des EWR und der Schweiz. Unter der Voraussetzung, dass die Ärzte ihre Qualifikation innerhalb der genannten Mitgliedsstaaten erworben haben, soll ihnen mit Hilfe der Richtlinie die gleiche Zugangsvoraussetzung wie den inländischen Ärzten verschafft werden.⁵⁵ Zur Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland benötigen jedoch auch Ärzte aus dem europäischen Ausland eine Approbation gemäß § 3 BÄO.⁵⁶ Mitgliedsstaaten, die am 01. Mai 2004 der EU beigetreten sind (Estland, Lettland, Litauen, Polen, der Slowakischen Republik, Slowenien, der Tschechische Republik und Ungarn), unterlagen bis zum 30. April 2011 einer siebenjährigen Übergangsregelung, bei der eine Arbeitserlaubnis-EU der örtlichen Agentur für Arbeit benötigt wurde. Nach Aufhebung dieser Regelung galt für alle Bürger dieser Staaten die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit. Übergangsregelungen gelten seit dem nur noch für die Neu-EU-Staaten Bulgarien, Rumänien und Kroatien.⁵⁷

⁵⁵ Vgl. Anerkennung in Deutschland (o. J.)

⁵⁶ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (o. J.)

⁵⁷ Vgl. Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main (o. J.)

4 Ziel- und Fragenstellung

Die übergeordnete Zielstellung dieser Arbeit bezieht sich auf die Erhebung und Auswertung struktureller und organisatorischer Eintrittsbarrieren ausländischer Ärzte in Sachsen. Dabei handelt es sich um erste Schritte auf diesem Forschungsgebiet, weshalb sich keine vergleichbaren Arbeiten haben finden lassen. Zur Erfüllung der Zielstellung wurde diese in Teilfragen bzw. Forschungsfragen untergliedert. Jede dieser Fragen stand mit Aussagen diverser im Fragebogen enthaltener Items in Verbindung. Neben Items zur Ermittlung von Eintrittsbarrieren, wurde die Chance der Befragung genutzt, um weitere Daten zu erheben, welche die Situation der ausländischen Ärzteschaft in Sachsen abbildet. In Kombination mit dem primären Anliegen der Eintrittsbarrieren ergaben sich folgende Forschungsfragen:

- Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren Akzeptanz und Aufnahme/Annahme durch Patienten und Kollegen und gab es dabei geschlechterspezifische Unterschiede?
- Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren sprachliches Verhältnis zu Patienten und Kollegen und wie stehen sie zu ihren eigenen Sprachkenntnissen?
- Wo sehen ausländische Ärzte in Sachsen deren Motivatoren für die hiesige Arbeitsaufnahme, gibt es dabei geschlechterspezifische Unterschiede und wie stehen sie Ärzte zu ihrer Entscheidung?
- Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren Zuwanderung und Arbeitsaufnahme in Bezug auf den damit verbundenen Aufwand und den Unterstützungsbedarf daran beteiligter Akteure?
- Wie beurteilen ausländische Ärzte die Weiterbildung in Sachsen anhand diverser inhaltlicher und organisatorischer Kriterien?

5 Methode

Im Rahmen dieses Kapitels erfolgt die Darstellung der Untersuchungsobjekte und des Untersuchungsmaterials sowie der Untersuchungsdurchführung und der Herangehensweise bei der Auswertung. Dabei wird unter anderem aufgezeigt, nach welchen Kriterien das Erhebungsinstrument generiert wurde, welche Instanzen bis zur praktischen Anwendung durchlaufen werden mussten und wie die Aufarbeitung der Ergebnisse für die statistische Analyse erfolgte.

5.1 Untersuchungsobjekte

Die Auswahl der zu untersuchenden Personen erfolgte anhand präziser Ein- und Ausschlusskriterien. Ausländische Ärzte, deren Arbeitsaufnahme in Sachsen ab und nach dem 01. Januar 2009 erfolgte (n= 1.159), waren Teil der Untersuchung. Dabei wurden alle Tätigkeitsfelder einbezogen (s. Tab. 2). Ausgeschlossen wurden jene Mediziner ausländischer Herkunft, die bereits zuvor in Sachsen tätig waren. Demzufolge handelte es sich um eine Teilerhebung, bei der eine Stichprobe der Grundgesamtheit (alt. Population) untersucht wurde. Die Population entspricht allen ausländischen Ärzten in Sachsen. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte anhand der zeitlichen Nähe und dem damit verbundenen Bezug zu den Anfangsbedingungen und -komplifikationen bei der Arbeitsaufnahme.

| Art der Tätigkeit | Anzahl | Art der Tätigkeit | Anzahl |
|---|--------|--------------------------------------|--------------|
| Angestellte Arbeitsmedizin | 2 | Haushalt | 31 |
| Angestellter bei Niederlassung | 10 | Honorararzt | 2 |
| Arbeitslos | 10 | Leitender Arzt / Chefarzt | 4 |
| ärztliche Tätigkeit ohne Entgelt (KH) | 5 | MVZ Angestellter | 19 |
| ärztliche Tätigkeit ohne Entgelt (sonst.) | 2 | Keine Angabe | 14 |
| Assistenzarzt (Wiss. Mitarbeiter) | 789 | Oberarzt | 21 |
| Berufsfremd | 1 | Praxisassistent | 9 |
| Einzelpraxis | 8 | Ruhestand | 2 |
| Erziehungsurlaub | 31 | Sonstige ärztliche Tätigkeiten | 51 |
| Facharzt | 124 | Stationsarzt | 9 |
| Freiberufler | 1 | Teilzeitangestellt bei Niederlassung | 1 |
| Gastarzt | 12 | Zivildienst | 1 |
| | | Gesamtergebnis | 1.159 |

Tab. 2: Anzahl und Tätigkeitsverteilung der Stichprobe ausländischer Ärzte in Sachsen
Quelle: In Anlehnung an die Sächsische Landesärztekammer 2013

5.2 Untersuchungsmaterial

Bereits zu Beginn der Zusammenarbeit mit der SLÄK wurde das Interesse an einer schriftlichen Befragung deutlich. Sich somit in der quantitativen Forschung befindend, sollte erhoben werden, wo und in welchem Ausmaß Barrieren bei der Zuwanderung und Integration ausländischer Ärzte in Sachsen gegeben sind. Die Individualität des Vorhabens erschwerte die Recherche äquivalenter und verwendbarer Items, was dazu führte, dass der Fragebogen völlig neu konzipiert wurde. Dabei folgten Aufbau und Inhalt der Fragen/Items grundlegend dem Informationsziel der SLÄK. Die Ergebnisse sollten vorrangig jene Problemstellungen aufzeigen, insofern vorhanden, deren Behebung durch die SLÄK direkt oder indirekt in Angriff genommen werden kann. Darüber hinaus beinhaltet der Fragebogen zusätzlich weitere Items, die den Ist-Zustand der ausländischen Ärzte bezüglich diverser Kriterien abbilden sollten und dem eigenen Forschungsinteresse dienen.

5.2.1 Aufbau und Inhalt des Anschreibens

Dem Anschreiben eines Fragebogens kann im Rahmen der schriftlichen Befragung eine wichtige Aufgabe zugeteilt werden. Denn Inhalt und Umfang der einleitenden Worte können die Teilnahmebereitschaft des Befragten positiv oder negativ beeinflussen. Um die Befragten bestmöglich auf den Fragebogen vorzubereiten, sollten folgende Inhalte vorhanden sein:

- Name der befragenden Einrichtung und Kooperationspartnern
- Hintergrund und Zweck der Erhebung sowie die weitere Nutzung der Daten
- Die höfliche Aufforderung zur vollständigen Beantwortung der Fragen
- Die Anmerkung, dass es weder richtige noch falsche Antworten gibt und die Aufforderung zur zügigen Beantwortung (*hier in Form der Rücksendefrist*)
- Eine Anmerkung zur Gewährleistung der Anonymität
- Dankesformel für die Bearbeitung (*hier erst auf dem Fragebogen*)⁵⁸

⁵⁸ Vgl. Raab-Steiner/ Benesch (2010), S. 51 f.

Das vorliegende Anschreiben beinhaltet außerdem eine kurze Ausfüllanleitung, die voraussichtliche Bearbeitungsdauer und die Kontaktdaten der SLÄK für Rückfragen bei der Beantwortung (s. Anhang A). Um den Aufwand für die Befragten so gering als möglich zu halten, wurde ein bereits frankierter Umschlag für die Rücksendung beigelegt und die Teilnehmer darüber im Anschreiben informiert.

5.2.2 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Nachdem das Anschreiben wesentlich zur Motivation der Teilnehmer beitragen kann, sollte dem nun auch der Aufbau und das Design des Fragebogens Folge leisten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit fiel die Entscheidung auf eine tabellarische Rahmung der Fragenkomplexe und ausreichend großen rahmenlosen Abständen zwischen diesen Komplexen (s. Anhang B). Die Überschriften bzw. die Fragestellungen in den Tabellenköpfen wurden grau hinterlegt, um diese hervorzuheben. Die Aufteilung des Fragebogens erfolgte in sechs verschiedene Fragenkomplexe mit den dazugehörigen Bezeichnungen von A bis F. Unter den verschiedenen Komplexen reiht sich eine unterschiedliche Anzahl an Items ein, denen mit einer fortlaufenden Nummerierung mittels Buchstaben-Zahlen-Kombination Struktur verliehen wurde. So folgt in Kategorie A1 auf das Item A1.1. das Item A1.2. und in der Kategorie A2 auf A2.1. schlussfolgernd das Item A2.2. Dies zieht sich durch den kompletten Fragebogen und endet bei dem Item F2.5. Diese Form der Nummerierung war zugleich für die Auswertung der Fragebögen von elementarer Bedeutung. Es fanden Überlegungen statt, ob aus Gründen der Informationsreduktion die Nummerierung aus dem sichtbaren Bereich der Befragten entnommen und lediglich als Schablone für die Auswertung genutzt werden sollte. Doch die aus der Nummerierung entstandene Struktur vermittelt eine saubere und durchdachte Gliederung und wurde für die Probanden als ansprechend empfunden.

Das erste Item fungiert als so genannter „Eisbrecher“ und sollte den Ärzten einen Zugang zur Thematik verschaffen. Zudem wurde das Ziel verfolgt, bereits eingangs die grundlegende Intention des Fragebogens zu vermitteln und die Teilnehmer auf den folgenden Inhalt vorzubereiten.⁵⁹ Im mittleren Teil folgen unter anderem Items zur Kommunikation und dem Sprachverständnis sowie zur Arbeitssituation und dem

⁵⁹ Vgl. Diekmann (2006), S. 414

Einsatzort. Fragen zu demographischen Fakten befinden sich am Ende des Fragebogens. Dies wurde unter der Annahme als sinnvoll erachtet, dass persönliche Angaben grundlegend ungern gegeben werden. Des Weiteren sollte eine mögliche Negativ-Haltung gegenüber dem weiteren Fragebogen bei der frühen Aufführung persönlicher Angaben umgangen werden. Die Formulierung der Items erfolgte zum Teil als Aussage aber auch als direkte Frage. Die Entscheidung darüber, wo eine Frage und wo eine Aussage sinnvoll ist, wurde durch die jeweilig zu erhebende Thematik und die nötige Abwechslung im Ablauf des Fragebogens beeinflusst. Nicht zuletzt kam bei der Entscheidung auch die subjektive Beurteilung der Stimmigkeit des Verfassers zur Geltung. Bei der Item-Erstellung wurde unter anderem darauf geachtet, dass diese kurz und ein-eindeutig formuliert sind, sich je nur auf einen Sachverhalt beziehen und keine Meinungen suggerieren. Verneinungen und doppelte Verneinungen wurden ausgeschlossen, um etwaige Komplikationen bei der Verständigung zu vermeiden.⁶⁰ Aufgrund der ausländischen Herkunft und der damit eventuell verbundenen sprachlichen Einschränkung, fand zudem eine klientelorientierte Item-Formulierung statt. Die inhaltliche Ausrichtung und Formulierung der Items erfolgte in Zusammenarbeit mit der SLÄK. Dabei stand das Forschungsziel und die darunter subsumierten Teilfragen im Vordergrund.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 40 geschlossene und fünf offene Fragen. Hinzu kommen zwei halboffene Fragen sowie Angaben zur Person, zu denen Tätigkeitsort, Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Geburtsland und die Facharztausbildung zählen. Neben den unterschiedlichen Formaten der Items, variieren des Weiteren auch die dazugehörigen Antwortformate. Bei einem Großteil der verwendeten Items, vor allem bei Meinungsfragen, wurde zur Beantwortung eine vierstufige bipolare Ratingskala mit verbaler Skalenbezeichnung vorgegeben. Dabei erfolgte die Abstufung der Antwortkategorien in *ja*, *eher ja*, *eher nein* und *nein*. Bei dem daraus resultierenden Skalenniveau wird von einer Ordinalskalierung gesprochen. Diese kann alternativ auch als Rangskalierung bezeichnet werden, weil sich die Merkmalsausprägungen in einer natürlichen Rangfolge anordnen lassen. Im Vergleich zum nächst höherem Skalenniveau (die Intervallskalierung) müssen die Abstände zwischen den Merkmalsausprägungen nicht identisch groß sein. Das Skalenniveau gibt eine Aussage über das Messniveau und somit über weitere Verwendungsmöglichkeiten

⁶⁰ Vgl. Laatz (1993), S. 124 ff.

der Daten.⁶¹ Die erwähnte Bipolarität entsteht durch einen negativen Pol (*nein*), dem fiktiven Nullpunkt dazwischen (die Mittelkategorie) und dem positiven Pol (*ja*).⁶² Die Entscheidung für eine gerade Skalierung, ohne dabei eine Mittelkategorie zu verwenden, fiel unter Betrachtung des Phänomens der Tendenz zur Mitte. Dabei wurden mögliche Verluste von Informationen, die sich aus einer ungeraden Skalierung hätten ergeben können, gegen die ebenso vorhandenen Nachteile aufgewogen und als akzeptabel bewertet. Das Umgehen von unangenehmen Fragen durch die bevorzugte Nutzung der Mittelkategorien konnte somit unterbunden werden. Zudem müssen sich dadurch entscheidungsunfreudige Teilnehmer auf eine Antwortrichtung (positiv oder negativ) festlegen.⁶³ Diese Herangehensweise fällt unter den Begriff Forced-Choice, weil aufgrund geringer Entscheidungsoptionen (keine Mittelkategorie) eine Entscheidung gewissermaßen erzwungen wurde. Anders als bei der verwendeten vierstufigen Skalierungen kann die Forced-Choice-Methode bei Antwortformaten mit nur zwei Ausprägungen ein Problem darstellen und sollte dann überdacht werden. An dieser Stelle sei das Phänomen der Reaktanz genannt. Wenn sich Personen durch das Fehlen von Abstufungen in einem Antwortformat zur Beantwortung gedrängt fühlen, kann dies zur Verzerrung der Ergebnisse führen. Unter diesem „Zwang“ besteht die Gefahr, dass die Teilnehmer willkürlich und wider ihre eigentliche Intention antworten.⁶⁴ Auch in dem vorliegenden Fragebogen gibt es Items, bei denen dieses Kriterium zutrifft, da die Probanden ausschließlich mit *ja* oder *nein* antworten konnten. Dabei wird von einem dichotomen Antwortformat gesprochen, welches einer Nominalskalierung entspricht. Um die beschriebene Reaktanz umgehen zu können, wurde bei allen Items mit dieser dichotomen Antwortkategorie eine zusätzliche Antwortmöglichkeit eingebaut. Alternativ konnten die Befragten daraufhin *k. A.* (keine Angaben) wählen, wenn sie sich nicht äußern wollten oder konnten. In zwei Fällen wurde innerhalb dieser Arbeit von der geraden Skalierung abgewichen. Die Ausnahme stellen die Items D2 und E1 dar. Die Begründung dafür liegt in den Fragen selbst, denn deren Beantwortung erforderte eine andere als die zuvor angewandte Skalenbezeichnung. Bei D2 sollten die Befragten ihr Empfinden bezüglich des Aufwandes zu erledigender Wege beurteilen,

⁶¹ Vgl. Weiß (2010), S. 24

⁶² Vgl. Raab-Steiner/ Benesch (2010), S. 56 f.

⁶³ Vgl. Laatz (1993), S. 133

⁶⁴ Vgl. Raab-Steiner/ Benesch (2010), S. 55 ff

die im Rahmen der Zuwanderung notwendig sind. Auf die Frage: „*Wie aufwendig empfanden Sie...?*“, fand eine Aufzählung diverser Kriterien statt, die mit folgender Abstufung einzuschätzen waren: *nicht, wenig, mittel, ziemlich* und *sehr*. Die Mittelkategorie steht für ein Maß an Aufwand, welches als akzeptabel angenommen wird. Somit hat die mittlere Abstufung nichts mit einem Entzug der Meinung zu tun, sondern beschreibt die neutrale Intensität einer Empfindung. Ähnlich gestaltete sich dies bei der Frage E1. Auch hier galt es vorgegebene Kriterien zum Thema Weiterbildung in Sachsen zu beurteilen. An dieser Stelle erfolgte jedoch eine andere Abstufung in: *1= sehr gut, 2= ziemlich gut, 3= weder noch, 4= ziemlich schlecht* und *5= sehr schlecht*. Nachdem Aufbau, Inhalt und Form des Fragebogens den gewünschten Vorstellungen entsprachen, wurde dieser durch die SLÄK geprüft und ging danach in den Pretest.

5.2.3 Pretest

Bevor ein neu entwickelter Fragebogen tatsächlich Anwendung findet, sollte dieser an einer kleinen Stichprobe der zu befragenden Gruppierung getestet werden. Dabei sollte die Pretest-Stichprobe jedoch nicht zu klein sein, da ansonsten die Aussagekraft der Ergebnisse in Frage steht. Mit Hilfe des Pretests sollen Brauchbarkeit, Qualität und Verständlichkeit des Fragebogens überprüft werden. Ziel ist es, bestehende Defizite zu erkennen und zu beheben, bevor alle Untersuchungsobjekte den Fragebogen erhalten.⁶⁵ Im vorliegenden Fall fand der Pretest in der Pleißental-Klinik GmbH in Werdau bei Zwickau statt. Von den zehn Medizinern ausländischer Herkunft (Stand: 06/2013), nahmen sechs am Pretest teil. Die übrigen vier Ärzte standen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von Urlaub oder Schichtdienst nicht zur Verfügung. Das Interesse und Engagement am Projekt sollte durch die persönliche Anwesenheit des Befragenden vermittelt werden. Zudem galt es durch die Präsenz auf die Befragten motivierend zu wirken, sich ausreichend Zeit für die Beantwortung zu nehmen. Des Weiteren gab es objektive Motivatoren für die persönliche Anwesenheit des Befragenden, welche folgend beschrieben werden. Die bei der Beantwortung des Fragebogens auftretenden Fragen sollten bereits vor Ort und Stelle beantwortet werden können. Alle Anmerkungen sollten zudem für die

⁶⁵ Vgl. Raab-Steiner/ Benesch (2010), S. 61

anschließende Optimierung des Fragebogens dokumentiert werden. Bei einer Übermittlung der Fragen und Anmerkungen über Dritte, per E-Mail oder dem Postweg, hätte ein Informationsverlust stattfinden können. Die sofortige Rückkopplung zwischen den Ärzten und dem Befragenden konnte derartige Effekte ausschließen. Zum anderen war die Beantwortungszeit des Fragebogens von Interesse. Die im Pretest gemessenen Zeiträume wurden dokumentiert und ein Mittelwert gebildet (s. Tab. 3). Nach Rundung des Mittelwertes ergab sich eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von zehn Minuten, die als solche ebenfalls im Anschreiben des Fragebogens veranschlagt wurde.

| | | | | | | |
|------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|
| Teilnehmer- Nummer: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Beantwortungsdauer: | 6 min | 8 min | 15 min | 5 min | 9 min | 12 min |
| Arithmetisches Mittel: | 9,16 min | | | | | |

Tab. 3: Teilnehmerbezogene Bearbeitungsdauer der Fragebögen im Pretest

Nachdem die Teilnehmer den Fragebogen ausgefüllt hatten, wurden sie aufgefordert sich kritisch zum Fragebogen zu äußern und die folgenden Fragen zu beantworten:

- Sind alle für Sie relevanten Informationen im Anschreiben enthalten?
- Haben Sie sich dadurch motiviert gefühlt den Fragebogen auszufüllen?
- Haben Sie alle Fragen bzw. Aussagen inhaltlich verstehen können?
- Ist der Fragebogen allgemein leserlich und übersichtlich aufgebaut?
- Ist der vorgegebene Platz für die offenen Fragen ausreichend groß?
- Haben Sie sich bei Fragen zu einer Antwort gedrängt gefühlt?
- Hat Sie Aufbau und Design des Fragebogens angesprochen?

Aus dem Pretest und den anschließenden Fragen ergab sich, dass in dem Anschreiben keinerlei Informationen fehlten und alle Ärzte motiviert waren an der Befragung teilzunehmen. Bis auf eine Ausnahme waren alle Items leserlich und gut verständlich formuliert. Es handelte sich dabei um den Begriff Hürden, welcher semantisch teilweise nicht zugeordnet werden konnte. Dieser wurde anschließend gegen den Begriff Hindernisse ersetzt. Bei den zwei Items mit einer möglichen Mehrfachnennung sollte der Verweis auf die Mehrfachnennung noch deutlicher hervorgehoben werden. Dies geschah ebenfalls in der Nachbereitung. Der Platz für

offene Fragen wurde als ausreichend beurteilt und die Teilnehmer hatten an keiner Stelle des Fragebogens das Gefühl zu einer Antwort gedrängt worden zu sein. Der Aufbau und die Struktur des Fragebogens wurden zudem durchweg positiv empfunden. Abschließend fand die Optimierung des Fragebogens anhand der gesammelten Informationen statt worauf eine weitere Prüfung der SLÄK erfolgte.

5.3 Untersuchungsdurchführung

Nachdem das Anschreiben und der Fragebogen diversen Instanzen der Prüfung unterzogen wurden, erfolgte am 20. Juni 2013 der Versand zu den Ärzten. Die dazu benötigten Kontaktdaten standen der SLÄK bereits zur Verfügung.

Laut Angaben der Deutschen Post erreichen 95% der Briefe bereits nach einem Tag ihr Ziel.⁶⁶ Ausgehend von der Annahme, dass sich die Brieflaufzeiten an Werktagen auf ein bis maximal zwei Tage belaufen, sollten die Fragebögen bis zum 22. Juni 2013 allen Untersuchungsobjekten zugestellt worden sein. In dem dazugehörigen Anschreiben wurde den Teilnehmern der 05. Juli 2013 als letzter Tag der Rücksendung (Rücksendefrist) mitgeteilt. Das dazwischen liegende Zeitfenster entsprach demzufolge mit 14 Wochentagen dem Befragungszeitraum. Eine Woche schien den Befragenden aufgrund des beruflichen Arbeitspensums, der Schichtarbeit und möglichen Urlaubstagen zu kurz gegriffen. Drei und mehr Wochen hingegen zu weit. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurde bei der Auswahl der Befragungszeit auf die vorherrschenden Feiertage und Ferienzeiten geachtet. Zeiträume, die auf die Ferien oder unmittelbar davor fallen, sind für Befragungen eher ungeeignet, da infolge dessen üblicherweise andere Prioritäten gesetzt werden. Im Freistaat Sachsen begannen die Sommerferien am 15. Juli 2013. Mit der Rücksendefrist zum 05. Juli 2013 endete die Befragung somit über ein Woche vor Ferienbeginn. Nicht selten wird ebenfalls zur Steigerung der Rücklaufquote eine Nachfassaktion gestartet. Dabei erhalten diejenigen Untersuchungsobjekte, von denen bis dahin keine Unterlagen angekommen sind, eine Art Erinnerungsschreiben, dessen Inhalt und Format stark variieren kann. Im vorliegenden Fall wurde aus dem zuvor benannten Grund der urlaubsnahen Befragung und aus finanziellen Gründen von einer Nachfassaktion abgesehen.

⁶⁶ Vgl. Deutsche Post (o. J.)

5.4 Auswertung

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde auf die Statistiksoftware SPSS zurückgegriffen. Um den Inhalt der Erhebung für SPSS verwertbar zu gestalten, ist es von elementarer Bedeutung die so genannten Variablen zu erstellen. Sie beziehen sich auf die jeweiligen Items und werden mit Wertelabels versehen. Dieser Prozess wird kodieren genannt und mündet in einem Kodierplan, welcher alle Labels und die dazugehörigen Werte schlüssig darstellt (s. Anhang C). Bei der Aufarbeitung der Fragebögen wurden insgesamt 71 Variablen kodiert. Items, die mit *ja*, *eher ja*, *eher nein* oder *nein* zu beantworten waren, wurden in gleicher Reihenfolge die Nummern 1 bis 4 zukodiert. Zusätzlich erfolgte die Kodierung einzelner fehlender Werte mit der Zahl 99. Bei dichotomen Antwortformaten hatten die Probanden die Möglichkeit sich einer Aussage mittels *keine Angaben (k. A.)* zu entziehen. Deren Kodierung erfolgte mit 1 für *ja*, 2 für *nein* und 9 für *k. A.* Die 9 wurde dann in Verbindung mit der 99 den einzelnen fehlenden Werten zugeordnet. Die separate Kodierung fehlender Werte führte zu einer gesonderten Darstellung dieser bei der Auswertung. Dadurch konnten sie von den Ergebnissen und der weiteren Einbeziehung in Analysen und Auswertungen ausgeschlossen werden.

Um die zum Teil sehr umfangreichen Antworten der offenen Fragen für die Statistiksoftware eingabefähig zu gestalten, mussten alle Angaben separat dokumentiert werden. Anschließend erfolgte eine Zuteilung der Aussagen zu selbst generierten Kategorien, die dann wiederum als auswählbare Wertelabels mit einer fortlaufenden Nummerierung kodiert wurden. Items, deren Beantwortung eine Mehrfachnennung ermöglichte, bedurften einer weiteren Form der Kodierung. Dabei wurde jeder Variable eine 1 für *trifft zu* und 2 für *trifft nicht zu* zugeordnet. Weitere Antwortformate wurden in Analogie zu den bereits benannten Formaten numerisch fortlaufend kodiert und ebenfalls mit der 99 für fehlende Werte versehen. Die Items D2.5 und D5.1 wurden vollständig aus dem Fragebogen und der Auswertung herausgenommen. Gründe dafür lagen einerseits bei der mangelnden Anzahl an Angaben (D2.5) und andererseits bei der Analogie der Angaben zu den Aussagen vorangegangener Items (D5.1).

Items mit Mehrfachnennungen konnten anhand der Funktion Mehrfachantworten zu Variablen-Sets zusammengefasst und ausgewertet werden. Um zu überprüfen, ob vermutete Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen als statistisch signifikant

eingestuft werden können, wurde auf zwei statistische Testverfahren zurückgegriffen. Dabei handelt es sich um den Chi-Quadrat-Test und den Exakten Test nach Fischer. Der Chi-Quadrat-Test (χ^2 -Test) ermöglicht, insbesondere für eine Vierfeldertafel, die Gegenüberstellung einer Nullhypothese (H_0) und einer Alternativhypothese (H_A). Vereinfacht dargestellt sagt H_0 aus, dass kein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht und H_A besagt das Gegenteil. Bei der Verwendung des Chi-Quadrat-Tests werden die erwarteten Häufigkeiten unter der Annahme von H_0 berechnet und den beobachteten Häufigkeiten aus der (Netto-) Stichprobe gegenübergestellt. Je größer dann der Abstand beider Ausprägungen zueinander ist, desto wahrscheinlicher ist ein Zusammenhang zwischen den Variablen. Gerade bei Stichproben mit geringer Fallzahl kommt es häufig vor, dass bestimmte Zellen der Kreuztabellen zahlenmäßig unterbesetzt sind und demzufolge auch die erwarteten Häufigkeiten. Dabei stoßen statistische Verfahren häufig an die Grenzen der Auswertbarkeit. Bei dem Chi-Quadrat-Test liegt das Limit bei fünf. Das heißt, wenn mindestens bei einer Zelle der Kontingenztafel (Kreuztabelle) eine erwartete Häufigkeit von kleiner fünf besteht, sind die Bedingungen für diesen Test verletzt und es muss nach Alternativen gesucht werden. Dabei kommt der Exakte Test nach Fischer ins Spiel, welcher auch bei geringen Fallzahlen angewendet werden kann.⁶⁷ In beiden Fällen muss bei der Auswertung auf die ausgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten (p-Werte) in Abhängigkeit des Signifikanzniveaus (α) geachtet werden. Diese belegen oder widerlegen einen statistisch signifikanten Zusammenhang. In dieser Arbeit wurde sich im Vorfeld für ein Signifikanzniveau von 5% entschieden. Demnach sind Ergebnisse, die eine Irrtumswahrscheinlichkeit (IW) von $p \leq 0,05$ aufweisen als signifikant anzusehen. Liegt die Wahrscheinlichkeit sich bei der Annahme zu Irren, dass ein Zusammenhang besteht bei $p \leq 0,01$, wird das Ergebnis als stark signifikant bezeichnet. Die Steigerung davon liegt bei $p \leq 0,001$. In diesem Fall wird von höchster Signifikanz gesprochen.⁶⁸ Bei der Ergebnisdarstellung werden Irrtumswahrscheinlichkeiten von $p > 0.05$ in Prozent ausgeschrieben. Ergebnisse, die mindestens signifikant sind, werden nicht prozentual dargestellt, sondern erhalten die jeweils zutreffende Bezeichnung der Signifikanz ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

⁶⁷ Vgl. Raab-Steiner/Benesch (2012), S. 133 f.

⁶⁸ Vgl. Bühl (2010), S. 147

6 Ergebnisse

Innerhalb dieses Kapitels werden die Ergebnisse der erhobenen und ausgewerteten Daten präsentiert. Die Gliederung folgt dabei den Forschungsfragen und deren Abfolge in Bezug auf den Verlauf des Fragebogens.

6.1 Stichprobe

Aus den Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung ergab sich eine Stichprobengröße von $n = 1.159$, denen je ein Fragebogen zugesandt wurde. Mit einer Anzahl von 147 zurückerhaltenen Fragebögen ergab sich eine Rücklaufquote von 12,7%. Im Folgenden wird die ursprüngliche Stichprobe als Bruttostichprobe bezeichnet und die tatsächlichen Teilnehmer als Nettostichprobe. Die Auswertung der Antwortbögen zeigte, dass 76 der teilnehmenden Probanden dem weiblichen und 66 dem männlichen Geschlecht zugehören. Fünf der 147 Personen entzogen sich bezüglich deren Alters ihrer Aussage. Zur besseren Übersicht wurde das als absolute Zahl erhobene Lebensalter in Gruppen mit einer Spanne von fünf Jahren zusammengefasst. Daraus ergab sich, dass die meisten Probanden der Altersgruppe von 30 bis 34 ($n = 45$) zugehörten. Dicht gefolgt von der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen ($n = 42$) verringerte sich die Stärke der verbleibenden Gruppen mit zunehmenden Alter. Bis auf die Altersgruppe von 35 bis 39 Jahren, gab es in Analogie zu den Gesamtzahlen überwiegend Angaben von Frauen (s. Tab. 4).

| | 25 bis 29 | 30 bis 34 | 35 bis 39 | 40 bis 44 | 45 bis 49 | 50 bis 54 | 55 bis 59 | Gesamt |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| männlich | 20 | 19 | 13 | 6 | 4 | 3 | 1 | 66 |
| weiblich | 22 | 26 | 6 | 8 | 6 | 5 | 3 | 76 |
| Gesamt | 42 | 45 | 19 | 14 | 10 | 8 | 4 | 142 |

Tab. 4: Verteilung von Alter und Geschlecht nach Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten

Das männliche Durchschnittsalter lag bei 34,56 Jahren. Bei den Frauen waren es 35,55 Jahre. Die Berechnung des gemeinsamen Durchschnittsalters ergab einen Wert von 35,09 Jahren. Das am häufigsten angegebene Lebensalter lag bei 29 Jahren (Modus). Die Auswertung der Geschlechterverteilung nach dem Tätigkeitsort brachte zugleich die gesamte Verteilung der Nettostichprobe nach deren Einsatzgebiet hervor. Daraus resultierend zeigte sich der Erzgebirgskreis hinsichtlich

der Gesamtzahl (22) und dem Verhältnis von Arzt (11) zu Ärztin (11) als am stärksten repräsentiert. Bei den Städten stand Leipzig mit 19 Rückläufern an der Spitze. Aus Meißen antworteten keine Frauen und aus Nordsachsen keine Männer. Aus sieben der kreisfreien Städte und Landkreise antworteten mehr Frauen als Männer. Dies spiegelt die weiblichen Dominanz innerhalb der Nettostichprobe auf der Ebene der Einsatzorte wider (s. Tab. 5).

| Tätigkeitsort | männlich | weiblich | Gesamt |
|--------------------------------|----------|----------|--------|
| Chemnitz (Stadt) | 2 | 8 | 10 |
| Dresden (Stadt) | 4 | 10 | 14 |
| Leipzig (Stadt) | 9 | 10 | 19 |
| Leipzig (Landkreis) | 3 | 6 | 9 |
| Erzgebirgskreis (Landkreis) | 11 | 11 | 22 |
| Mittelsachsen (Landkreis) | 5 | 4 | 9 |
| Zwickau (Landkreis) | 6 | 4 | 10 |
| Bautzen (Landkreis) | 4 | 5 | 9 |
| Görlitz (Landkreis) | 6 | 5 | 11 |
| Meißen (Landkreis) | 0 | 1 | 1 |
| Vogtlandkreis (Landkreis) | 11 | 4 | 15 |
| Sächsische Schweiz (Landkreis) | 2 | 6 | 8 |
| Nordsachsen (Landkreis) | 3 | 0 | 3 |
| Gesamt | 66 | 74 | 140 |

Tab. 5: Geschlechterverteilung nach kreisfreien Städten und Landkreisen Sachsens

Von den 147 Medizinern gaben 64 an einen Facharzttitel zu besitzen. Dabei wurden insgesamt 22 Disziplinen benannt. Mit 43,54% war die Teilnahmebereitschaft der Ärzte mit Facharztausbildung geringer als ohne. Frauen und Männer gaben zu gleichen Teilen an, einen Facharzttitel zu besitzen. Die Fragebögen wurden von Ärzten aus 23 verschiedenen Nationen beantwortet. Mit 35 Nennungen zeigte sich die Tschechische Republik als am häufigsten vertreten. Neben diesem Land fielen die meisten Angaben zu Ungarn (16), der Slowakei (13) und Rumänien (11).

6.2 Aufnahme und Akzeptanz durch Kollegen und Patienten

Bezüglich der Aufnahme und Akzeptanz durch die Kollegen gaben 93 Ärzte mit *ja* an, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit gut aufgenommen wurden. 35 beantworteten dieses Item mit *eher ja* und 17 aller Angaben fielen auf die verbleibenden Merkmalsausprägungen *eher nein* und *nein*. Im Vergleich dazu fühlten sich zum Befragungszeitpunkt 104 der Ärzte von ihren Kollegen akzeptiert. Auch hier fielen 35 Stimmen auf die Ausprägung *eher ja* (s. Tab 6).

| | gute Aufnahme durch Kollegen zu Beginn | | Akzeptanz durch Kollegen aktuell | |
|-----------|--|---------|----------------------------------|---------|
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| ja | 93 | 63,0 | 104 | 70,0 |
| eher ja | 35 | 23,0 | 35 | 23,0 |
| eher nein | 13 | 8,0 | 5 | 3,0 |
| nein | 4 | 2,0 | 1 | ,0 |
| Gesamt | 145 | 98,0 | 145 | 98,0 |

Tab. 6: Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit und aktuelle Akzeptanz

Bezugnehmend auf das Verhältnis zwischen den Ärzten und den Patienten zeigte sich ein leicht verändertes Bild. Die Spanne zwischen der anfänglichen Annahme und der aktuellen Akzeptanz war in diesem Fall bei der Merkmalsausprägung *ja* größer (81:113) als bei dem Verhältnis zu den Kollegen zu Beginn der Tätigkeit und aktuell (93:104). Auffällig ist zudem, dass im Rahmen dieser Items keine Nennung mit *nein* erfolgte. Darüber hinaus wurde auch die Ausprägung *eher nein* weniger genutzt (s. Tab. 7).

| | gut angenommen durch Patienten zu Beginn | | Akzeptanz durch Patienten aktuell | |
|-----------|--|---------|-----------------------------------|---------|
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| ja | 81 | 55,0 | 113 | 76,0 |
| eher ja | 59 | 40,0 | 27 | 18,0 |
| eher nein | 4 | 2,0 | 2 | 1,0 |
| nein | - | - | - | - |
| Gesamt | 144 | 97,0 | 142 | 96,0 |

Tab. 7: Annahme durch Patienten zu Beginn der Tätigkeit und aktuelle Akzeptanz

Zur Gegenüberstellung verschiedener Variablen in Kreuztabellen und zur gleichzeitigen Prüfung deren Abhängigkeit zueinander, wurden die jeweiligen Merkmalsausprägungen *eher ja* und *ja* sowie *eher nein* und *nein* nach deren Ausrichtung (positiv und negativ) zusammengefasst. Aus den daraus resultierenden Ergebnissen ließ sich entnehmen, dass 124 Ärzte positiv angaben, sich zu Beginn ihrer Tätigkeit gleichermaßen gut von den Kollegen aufgenommen und von den Patienten angenommen worden zu sein (s. Tab. 8).

| | | Annahme durch Patienten zu Beginn | | Gesamt |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|--------|
| | | positiv | negativ | |
| Aufnahme durch Kollegen zu Beginn | positiv | 124 | 3 | 127 |
| | negativ | 16 | 1 | 17 |
| Gesamt | | 140 | 4 | 144 |

Tab. 8: Annahme durch Patienten und Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Variablen konnte innerhalb der Nettostichprobe nicht belegt werden ($p= 39,8\%$). Ob bezogen auf diese Variablen geschlechterspezifische Unterschiede bestanden, wurde ebenfalls geprüft. Dabei gaben 62 männliche und 64 weibliche Ärzte positive Angaben zur Aufnahme durch Kollegen. Sechs Männer und elf Frauen beurteilten dieses Item negativ (s. Tab. 9). Es konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($p= 28,1\%$).

| | | Aufnahme durch Kollegen zu Beginn | | Gesamt |
|------------|----------|-----------------------------------|---------|--------|
| | | positiv | negativ | |
| Geschlecht | männlich | 62 | 6 | 68 |
| | weiblich | 64 | 11 | 75 |
| Gesamt | | 126 | 17 | 143 |

Tab. 9: Geschlechtsspezifische Aufnahme durch Kollegen zu Beginn der Tätigkeit

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der anfänglichen Annahme durch Patienten. 67 Männer und 71 Frauen bewerteten dieses Item positiv und insgesamt vier negativ (s. Tab. 10). Auch hier konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen belegt werden ($p= 62,5\%$).

| | | Annahme durch Patienten zu Beginn | | Gesamt |
|------------|----------|-----------------------------------|---------|--------|
| | | positiv | negativ | |
| Geschlecht | männlich | 67 | 1 | 68 |
| | weiblich | 71 | 3 | 74 |
| Gesamt | | 138 | 4 | 142 |

Tab. 10: Geschlechtsspezifische Annahme durch Patienten zu Beginn der Tätigkeit

6.3 Kommunikation und Sprachverständnis

Von 145 Ärzten gaben 17 mit *ja* an, zu Beginn ihrer Tätigkeit in Sachsen Verständigungsschwierigkeiten gehabt zu haben. 44 bewerteten dieses Item mit *nein*. Die verbleibenden Angaben verteilten sich mit einem Abstand von vier Aussagen auf die mittleren Merkmalsausprägungen *eher ja* und *eher nein*. Zum Zeitpunkt der Befragung (07/2013) gaben zwei Ärzte mit *ja* an, aktuell Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen zu haben und 106 antworteten mit *nein*. Nicht nur bei den äußeren Merkmalsausprägungen zeigte sich eine Verlagerung der Angaben zu aktuell deutlich weniger Schwierigkeiten bei der Verständigung, sondern auch bei den Mittelkategorien *eher ja* und *eher nein* (s. Tab. 11).

| | Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen | | | |
|-----------|--|---------|------------|---------|
| | zu Beginn | | aktuell | |
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| ja | 17 | 11,6 | 2 | 1,4 |
| eher ja | 40 | 27,2 | 7 | 4,8 |
| eher nein | 44 | 29,9 | 31 | 21,1 |
| nein | 44 | 29,9 | 106 | 72,1 |
| Gesamt | 145 | 98,6 | 146 | 99,3 |

Tab. 11: Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen zu Beginn und aktuell

Ein nahezu identisches Bild wurde bei den Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten zu Beginn der Tätigkeit in Sachsen und aktuell deutlich. Lediglich zu Beginn gab es mit einem Abstand von 17 Nennungen einen größeren Unterschied bei den mittleren Merkmalsausprägungen (s. Tab 12).

| | Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten | | | |
|-----------|---|---------|------------|---------|
| | zu Beginn | | aktuell | |
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| ja | 15 | 10,0 | 1 | ,0 |
| eher ja | 33 | 22,0 | 6 | 4,1 |
| eher nein | 47 | 31,0 | 31 | 21,1 |
| nein | 48 | 32,0 | 105 | 71,0 |
| Gesamt | 143 | 97,0 | 143 | 97,0 |

Tab. 12: Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten zu Beginn und aktuell

Zudem gaben drei Ärzte mit *ja* und sieben mit *eher ja* an, dass deren Zusammenarbeit mit Kollegen durch die eigenen Verständigungsschwierigkeiten eingeschränkt gewesen sei oder ist. Bei der Frage nach der eingeschränkten Behandlung der Patienten aufgrund der eigenen Verständigungsschwierigkeiten, gaben sechs Ärzte *eher ja* und einer *ja* an. Die Auswertung der Items bezüglich des Sprachniveaus zeigte auf, dass 78 Ärzte ihr aktuelles Sprachniveau mit B2 angaben. Ebenso viele Nennungen zeigten sich bei dem angestrebten Sprachniveau. Ein Proband gab an, aktuell über das Sprachniveau B1 zu verfügen. Des Weiteren gab es zwei Nennungen des angestrebten Sprachniveaus bei B1 (s. Abb. 2).

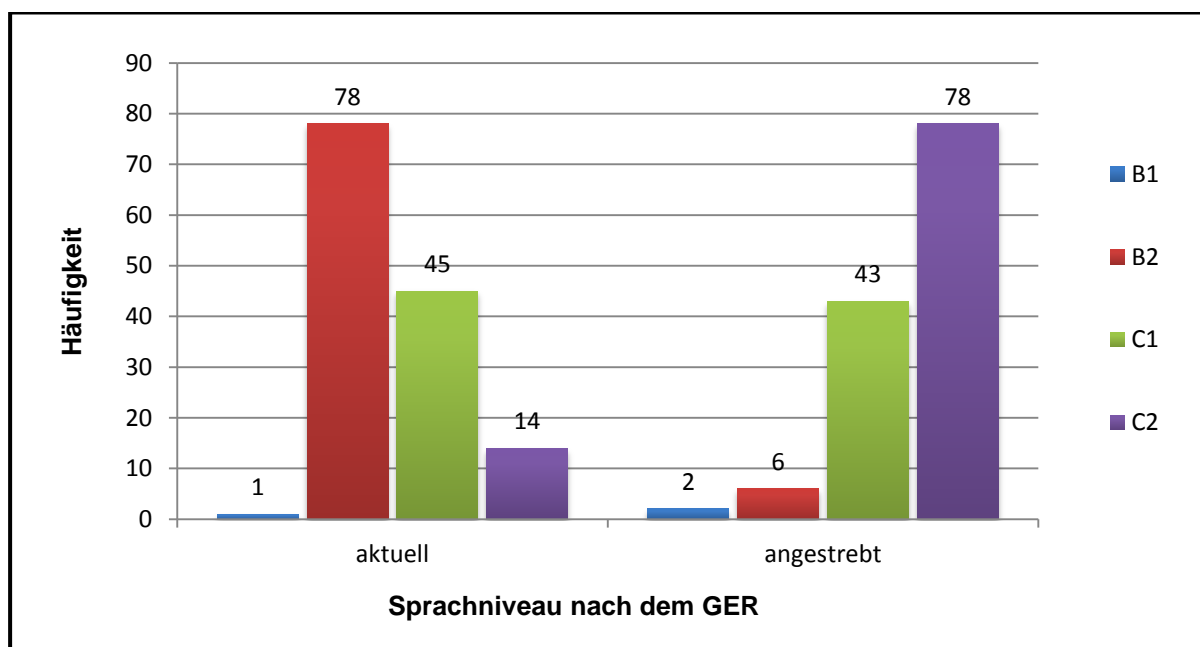


Abb. 2: Aktuelles und angestrebtes Sprachniveau nach dem GER

Im weiteren Verlauf wurden die Ärzte nach deren Bemühungen bezüglich eigener Sprachkenntnisse befragt. Es zeigte sich, dass 112 von ihnen bereits im Herkunftsland an einem Sprachkurs teilgenommen haben. 49 gaben an, einen Sprachkurs in Sachsen absolviert zu haben und acht nahmen zum Zeitpunkt der Befragung an einem Kurs teil. Bezüglich zukünftiger Bemühungen gaben 120 Ärzte an, dass sie ihre Sprachkenntnisse verbessern möchten. Auf die Frage nach der Teilnahmebereitschaft zu einem Sprachkurs antworteten 79 Ärzte *ja*.

6.4 Arbeitssituation und Einsatzort

Die Motivatoren für die Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Sachsen waren ebenfalls Gegenstand der Befragung und brachten im Rahmen eines Items mit möglicher Mehrfachnennung folgende Ergebnisse hervor. 88 Ärzte gaben an wegen der Weiterbildung nach Sachsen gekommen zu sein, dicht gefolgt von der Auslandserfahrung und den ökonomischen Aspekten. 40 Angaben erfolgten bei der Ausprägung familiäre Gründe und stellten damit den niedrigsten Wert dar (s. Abb. 3).

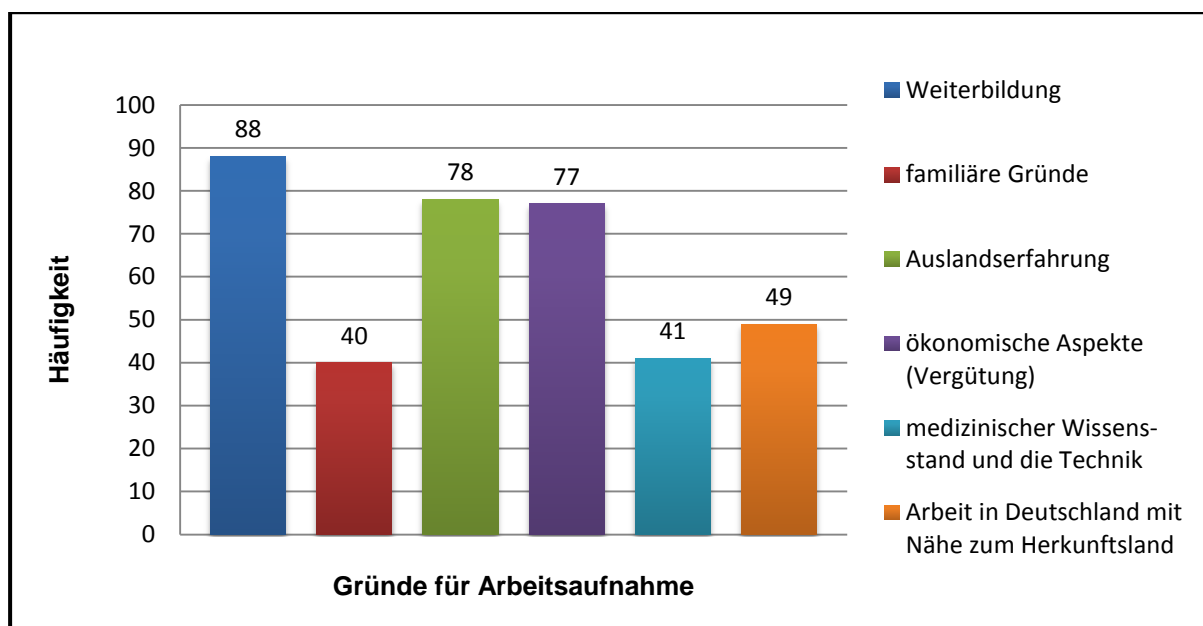


Abb. 3: Gründe für die Arbeitsaufnahme ausländischer Ärzte in Sachsen

Ob ein geschlechterspezifischer Unterschied bei den Gründen der Zuwanderung bestand, wurde mit Hilfe einer Kreuztabelle geprüft. Obwohl im Folgenden ebenfalls die Gründe der Zuwanderung quantifiziert dargestellt werden, zeigten sich bezogen

auf die vorherigen Angaben Unterschiede in der Höhe der Daten. Die Ursache dafür liegt darin, dass die Angaben zu den Motivatoren mit den Angaben zum Geschlecht in Verbindung gesetzt wurden. Hat ein Proband sein Geschlecht im Fragebogen nicht angegeben, jedoch Angaben zu seinen Beweggründen der Zuwanderung getroffen, so zeigt sich dies hier durch die verringerten Werte. Aus der Analyse ergab sich eine weibliche Dominanz bei den Angaben zu den Beweggründen Weiterbildung (49), ökonomische Aspekte (39) und familiäre Gründe (23). Männliche Angaben überwogen bei der Auslandserfahrung (40), der herkunftsnahen Arbeit in Deutschland (25) und dem hiesigen Wissensstand und der Technik (24). Der größte Unterschied ist mit einer Differenz von elf Angaben bei der Weiterbildung zu Gunsten der weiblichen Ärzte zu erkennen. Alle Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die Angaben der Nettostichprobe. Statistische Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und den Motivatoren konnten aufgrund der zu hohen Irrtumswahrscheinlichkeiten nicht belegt werden (s. Tab. 13).

| | | Geschlecht | | Gesamt | p - Wert in % |
|--|-----------------|------------|----------|--------|------------------|
| | | männlich | weiblich | | |
| Weiterbildung | trifft zu | 38 | 49 | 87 | |
| | trifft nicht zu | 30 | 28 | 58 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 34,2 |
| familiäre Gründe | trifft zu | 16 | 23 | 39 | |
| | trifft nicht zu | 52 | 54 | 106 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 39,0 |
| Auslandserfahrung | trifft zu | 40 | 37 | 77 | |
| | trifft nicht zu | 28 | 40 | 68 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 19,5 |
| ökonomische Aspekte (Vergütung) | trifft zu | 37 | 39 | 76 | |
| | trifft nicht zu | 31 | 38 | 69 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 65,1 |
| medizinischer Wissensstand und Technik | trifft zu | 24 | 17 | 41 | |
| | trifft nicht zu | 44 | 60 | 104 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 7,8 |
| Arbeit in Deutschland mit Näher zum Herkunftsland | trifft zu | 25 | 24 | 49 | |
| | trifft nicht zu | 43 | 53 | 96 | |
| Gesamt | | 68 | 77 | 145 | 47,7 |

Tab. 13: Geschlechterverteilte Motivationsgründe für die Zuwanderung nach Sachsen

Bei den Items zur angestrebten beruflichen Tätigkeit außerhalb von Sachsen oder Deutschland sowie im eigenen Herkunftsland, gaben die Ärzte überwiegend *eher nein* an. Mit 81 Angaben dieser Merkmalsausprägung zeigte sich die Arbeit in einem anderen Bundesland als am geringsten interessant. *Ja* wurde am häufigsten bei der Arbeit außerhalb von Deutschland (15) angegeben (s. Tab. 14). Zu den meist genannten Ländern zählten die Tschechische Republik (6), Großbritannien (4) und Österreich (4). Bei den Angaben mit *ja* bezüglich der Arbeit in einem anderen Bundesland standen Berlin (5) und Bayern (3) an vorderster Stelle.

| | in einem anderem Bundesland arbeiten | | außerhalb von Deutschland arbeiten | | in dem Herkunftsland arbeiten | |
|-----------|--------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| ja | 10 | 6,8 | 15 | 10,2 | 13 | 8,8 |
| eher ja | 19 | 12,9 | 24 | 16,3 | 32 | 21,8 |
| eher nein | 81 | 55,1 | 65 | 44,2 | 55 | 37,4 |
| nein | 33 | 22,4 | 39 | 26,5 | 43 | 29,3 |
| Gesamt | 143 | 97,3 | 143 | 97,3 | 143 | 97,3 |

Tab. 14: Motivation zur beruflichen Tätigkeit außerhalb von Sachsen, Deutschland oder im Herkunftsland

Auf die Frage, ob sie wieder nach Sachsen wechseln würden, gaben 62 Ärzte *ja* und vier Ärzte *nein* an. Ebenso überwog dabei die Mittelkategorie *eher ja* mit 49 Angaben der Mittelkategorie *eher nein* (18). Ein ähnliches, wenn auch deutlicher in Richtung *ja* geprägtes Bild, zeigte sich bei der Frage, ob die Mediziner anderen ausländischen Ärzten die Arbeitsaufnahme in Sachsen empfehlen würden (s. Abb. 4).

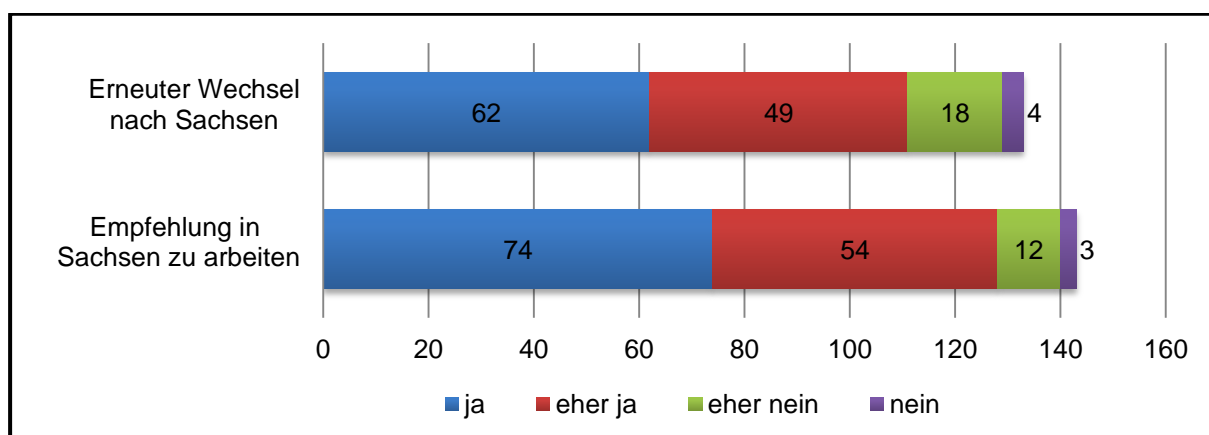


Abb. 4: Erneuter Wechsel und die Empfehlung der Arbeit in Sachsen ausländischer Ärzte

Des Weiteren gaben 104 Ärzte positive Angaben zur Aufnahme durch Kollegen zu Beginn und dem erneuten Wechsel nach Sachsen an. Von den neun Probanden, die bei beiden Items negative Aussagen trafen, gaben sieben negative Angaben zur Aufnahme durch die Kollegen zu Beginn (s. Tab. 15). Der Exakte Test nach Fischer belegt einen sehr signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen ($p < 0,01$).

| | | Wieder nach Sachsen wechseln | | Gesamt |
|--------------------------------------|---------|------------------------------|---------|--------|
| | | positiv | negativ | |
| Aufnahme durch Kollegen zu Beginn | positiv | 104 | 13 | 117 |
| | negativ | 7 | 9 | 16 |
| Gesamt | | 111 | 22 | 133 |

Tab. 15: Aufnahme durch Kollegen zu Beginn und der erneute Wechsel nach Sachsen

Bei der Gegenüberstellung der aktuellen Akzeptanz durch die Kollegen und dem erneuten Wechsel nach Sachsen trafen 110 Mediziner gleichermaßen positive Angaben zu beiden Variablen. Vier Ärzte gaben hingegen an, bei beiden Items negative Erfahrungen gehabt zu haben, wovon eine *negative* Aussage auf die aktuelle Akzeptanz durch die Kollegen fiel (s. Tab. 16). Auch hier besteht ein sehr signifikanter Zusammenhang ($p < 0,01$).

| | | Wieder nach Sachsen wechseln | | Gesamt |
|-------------------------------------|---------|------------------------------|---------|--------|
| | | positiv | negativ | |
| Akzeptanz durch Kollegen aktuell | positiv | 110 | 18 | 128 |
| | negativ | 1 | 4 | 5 |
| Gesamt | | 111 | 22 | 133 |

Tab. 16: Aktuelle Akzeptanz durch Kollegen und der erneute Wechsel nach Sachsen

6.5 Allgemeine Angaben

Die erste Frage dieses Komplexes bezog sich auf den Unterstützungsbedarf bei der Zuwanderung und Arbeitsaufnahme im Allgemeinen. Dazu sollten die Ärzte bei vier vorformulierten Bereichen die jeweils zutreffenden ankreuzen. Dabei erhielten die Behördengänge mit 97 Nennungen die meisten Angaben. An letzter Stelle stand mit 37 Nennungen die Kinderbetreuung (s. Abb. 5).

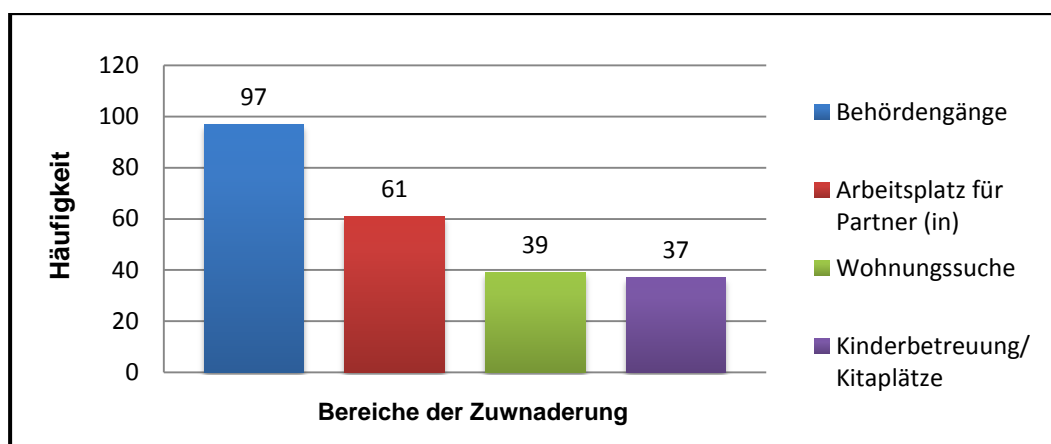


Abb. 5: Bereich des Unterstützungsbedarfs bei der Zuwanderung ausländischer Ärzte

Im Anschluss daran sollten die Probanden mit Hilfe einer fünfstufigen Ratingskala beurteilen, wie aufwendig sie vier verschiedene Aspekte bei der Zuwanderung empfunden haben. Die Behördengänge wurden dabei mit 43 Angaben überwiegend als mittelmäßig aufwendig eingeschätzt. Darauf folgten 38 Nennungen bei sehr aufwendig. Bei der Anerkennung von Abschlüssen erfolgten die häufigsten Angaben (35) bei mittel. Ziemlich und sehr standen an zweiter und dritter Stelle (s. Tab. 17).

| | Behördengänge | | Anerkennung von Abschlüssen | |
|----------|---------------|---------|-----------------------------|---------|
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| nicht | 4 | 2,0 | 7 | 4,0 |
| wenig | 29 | 19,0 | 29 | 19,0 |
| mittel | 43 | 29,0 | 35 | 23,0 |
| ziemlich | 29 | 19,0 | 33 | 22,0 |
| sehr | 38 | 25,0 | 33 | 22,0 |
| Gesamt | 143 | 97,0 | 137 | 93,0 |

Tab. 17: Beurteilung des Aufwandes bei Behördengängen und Anerkennungen von Abschlüssen

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei dem Aufwand des Erwerbs der Approbation. Auch hier gab es die überwiegend Nennungen bei mittel (36). Die Merkmalsausprägungen ziemlich (31) und sehr (31) teilten sich im Ranking die Stellen zwei und drei. Anders gestaltete sich die Beurteilung des Aufwandes bei dem Erwerb der Berufserlaubnis. Hier gab es die häufigsten Angaben bei wenig (27) und erst dann folgten mittel mit 24 und ziemlich mit 21 Nennungen (s. Tab. 18).

| | Erwerb der Approbation | | Erwerb der Berufserlaubnis | |
|----------|------------------------|---------|----------------------------|---------|
| | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| nicht | 16 | 10,0 | 13 | 8,0 |
| wenig | 28 | 19,0 | 27 | 18,0 |
| mittel | 36 | 24,0 | 24 | 16,0 |
| ziemlich | 31 | 21,1 | 21 | 14,0 |
| sehr | 31 | 21,1 | 13 | 8,0 |
| Gesamt | 142 | 96,0 | 98 | 66,0 |

Tab. 18: Beurteilung des Aufwandes bei dem Erwerb der Approbation und der Berufserlaubnis

Bei den Angaben bezüglich des Unterstützungsbedarfs durch die SLÄK ergab sich, dass die Anerkennung von Abschlüssen aus dem Ausland als am bedeutendsten empfunden wurde (18). Bezüglich des Unterstützungsbedarf durch den Arbeitgeber standen Fort- und Weiterbildungen (15) an der vordersten Stelle (s. Abb. 6).

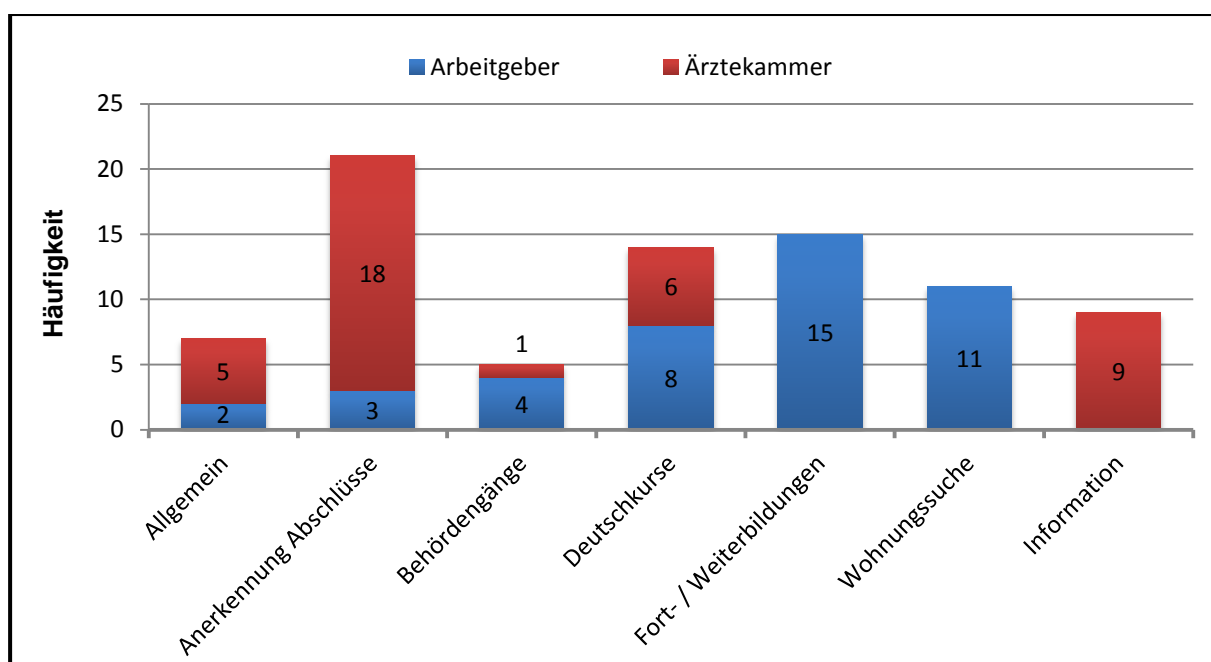


Abb. 6: Unterstützungsbedarf durch den Arbeitgeber und die SLÄK

6.6 Beurteilung der Weiterbildung

Im Rahmen dieser Abfrage zeigte sich, dass die Weiterbildung über alle Kriterien hinweg als ziemlich gut empfunden wurde oder wird. Die Aspekte Unterstützung bei Entscheidungen und das Verhältnis zu Weiterbildungsbefugten hatten mit je einer Anzahl von 55 die häufigsten Nennungen in dieser Merkmalsausprägung. Die

meisten Angaben bei sehr gut konnten bezüglich des Verhältnisses zu den Kollegen (37) verzeichnet werden. Mit acht Angaben zu sehr schlecht erfolgte die stärkste negative Beurteilung in Bezug auf die Organisation der Weiterbildung. Die persönlichen Lernerfahrungen wurden nie mit sehr schlecht beurteilt (s. Tab. 19).

| Beurteilung | 1 sehr gut | 2 ziemlich gut | 3 weder noch | 4 ziemlich schlecht | 5 sehr schlecht | Gesamt |
|-------------|--|----------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|--------|
| | Zeit für Fragen | | | | | |
| Häufigkeit | 26 | 49 | 27 | 9 | 3 | 114 |
| | Unterstützung bei Entscheidungen | | | | | |
| Häufigkeit | 23 | 55 | 23 | 12 | 2 | 115 |
| | Qualität der Anleitung | | | | | |
| Häufigkeit | 21 | 48 | 27 | 13 | 4 | 113 |
| | Vermittlung von Fachkompetenzen | | | | | |
| Häufigkeit | 23 | 47 | 30 | 11 | 3 | 114 |
| | persönliche Lernerfahrungen | | | | | |
| Häufigkeit | 29 | 52 | 24 | 9 | - | 114 |
| | Verhältnis unter Kollegen | | | | | |
| Häufigkeit | 37 | 46 | 16 | 11 | 4 | 114 |
| | Verhältnis zu Weiterbildungsbefugten | | | | | |
| Häufigkeit | 25 | 55 | 20 | 11 | 3 | 114 |
| | Verhältnis zu ärztlichem Führungspersonal | | | | | |
| Häufigkeit | 25 | 51 | 25 | 9 | 5 | 115 |
| | Organisation der Weiterbildung | | | | | |
| Häufigkeit | 18 | 45 | 27 | 14 | 8 | 112 |

Tab. 19: Beurteilung der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen

7 Diskussion

Dieses Kapitel teilt sich in die Diskussion der Ergebnisse und die der Methode. Dabei treffen zum einen die Ergebnisse der Erhebung auf die Fragen der Zielstellung und unterziehen sich einer kritischen Betrachtungsweise. Zum anderen werden die Methodenspezifischen Vor- und Nachteile des Erhebungsinstrumentes in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit beleuchtet.

7.1 Ergebnisdiskussion

Die Diskussion der Ergebnisse verläuft in Analogie zu der Ergebnisdarstellung untergliedert nach den Fragenkomplexen des Fragebogens. Zu Beginn der einzelnen Komplexe wird die dazugehörige Forschungsfrage erneut aufgezeigt, anschließend interpretiert und daraufhin unter diversen Gesichtspunkten diskutiert. Dabei ist anzumerken, dass sich die Verbindung zur Theorie nur in wenigen Fällen als möglich und sinnvoll erwies, da vergleichbare Literatur größtenteils nicht vorhanden war.

7.1.1 Stichprobe

Bei allen in der Auswertung verwerteten Angaben durch die Probanden gilt zu bedenken, dass zum Teil eine Informationsspanne von bis zu vier Jahren vorlag. Damit ist gemeint, dass einige Ärzte bereits mehrere Jahre in Sachsen gearbeitet haben und demzufolge die Erinnerungen an die anfängliche Situation relativ weit zurück liegen können. Andere Ärzte arbeiteten hingegen erst wenige Wochen oder Monate in Sachsen und deren Erinnerungen an die Anfangszeit sind noch sehr präsent. Mit einer Rücklaufquote von 12,7% sind die Angaben und die daraus resultierenden Ergebnisse sowie Interpretationen vornehmlich auf die Nettostichprobe zu beziehen. Schlussfolgerungen auf die Bruttostichprobe sowie die Grundgesamtheit sollten somit zwar nicht ausgeschlossen werden, sich jedoch einer kritischen Betrachtung unterziehen.

Grundlegend ist die Repräsentativität von Stichproben nicht anhand des Stichprobenumfangs zu beurteilen. Das Hauptaugenmerk liegt vielmehr bei der möglichst genauen Abbildung der Merkmale aus der Grundgesamtheit und deren

Verteilung darin.⁶⁹ Im Folgenden sollen dahingehende Überlegungen bezüglich der vorhandenen Nettostichprobe beleuchtet werden. Die aufgrund der zurück erhaltenen Fragebögen aufgezeigte Besetzung der Tätigkeitsorte gab eine starke Unterbesetzung einiger Landkreise innerhalb der Nettostichprobe wieder. Es antworteten drei Personen aus Nordsachsen, wovon nicht eine weiblich war. Noch drastischer zeigte sich Meißen mit nur einem Fragebogen. Dem gegenüber stehen 22 Rückläufer aus dem Erzgebirgskreis. Interpretationen, die aufgrund dessen getroffen werden könnten, müssen jedoch nicht zwangsläufig auf Meißen oder Nordsachsen zutreffen. Die geringen Angaben aus weiteren Landkreisen sind dabei ebenso zu berücksichtigen. Auch das angegebene Alter der Teilnehmer spielt in diesem Kontext eine Rolle. Die häufigsten Nennungen erfolgten in den Altersgruppen von 25 bis 29 und 30 bis 34 Jahren. Genaue Zahlen über den tatsächlichen Altersdurchschnitt und die Altersverteilung liegen zwar nicht vor, doch ist aufgrund der eingangs beschriebenen Überalterung der Ärzteschaft anzunehmen, dass diese Daten über denen der Nettostichprobe liegen. Lediglich die Geschlechterverteilung entspricht annähernd der Verteilung aller Ärzte in Sachsen. Von den erhaltenen Fragebögen gaben 66 Probanden an männlich zu sein und 76 weiblich. Das entspricht einem weiblichen Anteil von 53,5%. In der Praxis finden sich diese Zahlen wieder. So beträgt der Frauenanteil laut den Arztzahlen Sachsens von 2012 rund 52%.⁷⁰ Unter selektiver Betrachtung des Durchschnittsalters ist der Modus zu erwähnen, welcher bei 29 Jahren lag. Demzufolge befanden sich die häufigsten Altersangaben mehr als fünf Jahre unter dem Mittelwert (35,09 Jahre). Dieser Fakt lässt den Schluss einzelner Ausreißer höheren Alters zu, die das Durchschnittsalter anhoben. Diese Annahme wird durch die Angaben des niedrigsten (25 Jahre) und des höchsten (59 Jahre) Lebensalters bestätigt.

Bevor die weiteren Ergebnisse diskutiert werden, sei an dieser Stelle auf eine Problematik verwiesen, die sich „negative Antworttendenzen“ nennt und zur Verfälschung der Ergebnisse führen kann. Diese wurde aus der Methodenkritik entnommen und hier aufgeführt, weil das Wissen darüber die Interpretation und das Verständnis der Ergebnisse maßgeblich beeinträchtigen können. Aus diesem Grund sollte sich die Problematik im weiteren Verlauf ständig vor Augen geführt werden.

⁶⁹ Vgl. Ebster/Stalzer (2008), S. 165

⁷⁰ Vgl. Sächsische Landesärztekammer (2012)

Alle „negativen Antworttendenzen“ haben zur Folge, dass die Studienteilnehmer nicht der tatsächlichen Meinung nach antworten. Bei der absichtlichen Verstellung, auch „Faking Good“ bzw. „Faking Bad“ genannt, geben Probanden aufgrund erwarteter negativer Konsequenzen absichtlich falsche Angaben. Die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit bezieht sich auf das Antwortverhalten, welches den angenommenen Normen der sozialen Gemeinschaft und den sozialen Erwartungen entspricht. Problematisch zeigt sich diese Tendenz bei dem Versuch sie reduzieren zu wollen. Ursache dafür ist die sehr subjektive Einschätzung darüber, was für Normen als erwünscht empfunden werden. Mit der Akquieszenz wird eine weitere Tendenz beschrieben, die auch als „Ja-Sage-Bereitschaft“ bekannt ist. Dabei wird von der Bereitschaft ausgegangen, positive Merkmalsausprägungen zu präferieren. Darüber hinaus gibt es noch weitere Tendenzen, deren einzelne Erläuterung aufgrund deren Namensgebung überflüssig ist, dazu gehören die Tendenz zum Raten, die Tendenz zur ersten passenden Kategorie (Linkstendenz), die Tendenz durch die Motivation (genervt, überfordert etc.) und das Mustermalen.⁷¹

7.1.2 Aufnahme und Akzeptanz durch Kollegen und Patienten

Frage: Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren Akzeptanz und Aufnahme/Annahme durch Patienten und Kollegen und gab es dabei geschlechterspezifische Unterschiede?

Mit großem Abstand zu den verbleibenden Merkmalsausprägungen wurde bei den Items zur anfänglichen Aufnahme und der aktuellen Akzeptanz durch Kollegen überwiegend *ja* angegeben. Bei der aktuellen Akzeptanz ist zudem ein geringer Anstieg der Ausprägung *ja* gegenüber der Anfangszeit zu verzeichnen. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass bereits zu Beginn kaum Komplikationen bestanden und die Integration innerhalb der Einrichtungen bezüglich der Kollegen größtenteils funktionierte bzw. als funktionierend empfunden wurde. Selbst die zahlenmäßige Zusammenfassung der negativen Ausprägungen *eher nein* und *nein* (17) bei der anfänglichen Aufnahme durch die Kollegen unterlag bereits allein der Ausprägung *ja* mit 93 Angaben. Das gleiche Bild zeigte sich bei dem Item bezüglich

⁷¹ Vgl. Raab-Steiner/Benesch (2012), S. 61 ff.

der aktuellen Akzeptanz (6:104). In Analogie dazu zeigten auch die Angaben zur Aufnahme und Akzeptanz durch die Patienten ein positives Gesamtbild. Anders als im Bezug zu den Kollegen, konnte hier ein größerer Anstieg zwischen den Empfindungen der Anfangszeit und den Angaben zum Zeitpunkt der Befragung (aktuell) aufgezeigt werden. Zuerst fühlten sich die Ärzte von den Patienten schlechter angenommen als durch die Ärzte aufgenommen. Dann wendete sich diese Situation rein zahlenorientiert und es gab mehr Angaben zu der aktuellen Akzeptanz durch die Patienten als zur Akzeptanz durch die Kollegen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Vorurteile der Patienten gegenüber ausländischen Ärzten bestanden, die im Laufe der Zeit abgebaut wurden. Eine andere Erklärung könnte bei den unterschiedlichen Ansichten, Anforderungen, Erwartungen und Verhaltensweisen zu finden sein, die sich erst durch den zunehmenden Umgang mit deutschen Patienten und ausländischen Ärzten adaptieren lassen konnten. Das Ärzte-Patienten-Verhältnis kann länder- und somit kulturspezifische Unterschiede aufweisen. Je größer die Unterschiede, desto aufwendiger gestaltet sich die Anpassung. Dahingehende könnten sich kulturspezifische Einführungskurse als sinnvoll erweisen, wie sie in der Wirtschaft bereits praktiziert werden.

Bei den patientenorientierten Items bezüglich der Annahme zu Beginn der Tätigkeit erfolgte keine Angabe mit *nein*. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bezogen auf die Bruttostichprobe und auf die Grundgesamtheit derartige Nennungen vorkommen würden. Demzufolge entfällt eine Interpretation dieser Erscheinung.

Geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich der Aufnahme durch die Kollegen und die Annahme durch Patienten konnten aufgrund statistischer Tests nicht signifikant belegt werden. Ungeachtet dessen fielen zu den Items deutlich mehr positive Angaben als negative. Die durchaus etwas positivere Bewertung der anfänglichen Annahme durch die Patienten lässt vermuten, dass die Aufnahme durch die Kollegen mit mehr Komplikationen verbunden war. Dieses Ergebnis ist von großer Bedeutung, da sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Aufnahme durch die Kollegen und der erneuten Bereitschaft nach Sachsen zu wechseln zeigte. Um die Aufnahme bzw. Annahme durch Patienten und Kollegen zu verbessern und etwaige Vorurteile abzubauen, bedarf es einer kontinuierlichen Aufklärungsarbeit. Aufgrund mangelnder Erreichbarkeit der Patienten, gestaltet sich dies bei den Kollegen wahrscheinlich etwas einfacher. Die Aufklärung der Ärzte kann durch die Landesärztekammer sowie die medizinischen Einrichtungen selbst erfolgen. Die

Aufgabenverteilung und die inhaltliche Intensität sollten jedoch an anderer Stelle betrachtet werden. Die Patienten betreffend scheint die Mundpropaganda als am Einflussreichsten beim Abbau etwaiger Vorurteile zu sein. Dies ist jedoch nur durch die tatsächliche Reduzierung von Defiziten möglich, die zu dem teilweise beeinträchtigten Image ausländischer Ärzte geführt haben. Hierbei sei die Kommunikation genannt, die vor allem durch die sprachlichen Kompetenzen häufig unter Kritik der Öffentlichkeit steht. Dahingehend besteht also weiterhin Handlungsbedarf, welcher jedoch individuell gestaltet werden sollte. Worauf dabei geachtet werden muss, wird im folgenden Abschnitt thematisiert.

Darüber hinaus kann bei der Integration ausländischer Mediziner das Konzept des „Diversity Managements“ aufgegriffen werden. Im Zuge dessen sollen alle Beteiligten eines Unternehmens bzw. einer Einrichtung von der inhärenten Vielfalt profitieren können, die durch personelle und kulturelle Heterogenität erzeugt wird. Dabei soll der Umgang mit und unter dem Personal gestärkt und ganzheitlich in die Kultur der Organisation eingepflegt werden.⁷² Für die Umsetzung dieses Konzeptes sind die Einrichtungen selbst zuständig. Diesbezüglich könnte die SLÄK als unterstützende und Impuls gebende Instanz agieren und die Einrichtungen zum Handeln bewegen.

7.1.3 Kommunikation und Sprachverständnis

Frage: Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren sprachliches Verhältnis zu Patienten und Kollegen und wie stehen sie zu ihren eigenen Sprachkenntnissen?

Aus den Ergebnissen lässt sich entnehmen, dass Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen vorrangig zu Beginn der Arbeitsaufnahme der Fall waren und sich zunehmend abgebaut haben. Das wird unter Betrachtung des Verhältnisses der Angaben *ja* und *nein* zu Beginn der Tätigkeit (17:44) und zum Zeitpunkt der Befragung (2:106) deutlich. Diese Annahme wird zudem durch die Verschiebung der Angaben aus den Mittelkategorien untermauert. Das ausgewogene Verhältnis zwischen *eher ja* und *eher nein* zu Beginn (40:44) verlagerte sich hin zu weitaus weniger Verständigungsschwierigkeiten (7:31). Die patientenorientierten Zahlen zu

⁷² Charta der Vielfalt (2011)

den Verständigungsschwierigkeiten wiesen ein nahezu analoges Muster auf. Auch hier gab es zu Beginn eindeutig mehr Angaben zu Komplikationen (15:48) als zum Zeitpunkt der Erhebung (1:105). Die Homogenität der Angaben lässt keinerlei Unterschiede bezüglich dem Verständnis zwischen ausländischen Ärzten und Patienten sowie zu anderen Medizinern vermuten. Angaben bezüglich der eingeschränkten Zusammenarbeit mit Kollegen oder der eingeschränkten Behandlung von Patienten durch eigene Verständigungsschwierigkeiten hielten sich in Grenzen. Das bedeutet jedoch nicht, dass dies nicht der Fall war oder ist. Es sollte klar sein, dass sich ein eventuelles Eingestehen derartiger Unzulänglichkeiten und diesbezügliche Angaben aufgrund vermuteter Anonymitätslücken in Grenzen halten können (Tendenz zur absichtlichen Verstellung). Das scheint umso verständlicher, wenn bedacht wird, dass aufgrund derartiger Defizite unter anderem das Patientenwohl leiden kann.

Diejenigen, die bezüglich des Sprachniveaus eine Aussage getroffen haben, verfügten bis auf eine Person mindestens über das Niveau B2. Diese Angaben waren und sind jedoch relativ zu bewerten. Im Zuge der Auswertung zeigte sich, dass die Items zu dem aktuellen und angestrebten Sprachniveau bzw. die dazugehörige Antwortskalierung nach GER zum Teil nicht richtig verstanden wurden. Es schien des Öfteren unklar zu sein, ob die Probanden tatsächlich wissen, was sich hinter den Niveaustufen B1, B2, C1 und C2 verbirgt und in welche Richtung die Abfolge hinsichtlich zunehmender Sprachkompetenzen zu deuten ist. So wurde den Items unter anderem der Vermerk: „*Deutsch ist meine Muttersprache*“ zugefügt und dann B1 angekreuzt, obwohl das zu den schlechtesten im Fragebogen wählbaren Kompetenzen zählte. Es gab ebenfalls bei dem angestrebten Sprachniveau Nennungen zu B1. Dies würde jedoch einer Verschlechterung der Kenntnisse entsprechen. Infolgedessen ist der Aussagegehalt der dort angeführten Angaben deutlich infrage zu stellen. Eine kurze Übersicht der erforderlichen Kompetenzen dieser Sprachniveaus könnte diese Problematik entkräften. Ungeachtet dessen zeigt sich dieses Ergebnis als bedenklich, da bei dem Erwerb der Berufserlaubnis oder der Approbation in Deutschland ein Sprachniveau nach GER von mindestens B2 nachgewiesen werden sollte.⁷³ Es könnte sich als interessant erweisen die Ursachen

⁷³ Vgl. Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2013), S. 6 f.

dafür zu erforschen. Unabhängig davon zeigten viele Mediziner (112) Engagement bei der Teilnahme an Sprachkursen im Herkunftsland und zum Teil auch in Deutschland. 120 Ärzte gaben zudem an, dass sie ihre Sprachkenntnisse verbessern möchten. Jedoch gaben nur 79 an, dass sie bereit dafür wären an einem der angebotenen Sprachkurse teil zu nehmen. Schlussfolgernd daraus scheint die Teilnahme an derartigen Kursen nicht für alle die erste Wahl zu sein. Diese Vermutung wird durch diverse Randnotizen auf den Fragebögen bekräftigt, aus denen hervor ging, dass sich die Qualität der Kurse aus Sicht der Mediziner in Grenzen hält. Aus diesem Grund ist es von elementarer Bedeutung, sich von übergreifenden und vereinheitlichten Kursen zu distanzieren. Ziel muss es sein, so die Empfehlung, zunehmend auf die gezielten Anforderungen und Ansprüche ausländischer Mediziner einzugehen. Frust und Demotivation stellen eine schlechte Grundlage für den Drang die benötigte Sprache zu erlernen. Die einrichtungsinterne Weiterbildung scheint dafür ein guter Ansatzpunkt zu sein. Denn die Dezentralisierung von Sprachkursen minimiert den Aufwand für die Ärzte und kann somit die Bereitschaft zur Teilnahme stärken. Zudem kann mit Kursen am Arbeitsplatz auf die einrichtungsspezifischen Besonderheiten und Fachspezialisierungen eingegangen werden. Demzufolge ist es unerlässlich, die dafür notwendigen Strukturen in den Einrichtungen zu stärken.

7.1.4 Arbeitssituation und Einsatzort

Frage: Wo sehen ausländische Ärzte in Sachsen deren Motivatoren für die hiesige Arbeitsaufnahme, gibt es dabei geschlechterspezifische Unterschiede und wie stehen sie Ärzte zu ihrer Entscheidung?

Mit 88 Angaben schien die Weiterbildung in Sachsen der Hauptmotivationsgrund für die Zuwanderung zu sein. Gefolgt von der Auslandserfahrung stand die Vergütung erst an dritter Stelle in diesem Ranking. Die Motivation der familiären Gründe wurde am wenigsten benannt. Diese Ergebnisse entsprechen den im Abschnitt „Motivationslage für die Zuwanderung“ thematisierenden Motivatoren. Lediglich die Reihenfolge unterscheidet sich, denn die Weiterbildung steht noch vor der Vergütung in Deutschland. Bei den geschlechterspezifischen Unterschieden im Rahmen der Motivationsgründe wurde deutlich, dass überwiegend die Frauen aufgrund der Weiterbildung nach Sachsen gekommen sind. Ansonsten zeigte sich ein eher

ausgeglichenes Bild zwischen den Beweggründen der Zuwanderung. Drei der sechs Motivatoren wurden überwiegend von den Frauen und die anderen vornehmlich von den Männern gewählt.

Aus den kumulierten Angaben *eher nein* und *nein* zur angestrebten Tätigkeit in einem anderen Bundesland (114), Land (104) oder im Herkunftsland (98) ging hervor, dass etwa zwei Drittel der Mediziner vorerst nicht vorhaben außerhalb von Sachsen tätig zu werden. Bezüglich der zukünftigen Tätigkeit im Herkunftsland erfolgten die häufigsten Angaben zu *ja* (13) oder *eher ja* (32). Daraus könnte geschlossen werden, dass sich die Zuwanderung dieser Ärzte vorrangig auf den Zeitraum der Weiterbildung beschränkt. Nur 62 Ärzte gaben mit *ja* entschlossen an, dass sie erneut nach Sachsen wechseln würden und lediglich 49 Nennungen erfolgten zu *eher ja*. Etwas stärker in Richtung *ja* und *eher ja* ausgeprägt zeigten sich die Angaben zur Empfehlung an andere ausländische Ärzte in Sachsen tätig zu werden. Demzufolge würden die sich hier befindenden Mediziner häufiger anderen ausländischen Ärzten empfehlen in Sachsen zu arbeiten, als selbst erneut nach Sachsen zu wechseln. Es erwies sich des Weiteren als Interessant den Zusammenhang zwischen der anfänglichen Aufnahme durch die Kollegen und dem erneuten Wechsel nach Sachsen zu überprüfen. Ebenso wie die Verbindung zwischen der aktuellen Akzeptanz und dem erneuten Wechsel. Es ergab sich in beiden Fällen ein signifikanter Zusammenhang zwischen den jeweiligen Variablen. Daraus lässt sich schließen, dass die Aufnahme sowie die aktuelle Akzeptanz der Kollegen einen maßgeblichen Einfluss auf die Motivation haben, erneut nach Sachsen zu wechseln. Demzufolge würden jene Ärzte mit weniger guten kollegialen Erfahrung nicht erneut nach Sachsen kommen, um beruflich tätig zu werden. Diese Ergebnisse betonen die Bedeutung der Integrationsarbeit von den jeweiligen Einrichtungen, der SLÄK und des Freistaates selbst.

7.1.5 Allgemeine Angaben

Frage: Wie empfinden und empfanden ausländische Ärzte in Sachsen deren Zuwanderung und Arbeitsaufnahme in Bezug auf den damit verbundenen Aufwand und den Unterstützungsbedarf daran beteiligter Akteure?

Bezüglich der Bemessung des Aufwandes vier vorgegebener Kriterien (Behördengänge, Anerkennung von Abschlüssen, Erwerb der Approbation, Erwerb der Berufserlaubnis) zeigte sich eine bevorzugte Nutzung der Mittelkategorie in drei von vier Fällen. Nur bei dem Erwerb der Berufserlaubnis zeigte sich ein anderes Bild hin zu wenig aufwendig. Von allen vier Kriterien gab es bei den Behördengängen die wenigsten fehlenden Werte, was das Bedürfnis zu Angaben betont. Außer bei dem Erwerb der Berufserlaubnis erfolgten zudem innerhalb der vier Kategorien die meisten Angaben bei ziemlich und sehr aufwendig. Der wohl meiste Unterstützungsbedarf konnte den Behördengängen zugeordnet werden. Dabei ist anzumerken, dass der Begriff sehr weitläufig gefasst ist und nicht differenziert, welche Behördengänge damit gemeint sind. Ungeachtet dessen findet sich auch hier die intensive Bedeutung dieses Aspektes der Zuwanderung wieder. Als am geringsten wurde der Unterstützungsbedarf bezüglich der Kinderbetreuung und den Kitaplätzen angegeben. Dies lässt jedoch keinerlei Aussagen darüber zu, ob es dabei auch am wenigsten Probleme bzw. die geringste Unterstützung gab. Denn aus dem Fragebogen und dessen Ergebnissen konnte und sollte nicht entnommen werden, wie viele Ärzte Kinder haben. Somit kann kein Verhältnis zwischen Kindern und der Unterstützung bei der Kinderbetreuung hergestellt und ausgewertet werden. In Analogie dazu zeigt sich bei dem Arbeitsplatz für den Partner ein ähnliches Bild. Denn auch hier wurde nicht nach einem Partner selbst, sondern nur nach dem Unterstützungsbedarf bei dem Arbeitsplatz für den Partner gefragt. Es wäre von daher bei zukünftigen Untersuchungen sinnvoll Items verschiedener Fragenkomplexe dahingehend zu generieren, dass sie sich bei der Auswertung gegenseitig komplettieren. Bezugnehmende auf die Differenzierung des Unterstützungsbedarfs durch den Arbeitgeber und die SLÄK zeigte sich wie bereits erwartet ein heterogenes Bild. Da die SLÄK für die Anerkennung von Abschlüssen zuständig ist, wurde auch hier der meiste Unterstützungsbedarf angegeben. Zudem wünschten sich viele Ärzte mehr Informationen und Transparenz zu den Abläufen der Zuwanderung und im weiteren Verlauf des Aufenthaltes. Fort- und Weiterbildungen sowie die Unterstützung bei der Wohnungssuche wurden ausschließlich dem Arbeitgeber zugeordnet. Bei den Angeboten und der inhaltlichen Gestaltung von Deutschkursen erfolgte die Verteilung der Verantwortung auf beide Parteien.

7.1.6 Beurteilung der Weiterbildung

Frage: Wie beurteilen ausländische Ärzte die Weiterbildung in Sachsen anhand diverser inhaltlicher und organisatorischer Kriterien?

Die Weiterbildung in Sachsen wurde durchweg positiv bewertet. Dabei standen das Verhältnis zu Weiterbildungsbefugten und die Unterstützung bei Entscheidungen an vorderster Stelle. Mit zusammengefasst 83 Angaben zu sehr gut und ziemlich gut wurde das Verhältnis unter Kollegen als am besten beurteilt. Darauf folgte die persönliche Lernerfahrung mit 81 Angaben zu sehr gut und ziemlich gut sowie keinerlei Angaben zu sehr schlecht. Da die persönliche Lernerfahrung auch immer etwas mit der Person selbst zu tun hat, verwundert das Fehlen einer sehr schlechten Bewertung nicht. Am wenigsten gut schnitt die Organisation der Weiterbildung mit acht Angaben sehr schlecht und zusammengefasst nur 63 Angaben zu sehr gut und ziemlich gut ab. Die Organisation der Weiterbildung ist aus Sicht der Beurteilung der Weiterbildungsqualität eines der wichtigsten Items. Dessen suboptimale Bewertung sollte von daher ernst genommen werden und zum Überdenken dessen anregen.

7.2 Methodendiskussion

Jedes Instrument der quantitativen oder qualitativen Forschung bietet Vorteile und weist zudem spezifische Grenzen auf. Bezogen auf die schriftliche beziehungsweise die postalische Befragung mittels Fragebögen sollen folgend einige Vertreter beider Ausprägungen beleuchtet werden. Gegenüber telefonischen oder persönlichen Befragungen sind Fragebögen vergleichsweise kostengünstig, da der Zeit- und Personalaufwand bei der Befragung selbst eher gering ausfällt. Trotzdem ist der finanzielle Aufwand nicht zu unterschätzen. So entstehen bei einer postalischen Befragung neben den Druckkosten auch Kosten für den Versand und nicht selten für den Rückversand. Denn um eine hohe Rücklaufquote zu erzielen, sollte die Rücksendung für die Teilnehmer möglichst kostenfrei sein und mittels beigelegtem unfreien Umschlag erfolgen. Bei Teilnehmerzahlen zwischen mehreren Hundert und ein paar Tausend Personen sind die anfallenden Kosten demzufolge nicht zu vernachlässigen. Trotz allem ist die schriftliche Befragung eine finanziell eher günstige Methode. Ein weiteres Vorteil des Fragebogens ist die Anzahl und die Streubreite der damit zu erreichenden Personen. Über den Postweg oder das

Internet können eine Vielzahl von Menschen in den verschiedensten Regionen des Landes erreicht werden. Auch die Bereitschaft offen zu antworten wird bei Fragebögen aufgrund der Anonymität weitaus höher eingeschätzt als bei Interviews oder vergleichbaren Methoden. Zudem haben die Probanden auf diesem Weg mehr Zeit für überlegte Antworten. Des Weiteren gibt es keine Interviewer, die möglicherweise gewollt oder ungewollt Einfluss auf das Antwortverhalten der Probanden nehmen können. Als nachteilig wird bei der schriftlichen Befragung die Unkontrollierbarkeit der Befragungssituation angesehen. Denn es kann nicht überprüft werden, ob der Inhalt von allen Teilnehmern verstanden wird und ob die Fragen so beantwortet werden, dass diese später auswertbar sind. Ebenfalls ist nicht ersichtlich, ob lediglich die Zielpersonen ihrer Aufgabe der Beantwortung nachgekommen sind oder ob Dritte daran beteiligt waren. Der womöglich größte Nachteil dieser Methode kann bei der meist geringen Rücklaufquote gesehen werden. Dieser Punkt kann wiederum einen negativen Einfluss auf die Repräsentativität der ausgewerteten Ergebnisse nehmen.⁷⁴ Da im Fragebogen diverse Antwortformate genutzt wurden, sollen folgend auch deren Vor- und Nachteile betrachtet werden. Dabei erfolgt eine Unterteilung in geschlossene, offene und halboffene Fragen. Die geschlossenen Fragen ermöglichen dem Probanden bei der Beantwortung zwischen bereits vorformulierten Antwortkategorien bzw. Abstufungen zu wählen. Beantwortungsdauer und -aufwand sind dabei eher gering. Zudem hält sich der Auswertungsaufwand aufgrund leicht vergleichbarer Antworten in Grenzen. Die Erstellung der Items und passender Antwortoptionen gestaltet sich jedoch umso aufwendiger. Zudem können durch die Vorgabe von möglichen Antworten bzw. Antwortabstufungen auch nur diese Ausprägungen erhoben und ausgewertet werden. Andere Meinungen oder Antworten finden dabei keinen Raum, was bei der Erstellung der Items und der dazugehörigen Antwortkategorien zu bedenken ist.⁷⁵ Unter offenen Fragen sind jene Items zu verstehen, bei deren Beantwortung die Probanden einen vorgegeben Platz nutzen, um ihre selbst formulierte Aussage zu verschriftlichen. Im Gegensatz zu den geschlossenen Fragen, können sich die Probanden bei diesem Format frei äußern und die Erstellung der Items gestaltet sich weniger komplex. Neben den Vorteilen dieses Formates

⁷⁴ Vgl. Häder (2006), S. 235 ff.

⁷⁵ Vgl. Diekmann (2006), S. 477 f.

sollten jedoch auch die dazugehörigen Nachteile betrachtet werden. So werden beispielsweise Personen, die mit der Formulierung von Aussagen Schwierigkeiten haben, diese Antwortform nur bedingt nutzen können oder wollen. Beziehungsweise schreiben sie nur das auf, wozu sie aufgrund ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Lage sind. Das kann wiederum den Verlust von notwendigen Informationen zur Folge haben. Des Weiteren ist die Auswertung dieser Items mit einigen Schwierigkeiten behaftet. Zum einen ist die Bereitschaft überhaupt auf offene Fragen zu antworten prinzipiell eher gering. Insofern überhaupt lesbar, gestaltet sich zum anderen die Eingabe der Antworten in die statistische Software sehr zeit- und arbeitsintensiv, da alle Informationen separat notiert und kategorisiert werden müssen. Alternativ dazu stellen die halboffenen Fragen ein Zusammenspiel aus den beiden bereits erwähnten Möglichkeiten dar. Dabei gibt es bereits vorgegebene Antwortkategorien und zusätzlich die Option etwas selbst zu formulieren. Sinnvoll erscheint dieses Format dann, wenn die zu erfragende Thematik sehr umfangreich ist und nicht alle möglichen Antwortkategorien genannt werden können. Da es sich dabei um die Mischform der vorangegangenen Formate handelt, zeigen sich hierbei auch deren Vor- und Nachteile.⁷⁶ Die Verwendung offener und halboffener Fragen wird sich resultierend aus den Erfahrungen dieser Arbeit bei zukünftigen Projekten in Grenzen halten und wenn möglich auf ein Minimum reduzieren.

Bezüglich der gewählten Merkmalsausprägungen der Antwortkategorisierung sollte ebenso eine kritische Betrachtung erfolgen. Als eher schwierig gestaltete sich die Differenzierung und die Interpretation von Angaben wie beispielsweise *eher nein* und *nein*, da die Grenzen zueinander schwimmend verlaufen. Die Ursache dafür liegt nicht zuletzt in dem Interpretationsspielraum des Befragten bezüglich der Intensität und Aussagekraft der jeweiligen Ausprägung. Im Gegensatz zu einer reinen Differenzierung zwischen *ja* und *nein* haben die Probanden zwar einen größeren Entscheidungsspielraum, doch überträgt sich eben dieser auch auf die Interpretation der Angaben. Infolgedessen wurden die Nennungen, die sich in die positive Richtung oder die negative Richtung bewegten häufig zusammengefasst interpretiert. Alternativ könnte eine Unterteilung in mehrere Merkmalsausprägungen erfolgen, die zur differenzierteren Betrachtungsweise.

⁷⁶ Vgl. Raab-Steiner/ Benesch (2010), S. 50 f.

Im Verlauf der Auswertung zeigten sich bei einigen Items Defizite, die an dieser Stelle thematisiert werden sollen. Das Item C2.1 erwies sich als nicht hinreichend präzise formuliert. Herauszufinden galt es, ob die Probanden bereits zuvor in einem anderen Bundesland tätig waren. Dies bezog sich auf die Bundesländer Deutschlands, was jedoch in der Frage nicht explizit erwähnt wurde. Infolgedessen gab es Nennungen von Bundesländern außerhalb Deutschlands (Österreich). Dieser Fehler übertrug sich auf das darauffolgende Item C2.2, bei dem das dazugehörige Bundesland genannt werden sollte. In Analogie dazu zeigte sich bei dem Item C3.1 und C3.2 eine gleichartige Problemstellung. Es wurde nach dem zukünftig angestrebten Bundesland des beruflichen Interesses gefragt, jedoch fehlte auch an dieser Stelle der Hinweis auf Deutschland. Bei dem Item D3.1 (offene Frage) war auffällig, dass die Antworten sehr dem Inhalt des Items D1 ähnelten. So wurde mehrfach angegeben, dass sich die Probanden mehr Unterstützung seitens des Arbeitgebers bei Behördengängen oder dem Arbeitsplatz für den Partner gewünscht hätten. Diese Ausprägungen konnten jedoch bereits unter D1.1 und D1.2 bewertet werden. Somit liegt die Vermutung nahe, dass die Antwort der Probanden in D3.1 durch die zuvor abgefragten Items beeinflusst wurde. Das Item F2.5, mit der Frage nach dem jeweiligen Facharztstitel, hätte den Vermerk beinhalten sollte, dass bei mehreren Facharztstiteln nur einer (z.B. der Erste) zu nennen sein sollte. Mehrfachnennungen an dieser Stelle führten zu Komplikationen bei der Eingabe und Auswertung der Daten.

Nachdem der Aufbau und die Auswertung der Fragebögen thematisiert wurden, soll nun auf die Durchführung der Befragung und die dazugehörigen Besonderheiten eingegangen werden. Bereits vor der eigentlichen Befragung erhielten ausgewählte Ärzte im Rahmen des Pretests einen Einblick in die Fragebögen. Die Organisation des Pretests schien schlüssig zu sein, wies jedoch in der Umsetzung einige Schwachstellen auf. Nicht alle teilnehmenden Ärzte erschienen gleichzeitig zum Beginn der Vorbefragung. Aus Zeitgründen mussten die zuvor eingetroffenen Ärzte jedoch bereits mit dem Ausfüllen beginnen. Die Nachzügler mussten aber ebenfalls eingewiesen werden, was die bereits schreibenden Ärzte akustisch zu beeinträchtigen schien. Darüber hinaus sollte nach dem Ausfüllen der Bögen eine Befragung der Ärzte hinsichtlich diverser Aspekte des Erhebungsinstrumentes erfolgen. Dies konnte jedoch nur teilweise stattfinden, da einige Ärzte ebenfalls aus Zeitgründen den Pretest vorzeitig verlassen mussten. Allerdings ist dabei

einzuräumen, dass der Pretest innerhalb kürzester Zeit organisiert wurde und die aufgeführten Aspekte möglicherweise diesem Punkt geschuldet sind. Zukünftig sollte sich daher möglichst frühzeitig um die reibungslose Organisation und den Ablauf gekümmert werden. Die Befragung selbst lief anschließend wie geplant. Lediglich die Rücklaufquote von 12,7% war nicht sehr zufriedenstellend. Recherchen haben jedoch ergeben, dass die Befragung von Ärzten nur selten deutlich höhere Rücklaufquoten zur Folge haben. Als ein gutes Beispiel dafür kann die Mitgliederbefragung des Marburger Bundes von 2010 gesehen werden, bei der es einen Anteil von etwa 15% zu verzeichnen gab.⁷⁷ Die Ursachen für die geringe Beteiligung können sehr unterschiedlich sein. Bezogen auf den Beruf der Ärzte, kann jedoch der Zeitmangel als wesentlicher Einflussfaktor gesehen werden. Bei zukünftigen Projekten sollte der Versuch gestartet werden, die Probanden bereits im Vorfeld über eine anstehende Befragung zu informieren. Zusätzlich könnte auf eine Art Erinnerungsschreiben zurückgegriffen werden, die den Teilnehmern nach einem bestimmten Befragungszeitraum zugestellt werden und zum Antworten animieren. Zuletzt ist auch Kritik am eigenen Handeln unumgänglich. Da der Umgang mit der Erstellung und Auswertung von Fragebögen nicht zu den eigenen Routinearbeiten gehört, besteht auch darin ein Verbesserungsbedarf, welcher durch kontinuierliches Arbeiten an weiteren Forschungsprojekten abgebaut werden soll.

⁷⁷ Marburger Bund (2010), S. 1

8 Ausblick

Bevor Aussagen über den weiteren Umgang mit den Ergebnissen getroffen werden können, sei noch einmal auf die womöglich begrenzte Aussagefähigkeit der Ergebnisse und Interpretationen verwiesen. Als Ursache dafür kann die Zusammensetzung der Nettostichprobe gesehen werden.

Im Verlauf der Diskussion dieser Arbeit erfolgten Anmerkungen zum Umgang mit Problemstellungen, die als Handlungsempfehlungen verstanden werden können. Diese gilt es nun aufzugreifen, separat zu konzeptualisieren und die passenden Zuständigkeiten festzustellen. Das Ausmaß des dabei betriebenen Aufwandes ist aktuell noch nicht abschätzbar, was dem explorativen Charakter dieser Arbeit zu Grunde liegt. Bevor endgültige Empfehlungen als Basis für Projekte und Maßnahmen getroffen werden können, wird weiterführende und vertiefende Forschung notwendig sein. Im Zuge der Arbeit präsentierten sich primär zwei Bereiche, bei denen dies von großer Bedeutung scheint. Zum einen wurden die Behördengänge bei der Zuwanderung und Arbeitsaufnahme in Sachsen mit Abstand als am aufwendigsten beurteilt. Da der Begriff jedoch sehr breit gefasst ist, wäre es sinnvoll zu überprüfen, ob damit Behördengänge im Einzelnen gemeint sind oder ob die Summe der zu erledigenden Wege dafür verantwortlich ist. Nach dessen Klärung könnte es sich als hilfreich erweisen, einen klar strukturierten Leitfaden zu entwickeln, der beschreibt, welche Behördengänge wann und wo und unter Einhaltung welcher Fristen zu erledigen sind. Zum anderen zogen die Sprachkenntnisse ein großes Forschungsinteresse nach sich, da die Einschätzungen des aktuellen und angestrebten Sprachniveaus nicht komplikationsfrei erfolgten. Zudem ergaben Recherchen, dass das Sprachniveau B2 möglicherweise nicht als Grundlage für die Arbeitsaufnahme eines ärztlichen Berufes in Sachsen zu reichen scheint. Im Zuge dessen könnten zukünftige Untersuchungen erneut auf die aktuellen Kenntnisse eingehen und zudem prüfen, welche Auswirkung die Anhebung des angeforderten Sprachniveaus auf die Zuwanderungsbereitschaft ausländischer Ärzte hätte. Zu diesem Zweck wäre eine Befragung der in Sachsen tätigen Mediziner sinnvoll, die sich auf die erneute Zuwanderungsbereitschaft mit höheren Anforderungen und der Meinung darüber bezieht. Im Allgemeinen zeigte die Arbeit ein positives Bild der ausländischen Ärzte und deren Meinungen ab. Dennoch besteht hinsichtlich der Integration ein kontinuierlicher Handlungsbedarf aller beteiligten Akteure.

9 Zusammenfassung

Der Fachkräftemangel in Sachsen betrifft zunehmend auch das Gesundheitssystem. Das hat unter anderem eine Unterversorgung an Ärzten zur Folge, was vor allem ländliche Regionen betrifft. Infolgedessen müssen immer mehr Praxen geschlossen werden. Zwei elementare Einflussfaktoren sind der demografische Wandel und ein Mismatch auf dem Arbeitsmarkt. Für die Deckung des Ärztebedarfs wird zunehmend auf die Unterstützung ausländischer Ärzte zurückgegriffen. Die Zuwanderung und Arbeitsaufnahme kann jedoch mit Komplikationen behaftet sein, die es zu wissen und zu minimieren gilt. Im Zuge dessen erfolgte eine Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer. Dabei galt es herauszufinden, welchen strukturellen und organisatorischen Eintrittsbarrieren ausländische Ärzte bei der Zuwanderung und Arbeitsaufnahme in Sachsen gegenüber stehen. Die übergeordnete Zielstellung wurde in fünf zu beantwortende Forschungsfragen unterteilt. Diese bezogen sich auf die Auf- und Annahme durch Patienten und Kollegen, die Kommunikation und das Sprachverständnis, Motivatoren bei der Zuwanderung, den bei der Zuwanderung empfundenen Aufwand und die Beurteilung der Weiterbildung in Sachsen. Zur Beantwortung dieser Fragen wurde eine Stichprobe (n= 1.159) der ausländischen Ärzte in Sachsen gebildet und postalisch befragt. Zu diesem Zweck kam ein eigens dafür entwickelter Fragebogen zum Einsatz. Es antworteten 147 Mediziner, was einer Rücklaufquote von 12,7% entspricht. Die Ärzte fühlten sich überwiegend gut von ihren Patienten und Kollegen aufgenommen und angenommen. Es zeigte sich zudem ein stark signifikanter ($p < 0,01$) Zusammenhang zwischen der Auf- und Annahme durch Kollegen und Patienten und dem Wunsch erneut nach Sachsen wechseln zu wollen. Die Ärzte möchten sich überwiegend gern sprachlich weiterbilden, jedoch werden Alternativen zu den herkömmlichen Sprachkursen gefordert. Der Hauptbeweggrund für die Zuwanderung liegt in der Weiterbildung. Finanzielle Aspekte standen nach der Auslandserfahrung erst an dritter Stelle. Der Aufwand durch die zu erledigenden Behördengänge kristallisierte sich als die größte Barriere heraus. Weiterbildungen wurden durchweg positiv beurteilt. Lediglich die Organisation dieser stand unter Kritik. Die Integration ausländischer Ärzte in Sachsen befindet sich auf einem guten Weg. Aus den vorliegenden Ergebnissen wird jedoch der bestehende Handlungsbedarf deutlich.

Literaturverzeichnis

Anmerkung:

Die in der vorliegenden Bachelorthesis angewandte Zitierweise sowie Formate und Beschriftung von Tabellen und Abbildungen folgten den Vorgaben des Buches:

Ebster/Claus, Stalzer/Lieselotte (2008): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 3. überarbeitete Auflage, Wien.

Verwendete Literatur:

Anerkennung in Deutschland (o. J.): Berufliche Anerkennung, URL: http://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/arzt_aerztin.php, Stand: 16.07.2013.

Anerkennung in Deutschland (o. J.): EU- Anerkennungsrichtlinie, URL: http://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/eu_erkennung_richtlinie.php, Stand: 16.07.2013.

Ärzte für Sachsen (o. J.): 7.000 Hausärzte weniger bis 2020, URL: <http://www.aerzte-fuer-sachsen.de/2010/09/06/7-000-hausaerzte-weniger/>, Stand: 19.08.2013.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Die Entwicklung des Arbeits- und Ausbildungsmarktes 2013, URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/>, Stand: 19.07.2013.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Perspektive 2025: Fachkräfte für Deutschland, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Vorrangprüfung für Ärzte und Ingenieure aus Drittstaaten entfällt, URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_565936/Dienststellen/besondere-Dst/ZAV/startseite-aktuelles-2.html, Stand: 16.07.2013.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011): Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland, Nürnberg.

Bundesärztekammer (2008): Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.6097.6113>, Stand: 19.08.2013.

- Bundesinstitut für Berufsbildung (2013): Fragen zum Fachkräftemangel in Deutschland, URL: <http://www.bibb.de/de/56363.htm#jump1>, Stand: 18.07.2013.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2013): Bevölkerungsentwicklung 2013, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen, URL: <http://www.bmbf.de/de/15644.php>, Stand: 16.07.2013.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012): Perspektive MINT- Berufe: Förderung von Technik und Naturwissenschaft, URL: <http://www.bmbf.de/de/mint-foerderung.php>, Stand: 18.07.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung in Deutschland, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv - versorgungsstrukturgesetz/fakten-aerzteversorgung.html>, Stand: 18.07.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): GKV-Versorgungsstrukturgesetz, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkvversorgungsstrukturgesetz/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>, Stand: 19.08.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2004): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, Hamburg.
- Bühl, Achim (2010): PASW 18 - Einführung in die moderne Datenanalyse, 12. Aktualisierte Auflage, München.
- Charta der Vielfalt (2011): Diversity Management, URL: <http://www.charta-dervielfalt.de/diversity/diversity-management.html>, Stand: 27.08.2012
- Demografie-Portal des Bundes und der Länder (o.J.): Handlungskonzept Daseinsvorsorge, URL: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Fakten/DE/Konzepte/Bund/Handlungskonzept_Neue_Laender.html, Stand: 24.04.2013.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2011): Daseinsvorsorge im demografischen Wandel zukunftsfähig gestalten, Berlin.
- Deutsche Post (o. J.): Brieflaufzeiten, URL:http://www.deutschepost.de/dpag?tab=1&skin=hi&check=yes&lang=de_DE&xmlFile=link1022896_1022864, Stand: 03.07.2013.
- Die Bundesregierung (2011): Gemeinsame Erklärung zur Sicherung der Fachkräftebasis in Deutschland, Berlin.

- Diekmann, Andreas (2006): Empirische Sozialforschung, 16. Auflage, Reinbeck.
- Ebster/Claus, Stalzer/Lieselotte (2008): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 3. überarbeitete Auflage, Wien.
- Farhan, Nabeel (2013): Ausländische Ärzte in deutschen Kliniken, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Nr. 15, S. 741-742.
- Häder, Michael (2006): Empirische Sozialforschung- Eine Einführung, Wiesbaden.
- Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main (o. J.): Arbeitnehmerfreizügigkeit, Dienstleistungsfreiheit und EU- Osterweiterung, URL: <http://www.frankfurt-main.ihk.de/recht/themen/arbeitsrecht/arbeitnehmerfreizuegigkeit/>, Stand: 17.07.2013.
- Kettner, Anja (2011): Zur Abgrenzung der Begriffe Arbeitskräftemangel, Fachkräftemangel und Fachkräfteengpässe und zu möglichen betrieblichen Gegenstrategien, Nürnberg.
- Kolodziej, Daniela (2011): Fachkräftemangel in Deutschland - Statistiken, Studien und Strategien, Berlin.
- Kopetsch, Thomas (2008): Das Ausland lockt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Nr. 14, S. 716-719.
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus, 5. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin
- Laatz, Wilfried (1993): Empirische Methoden, Thun und Frankfurt am Main.
- Marburger Bund (2010): Mitgliederbefragung zur beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte, Berlin.
- Raab-Steiner, Elisabeth/ Benesch, Michael (2010): Der Fragebogen, 3. Auflage, Wien.
- Sächsische Landesärztekammer (o. J.): Anerkennung Berufserlaubnis, URL: http://www.slaek.de/de/01/auslaendischeaerzte/Anerkennung_Approbation.php, Stand: 16.07.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2013): Arztzahlen in Sachsen 2012, URL: <http://www.slaek.de/de/04/pressemitteilungen/2013/024-Arztzahlen.php>, Stand: 24.04.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2012): Ärzte in Sachsen, URL: Quelle: <http://www.slaek.de/de/04/publikationen/statistik.php>, Stand: 25.06.2013.

- Sächsische Landesärztekammer (2012): Ärztinnen und Ärzte nach Altersgruppen, URL: <http://www.slaek.de/de/05/statistik/172010100000211956.php>; Stand: 25.06.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2012): Ausländische Ärzte in Sachsen 2012, URL: http://www.slaek.de/de/05/statistik/ausl_aerzte.php, Stand: 25.06.2013
- Sächsische Landesärztekammer (o.J.): Die Geschichte der Sächsischen Landesärztekammer, URL: <http://www.slaek.de/de/05/geschichte.php>, Stand: 25.06.2013
- Sächsische Landesärztekammer (o. J.): Die Sächsische Landesärztekammer, URL: <http://www.slaek.de/de/05/aufgaben/index1.php>, Stand: 04.07.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2012): Gesamtzahl der ausländischen Ärzte in Sachsen nach Ländern 2012, URL: <https://www.slaek.de/de/04/pressemitteilungen/2013/024-Arztzahlen.php>, Stand: 18.07.2012.
- Sächsische Landesärztekammer (2013): Köhler/ Knut, Anzahl, Tätigkeitsverteilung und Einsatzort ausländischer Ärzte in Sachsen, E-Mail vom 04.06.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2013): Landesärztekammer und Ausländer-Beauftragter des Freistaates loben Beitrag ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Sachsen, URL: <http://www.slaek.de/de/04/pressemitteilungen/2013/008-Auslaenderbeauftragter.php>, Stand: 20.08.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (2008): Leitbild der Sächsischen Landesärztekammer, URL: https://www.slaek.de/media/dokumente/Leitbild_2012.pdf, Stand: 04.07.2013.
- Sächsische Landesärztekammer (o. J.): Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, Stationär - Ambulant, URL: http://www.slaek.de/de/05/statistik/aerzte_taet_gruppen.php, Stand: 25.07.2013.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012): Sächsisches Zuwanderungs- und Integrationskonzept, Dresden.
- Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2013): Trainings-, Beratungs- und Planungsangebote im Gesundheitsbereich in Sachsen, Dresden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Ab in die Schweiz- Ärzte im Wanderfieber, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/BildungForschungKultur/2010_04/2010_04Aerzte.html, Stand: 19.08.2013.

Statistisches Bundesamt (2011): Bruttomonatsverdienst in der EU, URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/183571/tab/4/umfrage/bruttomonatsverdienst-in-der-eu/>, Stand: 20.08.2008.

Weiß, Christel (2010): Basiswissen Medizinische Statistik, 5. Auflage, Heidelberg.

Willkommen in Sachsen (o. J.): Zuwanderungs- und Integrationskonzept, URL: <http://www.willkommen.sachsen.de/24463.htm>, Stand: 19.07.2013.

Verwendete Gesetze:

Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO), Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) geändert worden ist

Aufenthaltsgesetz (AufenthG), vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juni 2013 (BGBl. I S. 1555) geändert worden ist.

Beschäftigungsverordnung (BeschV), vom 6. Juni 2013 (BGBl. I S. 1499).

Bundesärzteordnung (BÄO), vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4c des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist.

Anhang

Anhang A

Anschreiben

(Umfang: 1 Seite)

Anhang B

Fragebogen

(Umfang: 4 Seiten)

Anhang C

Kodierplan

(Umfang: 9 Seiten)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Sören Melzer, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind infolgedessen kenntlich gemacht. Die Arbeit war zudem in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer anderen Studien- oder Prüfungsleistung. Die Rechte an dieser Bachelorarbeit liegen alleinig bei dem Verfasser. Somit sind jegliche Formen der Duplizierung sowie die Verbreitung in Teilen oder im Ganzen grundsätzlich untersagt und nur mit Genehmigung des Verfassers möglich.

Chemnitz, 29. August 2013

.....

Sören Melzer