

Aus der Praxis für Innere Medizin und medizinisch-wissenschaftliche  
Sachverständigengutachten

Vorstand: Prof. Dr.med. Dr.med. habil. Ursula Gresser

**Welchen Beitrag können in Polen ausgebildete Ärzte  
zur Behebung des Ärztemangels in Deutschland leisten?**

**Vergleich von Medizinstudium und Facharztweiterbildung in  
Deutschland und Polen unter exemplarischer Darstellung von  
Innerer Medizin, Allgemeinmedizin und Anästhesie.**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Monika Kolodziej

aus

Gummersbach

Jahr

2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Dr.med. habil. Ursula Gresser
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Martin Fischer
Dekan:	Prof. Dr. med. dent Reinhard Hickel
Tag der mündlichen Prüfung:	26.07.2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Ziele der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>5</b>
2.1	Aufbau der Arbeit .....	5
<b>3</b>	<b>Material und Methode.....</b>	<b>6</b>
3.1	Datenmaterial.....	6
3.2	Umfrage .....	6
3.2.1	Erhebungsinstrument.....	7
3.2.2	Teilnehmerauswahl .....	8
3.2.3	Ablauf.....	8
<b>4</b>	<b>Die ärztliche Versorgung in Deutschland.....</b>	<b>9</b>
4.1	Ärztmangel in Deutschland.....	9
4.2	Arztzahlen in Deutschland.....	10
4.2.1	Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur .....	10
4.2.2	Entwicklung der Ärztezahl pro Einwohner .....	10
4.2.3	Entwicklung der Ärztinnenzahl.....	11
4.2.4	Entwicklung der Altersstruktur und Studienanfängerzahl .....	11
4.3	Maßnahmen gegen Ärztemangel .....	12
4.4	Zuwanderung ausländischer Fachkräfte .....	13
4.4.1	Die rechtlichen Grundlagen der beruflichen Anerkennung .....	13
4.4.1.1	EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG.....	14
4.4.1.2	Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen.....	15
4.4.1.3	Certificate of good standing .....	15
4.4.1.4	Sprachanforderung.....	16
4.5	Voraussetzung um als polnischer Arzt in Deutschland arbeiten zu können.....	16
4.6	Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Deutschland .....	17
4.6.1	Entwicklung der Anzahl polnischer Ärzte in Deutschland .....	19

<b>5 Die ärztliche Versorgung in Polen.....</b>	<b>21</b>
5.1 Die Entwicklung der Ärztezahlen in Polen .....	21
5.1.1 Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur .....	21
5.1.2 Entwicklung der Ärztezahl pro Einwohner .....	22
5.1.3 Die Entwicklung der Ärztinnenzahl.....	22
5.1.4 Die Entwicklung der Altersstruktur und Studienanfängerzahl .....	23
5.1.5 Abwanderungszahlen der Mediziner aus Polen .....	25
5.2 Auswanderung polnischer Ärzte.....	26
5.2.1 Netzwerke polnischstämmiger Personen .....	27
5.2.2 Polen als Auswanderungsland.....	28
5.2.3 Sprachkenntnisse der polnischen Bevölkerung-Deutsch als Fremdsprache .....	29
5.2.4 Die soziale Integration polnischer Auswanderer .....	30
5.3 Maßnahmen der polnischen Regierung gegen Ärztemangel und Abwanderung.....	31
5.4 Das Gesundheitssystem .....	32
5.4.1 Korruption .....	32
<b>6 Die ärztliche und fachärztliche Ausbildung in Deutschland und Polen .....</b>	<b>33</b>
6.1 Gesetzliche Grundlagen - Anforderungen an die ärztliche Grundausbildung und die fachärztliche Weiterbildungen nach der EU- Richtlinie 2005/36/EG .....	33
6.2 Die ärztliche Ausbildung in Deutschland .....	37
6.2.1 Rechtliche Grundlagen des Arztberufes in Deutschland.....	37
6.2.2 Die universitäre Ausbildung.....	38
6.2.2.1 Zugangsvoraussetzung .....	38
6.2.2.2 Aufbau und Inhalte des Medizinstudiums .....	39
6.2.3 Die Facharztausbildung.....	40
6.3 Die ärztliche Ausbildung in Polen .....	41
6.3.1 Die universitäre Ausbildung.....	41
6.3.1.1 Die rechtliche Grundlage des Medizinstudiums.....	41
6.3.1.2 Aufbau und Inhalte des Studiums.....	41
6.3.1.3 Die medizinischen Universitäten.....	44

6.3.1.4	Zugangsvoraussetzungen.....	46
6.3.2	Facharztausbildung.....	47
6.3.2.1	Rechtliche Grundlagen der polnischen ärztlichen Weiterbildung .....	47
6.3.2.2	Aufbau der polnischen Weiterbildungsordnung des CMKP .....	48
6.4	Exemplarischer Vergleich der ärztlichen Weiterbildungen in Deutschland und in Polen am Beispiel der Anästhesiologie, der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.....	51
6.4.1	Anästhesiologie .....	52
6.4.2	Innere Medizin .....	55
6.4.3	Allgemeinmedizin .....	59
6.5	Ergebnisse des Vergleichs der Ausbildungssysteme .....	62
6.6	Voraussetzung um als Arzt mit deutscher Ausbildung in Polen arbeiten zu können – Welche Probleme kämen bei einer Wanderungsbewegung von West nach Ost auf? .....	65
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Umfrage bei Ärzten mit polnischem Examen die in Deutschland tätig sind.....</b>	<b>66</b>
7.1	Auswertung der Befragung.....	66
7.2	Teilnehmer der Befragung .....	66
7.3	Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland .....	67
7.4	Anerkennung und Integration am Arbeitsplatz.....	69
7.5	Sprach- und Fachniveau .....	69
7.6	Zufriedenheit, Arbeitsbedingungen, Zukunftspläne .....	72
<b>8</b>	<b>Ergebnisse der Umfrage bei Studenten und Ärzten polnischer Universitäten ..</b>	<b>75</b>
8.1	Meinung zu einer Arbeitsaufnahme in Deutschland .....	75
8.2	Entscheidungskriterien, Beweggründe .....	77
8.3	Sprachqualifikationen .....	78
8.4	Berufsperspektiven in Polen .....	79
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>80</b>
9.1	Vergleich der Bildungssysteme in Deutschland und Polen.....	80

---

9.2 Quantitativer Ausgleich des Ärztemangels durch Ärzte mit polnischem Examen .....	81
9.2.1 Diskussion der Methodenauswahl.....	81
9.3 Diskussion der Umfrageergebnisse .....	82
9.3.1 Interesse an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland .....	82
9.3.2 Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland.....	83
9.3.3 Anerkennung und Integration am Arbeitsplatz .....	84
9.3.4 Sprachkompetenzen polnischer Ärzte .....	84
9.3.5 Dauer der Arbeitsmigration.....	86
9.4 Europäische Standards für die ärztliche Ausbildung.....	86
<b>10 Zusammenfassung .....</b>	<b>91</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>94</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>104</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>105</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>106</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>108</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>120</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>121</b>

# 1 Einleitung

„Der Fachkräftemangel im Gesundheitssystem ist keine Prognose mehr, sondern längst Realität in deutschen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Praxen“ (BAEK 2014d). In Deutschland ist das Thema Ärztemangel ein fester Bestandteil der öffentlichen Debatte, da es in vielen Regionen an niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie an Ärzten in Krankenhäusern mangelt.

Die Gründe für die aktuell ansteigenden Zahlen offener Stellen sind vielfältig. Rasanter medizinischer Fortschritt, demographischer Wandel resultierend in einer alternden Gesellschaft und ein reger Trend zur Teilzeitarbeit bei Ärzten führen zu einem steigenden Ärztebedarf (BAEK 2014d).

Der medizinisch-technologische Fortschritt ermöglicht ein größeres Leistungsangebot und führt zu einem Anstieg der Behandlungszahlen, so dass zwangsläufig ein höherer Ärztebedarf induziert wird (Kopetsch 2010). Die wachsende Anzahl der Spezialisierungen durch die wissenschaftliche Entwicklung erfordert mehr Personal (BAEK 2014d).

Der demographische Wandel nimmt einen großen Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowie auf die Behandlungsintensität. In einer alternden Gesellschaft steigt der Bedarf an ärztlicher Versorgung und damit auch die Anzahl an benötigten Ärzten (Kopetsch 2010). Ebenso hat die demographische Entwicklung Einfluss auf die Ärzteschaft, sodass sich die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die Altersgruppen weiter zu den höheren Altersgruppen verschoben hat (BAEK 2014b). Diese Entwicklung führt zu einer hohen Anzahl aus Altersgründen ausscheidender Ärzte.

Die Feminisierung des Arztberufes bringt eine Verringerung der angebotenen Arbeitszeit je Arzt mit sich. Ärztinnen arbeiten im Durchschnitt weniger als ihre männlichen Kollegen, was nur mit einer steigenden Anzahl an Ärzten kompensiert werden kann (Kopetsch 2010). Zeitgleich misst die nachwachsende Ärztegeneration, sowohl Frauen wie Männer, Familienleben und Freizeit einen höheren Stellenwert zu und entscheidet sich häufiger für Teilzeitarbeit (BAEK 2014d).

Wesentlich wird der Ärztemangel durch die Emigration deutscher Ärzte sowie die Immigration ausländischer Ärzte beeinflusst. Es lässt sich beobachten, dass sich die Ärz-

tewanderung innerhalb Europas von Ost nach West vollzieht (Maier et al. 2011). Allgemein kann man sagen, dass die Ärzte in Länder ziehen, in denen der Lebensstandard, die beruflichen Rahmenbedingungen sowie das ärztliche Honorar besser sind als in ihren Heimatländern (Maier et al. 2011).

Die zunehmende Abwanderung von Ärzten ins Ausland verschlechtert die medizinische Versorgungssituation deutlich. Zwischen 2007 und 2012 sind knapp 17.000 Ärzte aus Deutschland ausgewandert (Deutsches Ärzteblatt 2014). Beliebte Auswanderungsländer sind Schweiz, Österreich und USA. Die Zahl der Abwanderungen von ursprünglich in Deutschland tätigen Ärzten ist 2014 leicht gesunken und beträgt 2364 (BAEK 2015). Von den abgewanderten Ärzten sind 60,5 Prozent deutscher Staatsangehörigkeit (BAEK 2015).

Seit vielen Jahren ist in Deutschland eine ansteigende Zuwanderung ausländischer Ärzte zu verzeichnen. Die Zahl der berufstätigen ausländischen Ärzte in Deutschland ist in den letzten zehn Jahren von 14.173 (2003) auf 34.706 (2014) gestiegen, somit sind rund ein Zehntel der berufstätigen Ärzte in Deutschland ausländischer Herkunft (BAEK 2015). Der größte Anteil gemeldeter ausländischer Ärzte, d.h. 73 Prozent kommt aus den europäischen Staaten, insbesondere aus Rumänien, Griechenland, Österreich und Polen (BAEK 2014b). Betrachtet man diese Zahlen, ist eine Abhängigkeit des deutschen Gesundheitssystems von der Immigration ausländischer Ärzte, insbesondere aus den osteuropäischen Ländern, zu erkennen. Ohne diese Zuwanderung wäre die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung vor allem in Krankenhäusern nur unzureichend möglich (Kopetsch 2010, Henke 2013, Hibbeler 2013).

Immigration ausländischer Ärzte kann eine Möglichkeit sein, den Fachkräftemangel teilweise einzudämmen. In Deutschland werden die Menschen auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau versorgt (Osterloh 2014). Um dieses Niveau weiterhin zu garantieren, müssen die zuwandernden Ärzte gewisse Voraussetzungen erfüllen. Ausländische Fachkräfte sind nicht immer aufgrund von Sprachdefiziten in der Lage, eine qualifizierte Versorgung zu gewährleisten (Schmidt und Gresser 2014, Henke 2013). Als Grundvoraussetzung um den überdurchschnittlichen Standard im deutschen Gesundheitssystem zu halten, muss sowohl ein hohes Sprachniveau als auch eine zum hiesigen Standard vergleichbare Ausbildung gegeben sein. Für einen Berufszugang in Deutsch-



land war in vielen Bundesländern das allgemeine Sprachniveau B2 erforderlich, das für den klinischen Alltag als unzureichend eingestuft und seit 2014 durch das Fachsprachniveau C1 ergänzt wurde (Henke 2013, Hibbeler 2013, Schmidt und Gresser 2014, GMK 2014). Innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz wird die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung sowie den Facharzt durch die Richtlinie 2005/36/EG geregelt (EU-RL 2005). Seit Anwendung dieser Richtlinie am 20. Oktober 2007 ist eine automatische Anerkennung nach Antragstellung und damit die Erteilung der Approbation möglich, was zu einer Erleichterung des Berufszugangs innerhalb Europas geführt hat. Seitdem sind über 14.000 berufstätige Ärzte nach Deutschland immigriert (BAEK 2014b). Am 1. April 2012 ist das Anerkennungsgesetz des Bundes „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ in Kraft getreten, das die Kriterien und das Verfahren für beruflichen Anerkennung unabhängig von der Staatsangehörigkeit vereinfacht und zu einer Sicherung der Fachkräfte und einer besseren Arbeitsmarktintegration in Deutschland führen soll (BMBF 2014). Dieses Gesetz hat den Berufszugang von ausländischen Arbeitern erheblich erleichtert. Seit Inkrafttreten bis zum 31. Dezember 2012 wurden knapp 7500 ausländische Berufsqualifikationen anerkannt, davon waren circa 70 Prozent ärztliche Diplome (Destatis 2013).

Polen als unser größtes Nachbarland gehört zu den Ländern, aus denen die größte Anzahl ausländischer Ärzte nach Deutschland immigriert (BAEK 2014b, BMBF 2014). Für das Jahr 2014 waren 1936 polnische Ärzte in Deutschland zu verzeichnen, mit einer Steigerung zum Vorjahr um 6 Prozent (BAEK 2015). Nur die Anzahl der Ärzte aus Griechenland, Österreich und Rumänien war vergleichsweise größer (BAEK 2015). Von den in Deutschland berufstätigen polnischen Ärzten war der größte Anteil mit rund 70 Prozent an Krankenhäusern angestellt (BAEK 2015). Für polnische Ärzte stellt Deutschland ein attraktives und beliebtes Zielland dar (Krajewski-Siuda et al. 2012). Gründe für die Auswanderung nach Deutschland sind nicht nur wirtschaftliche Faktoren, sondern auch die geografische Nähe zur Heimat. Strukturelle Schwierigkeiten im unterfinanzierten Gesundheitssystem, schlechte Arbeitsbedingungen sowie unterdurchschnittliche Löhne im eigenen Land sind ausschlaggebende Gründe für die Auswanderung polnischer Ärzte (Kolodziejska et al. 2012). Für junge Ärzte die vor der Facharztausbildung stehen sind mangelnde Möglichkeiten zur Weiterbildung im eigenen Land

Gründe zur Auswanderung. Aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen sind die Weiterbildungsstellen zum Facharzt in Polen begrenzt, so dass junge Ärzte oftmals keine Anstellung in der präferierten Fachrichtung bekommen und sich für eine Weiterbildung im Ausland entscheiden (Krajewski-Siuda et al. 2012). In Deutschland finden polnische Ärzte leichter eine passende Arbeitsstelle und entscheiden sich hier für eine Facharztausbildung (Kolodziejska et al. 2012).

In der gesamten Europäischen Union besteht ein reger Austausch von Ärzten und somit medizinischer Dienstleistung. Die Mindestanforderungen der EU an die ärztliche Ausbildung wurden erstmals 1975 in der Koordinierungsrichtlinie 75/362 festgestellt und bis zum heutigen Tag nicht überarbeitet, lediglich in aktuelle Richtlinien übernommen (EWG 1975). Bei den Mindestanforderungen handelt es sich um grobe Rahmenbedingungen der medizinischen Ausbildung ohne inhaltliche Details oder zu erwerbende Fähigkeiten (EU-RL 2005). Aufgrund der Richtlinie kann nicht pauschal von einer Gleichwertigkeit der medizinischen Ausbildung der EU-Länder ausgegangen werden. Auch existiert kein Vergleich der medizinischen Ausbildung der europäischen Länder. Es stellt sich die Frage, ob ausländische Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung dem deutschen Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung gerecht werden können.

## 2 Ziele der vorliegenden Arbeit

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob polnische Mediziner geeignet sind, die ärztliche Unterversorgung in Deutschland sowohl quantitativ als auch qualitativ auszugleichen. In der vorliegenden Arbeit wurden die ärztlichen Ausbildungssysteme zwischen Deutschland und Polen unter besonderer Berücksichtigung der universitären Ausbildung und Inhalte der Facharztweiterbildung gegenübergestellt und verglichen. Es sollte festgestellt werden, ob eine qualitative Vergleichbarkeit der medizinischen Ausbildung besteht. Zusätzlich wurden die Arztzahlenentwicklungen in Deutschland und in Polen untersucht, um die Versorgungssituation in den beiden Ländern beurteilen zu können.

### 2.1 Aufbau der Arbeit

Um einen detaillierten Überblick über die ärztliche Versorgungssituation in Deutschland und in Polen zu erhalten, werden zunächst in *Kapitel 4 und 5* die Arztzahlenentwicklungen der beiden Länder dargestellt. Die Gesamtzahl, die Altersstruktur, die Ärztinnenzahl, die Anzahl der Studienanfänger und -absolventen wie auch die Abwanderungszahlen stellen die Entwicklungsprozesse der medizinischen Versorgung in Deutschland und Polen dar und geben Aufschluss über das Potential für die Abwerbung polnischer Mediziner für das deutsche Gesundheitssystem. Es soll festgestellt werden, ob der polnische Arbeitsmarkt eine ausreichende Anzahl an ärztlichem Personal vorweist, um die Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem partiell zu beseitigen. In *Kapitel 6* werden das Medizinstudium und die Facharztweiterbildung in Deutschland und in Polen unter Berücksichtigung der europäischen Richtlinie verglichen. Es wird untersucht, ob die polnische ärztliche Ausbildung dem qualitativ hohen Niveau der deutschen Ausbildung gerecht wird. Um das Bild der Ärzte mit polnischem Examen im deutschen Gesundheitssystem zu vervollständigen, werden in *Kapitel 7 und 8* die Umfrageergebnisse dargestellt. *Kapitel 9* beinhaltet die Diskussion der Ergebnisse und in *Kapitel 10* folgt eine kurze Zusammenfassung dieser Arbeit.

## 3 Material und Methode

### 3.1 Datenmaterial

Zum Vergleich der ärztlichen Ausbildungssysteme in Deutschland und Polen wurde zur Datenerhebung eine Literaturrecherche im Internet zu dem genannten Thema durchgeführt. Durchsucht wurden die Datenbanken Pub Med, Medpilot, google scholar. Zur Vervollständigung wurde eine Recherche mit der Suchmaschinen Google durchgeführt. Gezielt wurde auf der Website des polnischen Gesundheitsministeriums „Ministerstwo Zdrowia“ (<http://www.mz.gov.pl/>) und des polnischen Bildungsministerium „Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyszego“ (<http://www.nauka.gov.pl/>) recherchiert.

Die Suchbegriffe lauten:

- Ärztemangel, polnische Ärzte, Zuwanderung, Medizinstudium, Facharztausbildung, Gesundheitssystem, Zuwanderung
- Poland, healthcare system, medical education, emigration of polish professionals, polish physicians,
- Studia medyczne, specjalizacja lekarska, polskie lekarze w Niemczech, emigracja, brak lekarzy,

Ein besonderes Augenmerk richtete ich auf Gesetzestexte und Verordnungen über die ärztliche Grundausbildung und Facharztausbildung sowie statistische Jahrbücher über die ärztliche Versorgung. Die Literaturverzeichnisse der gesammelten Texte wurden auf relevantes Material durchsucht.

### 3.2 Umfrage

Um der Frage nachzugehen, ob Ärzte mit polnischem Examen im deutschen Gesundheitswesen arbeiten wollen und den Ärztemangel qualitativ und quantitativ decken können, wurden Ärzte mit polnischem Examen im Rahmen zweier Umfragen befragt. Die erste Befragung richtete sich an Ärzte mit polnischem Examen die bereits in Deutschland arbeiten. Die zweite Befragung war an Studenten polnischer Universitäten oder

Ärzte mit polnischem Examen, die nicht oder noch nicht in Deutschland arbeiten, gerichtet.

### **Befragungsgruppe 1:**

An die in Deutschland arbeitenden Ärzte wurden 31 Fragen zu den Themen gestellt (siehe Anhang):

1. Beweggründe für Arbeitsaufnahme in Deutschland
2. Anerkennung / Integration am Arbeitsplatz
3. Sprache / Sprachprobleme
4. Zufriedenheit / Arbeitsbedingungen / Zukunftspläne
5. Empfehlung an junge Ärzte in Polen

### **Befragungsgruppe 2:**

Forschungsgegenstand war es zu ermitteln, wie groß das Interesse von Ärzten und Studenten polnischer Universitäten an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland ist. Es wurden 19 Fragen gestellt zu den Themenbereichen (siehe Anhang):

1. Bestehendes Interesse an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland? Wurden konkrete Maßnahmen zur Arbeitsaufnahme eingeleitet? Für welchen Zeitraum würden Sie in Deutschland arbeiten?
2. Entscheidungskriterien, Beweggründe für die Arbeitsmigration
3. Kenntnisse der deutschen Sprache

#### **3.2.1 Erhebungsinstrument**

Mit dem Umfrageportal *www.soscisurvey.de* wurden die Befragungen entwickelt und online durchgeführt. Mit Hilfe dieser Webseite ist es möglich, für wissenschaftliche Forschungen kostenlos und schnell Befragungen zu entwickeln und Daten zu erheben. Über einen Umfragelink konnte der Teilnehmer die Umfrage unkompliziert starten und durchführen. Die Befragungen wurden in deutscher wie in polnischer Sprachversion entwickelt, um Verständnisprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse zu vermeiden. Der Teilnehmer konnte bei Öffnen des Links entscheiden, welche Sprachversion ausge-

führt werden soll. Um etwaige Verständnisprobleme der Fragen und qualitative Mängel der Befragung zu vermeiden sowie valide Daten zu erhalten, wurden Pretests vor Beginn der Befragung durchgeführt. Bei den Fragen handelte es sich um Entscheidungsfragen zwischen Ja/Nein oder Fragen mit Antwortvorschlägen und zusätzlicher Freitextoption. Bei zwei Fragen je Umfrage wurden Skalen als Antwortmöglichkeit benutzt. Bei allen Fragen wurde benannt, ob eine oder mehrere Antworten ausgewählt werden können.

### **3.2.2 Teilnehmerauswahl**

Um eine große Anzahl in Deutschland arbeitender Ärzte mit polnischem Examen zu erreichen, wurde die „*Polnische medizinische Gesellschaft in Deutschland e.V.*“ kontaktiert und um Zusammenarbeit gebeten. Der Umfragelink sollte über eine Emailliste dieser Gesellschaft an zahlreiche polnische Ärzte verschickt werden. Zusätzlich wurde die Umfrage auf der Facebookseite „*Polscy lekarze w Niemczech*“ (*Polnische Ärzte in Deutschland*) veröffentlicht. Es handelt sich dabei um eine Gruppe polnischer Ärzte in Deutschland mit 212 Mitgliedern.

Die zweite Zielgruppe wurde über die Fachschaft der medizinischen Universitäten Posen und Lodz zur Umfrage eingeladen.

### **3.2.3 Ablauf**

Im Anschreiben der Umfrage und nochmals auf der Startseite der Umfrage wurden die Teilnehmer über das Thema der Befragung und die Zielgruppe informiert, sowie auf eine rein wissenschaftliche Nutzung der Daten und eine anonyme Datenspeicherung hingewiesen. Die Erhebung der Daten wurde im Januar 2015 gestartet und dauerte drei Monate bis Ende März 2015 an. Im wöchentlichen Rhythmus wurden die Teilnehmer auf die Umfrage hingewiesen um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten, da bei Online-Umfragen in der Regel mit einer vergleichsweise geringen Rücklaufquote zu rechnen ist (Batinić 2003).

## 4 Die ärztliche Versorgung in Deutschland

### 4.1 Ärztemangel in Deutschland

Trotz moderat ansteigender Zahlen der berufstätigen Ärzte im Jahr 2014 um 2,2 Prozent auf 365.242 kann man in Deutschland einen Ärztemangel verzeichnen (BAEK 2015). Dieser Mangel macht sich in fehlenden Fachärzten in vielen Regionen Deutschlands sowie in Stellenbesetzungsproblemen an Kliniken und Krankenhäusern bundesweit bemerkbar (BAEK 2014d). Speziell bei den Hausärzten sowie den grundversorgenden Fachärzten sind quantitative Mängel zu verzeichnen (BAEK 2014c).

Gründe für das Paradoxon sind:

1. Durch die wissenschaftliche Entwicklung und den daraus resultierenden medizinischen Fortschritt entstehen zunehmend mehr Behandlungsmöglichkeiten und damit auch Behandlungsnotwendigkeiten.
2. Die durch die demographische Entwicklung älter werdende Bevölkerung ist behandlungsintensiver.
3. Wegen der demographischen Entwicklung der Ärzteschaft ist eine große Anzahl an aus dem Beruf aussteigenden Ärzten in den kommenden Jahren zu erwarten.
4. Der hohe Stellenwert der Work-Life-Balance unter Ärztinnen und Ärzten führt häufiger als in der Vergangenheit zu der Entscheidung für eine Teilzeitarbeit. Insgesamt reduziert sich die Arbeitszeit bei Ärzten.
5. Zunehmend mehr Frauen ergreifen den Arztberuf, weshalb man von einer Feminisierung des Arztberufes spricht. Derzeit sind 45 Prozent der Ärzte weiblich. Frauen fallen häufiger als Männer aus dem Beruf aus, aufgrund der Familienplanung und der damit verbundenen Teilzeitarbeit.
6. Immer häufiger entscheiden sich Ärzte für eine Arbeitsaufnahme im Ausland.

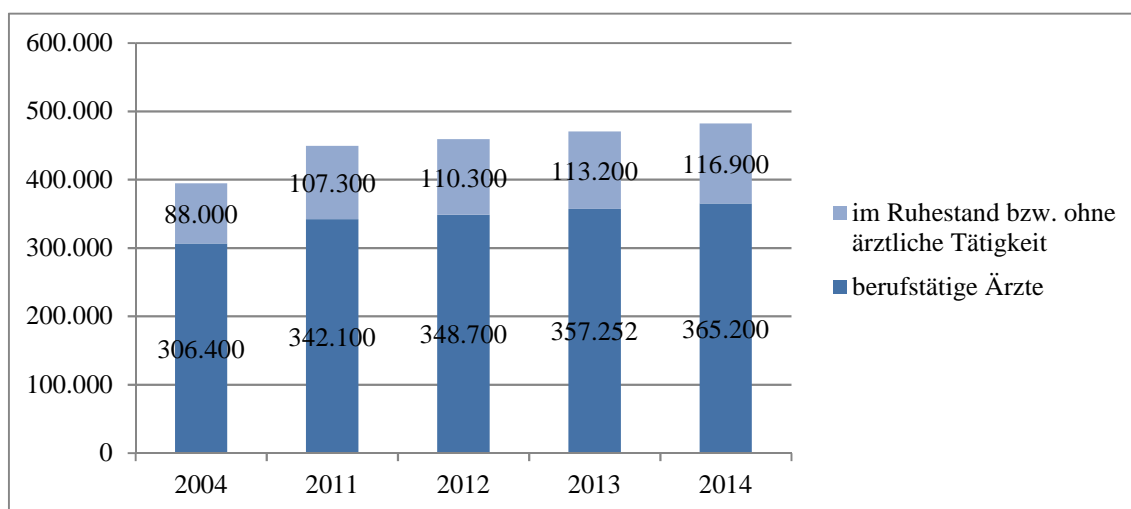
Zusammenfassend ist zu sagen, dass es zu einer steigenden Behandlungsintensität der Bevölkerung bei gleichzeitiger Verringerung der Arbeitsstunden pro Arzt gekommen ist und diese Entwicklung in den kommenden Jahren weiter voranschreitet kann.

## 4.2 Arztzahlen in Deutschland

Die Bundesärztekammer veröffentlicht jährlich die Ärztestatistik im Rahmen ihres Tätigkeitsberichts, in der die aktuellen Entwicklungen des ärztlichen Personals dargestellt werden. Nachfolgend werden diese Entwicklungen genauer betrachtet.

### 4.2.1 Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur

Im Jahr 2014 waren 481 Tausend Ärzte bei den Ärztekammern gemeldet, wovon 116 Tausend Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit waren oder sich im Ruhestand befanden (BAEK 2015). Von den berufstätigen Ärzten waren 40 Prozent ambulant und 50 Prozent stationär tätig (BAEK 2015). Die weiteren 10 Prozent verteilten sich auf Behörden oder Körperschaften (9,8 Tausend) oder nicht kurative Bereiche (21,2 Tausend) (BAEK 2015). Wie in Abbildung 1 zu erkennen ist wächst die Anzahl der gemeldeten Ärzte stetig an.



**Abbildung 1:** Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland (BAEK 2005, BAEK 2012, BAEK 2013b, BAEK 2014b, BAEK 2015)

### 4.2.2 Entwicklung der Ärztezahl pro Einwohner

Im Jahr 2012 kamen in Deutschland auf 4 Ärzte 1000 Einwohner. Der Durchschnitt der 34 Länder der Internationalen Organisation „*Organisation for Economic Co-operation and Development*“ (OECD) lag im selben Jahr bei 3,2 Ärzten je 1000 Einwohner und Deutschland damit auf Platz 5 im Ranking der 34 OECD Länder (OECD 2014a).



Die Arztdichte, Einwohner je berufstätiger Arzt, variiert stark in den jeweiligen Bundesländern zwischen 151 in Hamburg und 276 in Brandenburg (BAEK 2014b). In den Städten ist allgemein die Arztdichte höher als in ländlichen Gebieten.

#### **4.2.3 Entwicklung der Ärztinnenzahl**

Die Entwicklung der Ärztinnenzahl stellt einen wesentlichen Parameter in der Beurteilung der Ärztestruktur dar. Man spricht in Deutschland von einem generellen Trend zur Feminisierung des Arztberufes, da die Ärztinnenzahl eine steigende Tendenz aufweist. Im Jahr 2013 und 2014 sind 45 Prozent aller berufstätigen Ärzte weiblich, seit 1991 hat sich dieser Anteil um 34 Prozent erhöht, der damals bei rund einem Drittel aller Berufstätigen lag (BAEK 2014d, BAEK 2015). Diese Entwicklung begründet sich darin, dass mehr Frauen als Männer das Medizinstudium beginnen. Circa 62 Prozent der Studienanfänger sind weiblich (Destatis 2015b).

#### **4.2.4 Entwicklung der Altersstruktur und Studienanfängerzahl**

Die Altersstruktur der Ärzteschaft befindet sich im Wandel und unterliegt der demographischen Entwicklung ebenso wie die Altersverteilung der gesamten Gesellschaft. Die Verteilung der Ärzteschaft auf die Altersgruppen verschiebt sich zunehmend hin zu den hohen Altersjahrgängen, so dass das Durchschnittsalter der Ärzte deutlich zunimmt. Lag 1993 das Durchschnittsalter der Vertragsärzte bei gut 47 Jahren, liegt es 20 Jahre später bei 53 Jahren (BAEK 2015). Der Anteil über 59-jähriger Ärzte stieg gegenüber dem Vorjahr um 1,1 Prozentpunkte und liegt bei 15,6 Prozent, so kann man in den kommenden Jahren mit einem altersbedingten Ausscheiden jedes fünften Arztes rechnen (BAEK 2014b). Die Anzahl der unter 35-jährigen Ärzte hat auch ein geringeres Wachstum um 0,3 Prozentpunkte zu verzeichnen und liegt bei 18,3 Prozent (BAEK 2014b, BAEK 2015). Der Anteil der Ärzte dieser Altersgruppe lag 1993 bei knapp 27 Prozent, verkleinerte sich dann und erreichte das niedrigste Niveau 2003. Seitdem steigt die Anzahl der jungen Ärzte wieder an. Grund für den Anstieg sind die wachsenden Zahlen der Studienanfänger und der Studienabsolventen. Die Zahl der Studienanfänger wuchs vom Wintersemester 2004/05 bis zum Wintersemester 2013/14 von 8352 auf 9558 Studenten (Destatis 2015b). Ausschlaggebend für die medizinische Versorgung ist

die Zahl der Studienabsolventen, denn nur die Absolventen stehen dem Gesundheitswesen als Arbeitskraft tatsächlich zur Verfügung. Die Zahl der Studienabsolventen stieg ebenfalls an, zu beachten ist jedoch, dass nicht alle Absolventen tatsächlich in den kurativen Dienst eintreten, sondern ein gewisser Anteil sich gegen eine klinische Tätigkeit entscheidet oder auswandert und der Patientenversorgung verloren geht. Zwischen 2003 und 2008 gingen 12 % der Absolventen im Fach Humanmedizin der medizinischen Versorgung verloren (Kopetsch 2010, 43). In den Jahren 2007 bis 2011 lag der durchschnittliche Verlust bei 15,9 % (Schmidt und Gresser 2014).

Zusammenfassend betrachtet, ist ein Anstieg der Anteile der unter 35 und über 50 jährigen Ärzte zu erkennen, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl der Ärzte mittleren Alters.

### **4.3 Maßnahmen gegen Ärztemangel**

Ein zentraler Punkt im Kampf gegen den Ärztemangel ist die Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen für Ärzte in deutschen Kliniken und Praxen, so dass die Anzahl der kurativ tätigen Ärzte ansteigt (BAEK 2014d). Hierzu gehören eine verbesserte Vergütung, sowie eine Steigerung der Anerkennung der ärztlichen Leistung. Desweiteren bedarf es einer Anpassung an die Bedürfnisse der jetzigen Generation, für die eine ausgeglichene Work-Life-Balance im Vordergrund steht. Hierzu sind ein Abbau von Überstunden und Diensten, flexible Arbeitszeitregelungen die familienkompatibel sind, sowie eine gute Kinderbetreuung notwendig (BAEK 2014d).

Ein wichtiger Schritt gegen den Fachkräftemangel, insbesondere im medizinischen Sektor war der Beschluss zum Anerkennungsgesetz. Ziel des Anerkennungsgesetzes war, ausländischen Fachkräften den Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern um langfristig den Fachkräftebedarf zu sichern. Auf das Anerkennungsgesetz wird in Kapitel 4.4.1.2 näher eingegangen.

Das Bundeskabinett hat am 17. Dezember 2014 das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen (BMG 2014b). Ziel ist die flächendeckende medizinische Versorgung im gesamten Bundesgebiet auch in der Zukunft zu sichern. Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems

sollen die Qualität der Versorgung stärken und weiterentwickeln (BMG 2014a). Eine dieser Maßnahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes II, die direkt die Ausbildung der Ärzte betrifft, soll den Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere den Mangel an Allgemeinmedizinern entgegenzuwirken, indem die Anzahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5000 auf 7500 erhöht wird (BMG 2014b). Durch finanzielle Anreize wie einer Lohnanpassung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung auf das Niveau der Tarifverträge in Krankenhäusern sollen sich mehr Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden (BMG 2014b).

Die Notwendigkeit solch einer Förderung der ärztlichen Weiterbildung besteht auch in anderen Facharzttrichtungen, wird jedoch in diesem Gesetzentwurf nicht beachtet.

Ein zentraler Punkt im Kampf gegen den Ärztemangel ist eine Reform des Medizinstudiums, um die Studienplatzanzahl in der Humanmedizin zu erhöhen, damit eine ausreichende Anzahl an Ärzten für die Patientenversorgung ausgebildet werden kann (BAEK 2014c). Zudem sollen an allen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden um gerade im ambulanten Bereich eine gesicherte Patientenversorgung gewährleisten zu können (BAEK 2014c).

## **4.4 Zuwanderung ausländischer Fachkräfte**

Zu den formalen Voraussetzungen um in Deutschland als Arzt arbeiten zu können gehören im Wesentlichen der Ausbildungsnachweis über die erlangte Berufsqualifikation im Heimatland, die Unbedenklichkeitsbescheinigung oder „Certificate of good standing“ und ein Nachweis über die erforderlichen Sprachkenntnisse (BAMF 2011). Zunächst werden diese Voraussetzungen ausführlich beschrieben. Eine detaillierte Übersicht der geforderten Unterlagen differenziert nach Bundesländern ist beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erhältlich (BAMF 2011, 36-46)

### **4.4.1 Die rechtlichen Grundlagen der beruflichen Anerkennung**

Der Arztberuf gehört in Deutschland zu den reglementierten Berufen. *„Reglementierte Berufe sind berufliche Tätigkeiten, deren Aufnahme oder Ausübung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist;*

*eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über bestimmte Berufsqualifikationen verfügen.“ (BQFG 2011, § 3 Absatz 5)*

Um als Arzt mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation in Deutschland arbeiten oder die Berufsbezeichnung führen zu können, bedarf es der Anerkennung durch eine Gleichwertigkeitsprüfung des im Ausland erworbenen Berufsabschlusses (BiBB 2015, BMBF 2014). Voraussetzung für die Tätigkeit als Arzt in Deutschland ist die staatliche Zulassung, die Approbation oder eine Berufserlaubnis. Die Approbation ist eine uneingeschränkte Berufszulassung und deren Erteilung wird durch § 3 der Bundesärzteordnung und § 39 Approbationsordnung geregelt (ÄApprO 2002, BÄO 2014). Die Berufserlaubnis wird nur zeitlich begrenzt für maximal zwei Jahre für das jeweilige Bundesland ausgestellt und wird von Antragstellern beantragt, die die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation nicht erfüllen.

Die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen wird durch die Richtlinie 2005/36/EG und das Anerkennungsgesetz geregelt. Im weiteren Verlauf wird im Einzelnen auf diese beiden genannten Dokumente eingegangen.

#### **4.4.1.1 EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG**

Ziel der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen innerhalb der EU und des EWR ist es, die Flexibilität der Arbeitsmärkte zu erhöhen und die automatische Anerkennung von Qualifikationen zu erleichtern, so dass Staatsangehörige der EU und des EWR im gesamten Gebiet freien Zugang zum Arbeitsmarkt haben (EU-RL 2005, BMBF 2014, 22). Seit dem 1.11.2011 gilt diese Richtlinie ebenfalls für die Schweiz. Die Richtlinie regelt die berufliche Anerkennung der reglementierten Berufe (BMBF 2012, 11). Die jeweiligen Berufsabschlüsse dieser Länder werden grundsätzlich als gleichwertig angesehen und ermöglichen Berufsangehörigen Arbeitnehmerfreizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit. Bei wesentlichen Unterschieden der Berufsqualifikation können durch Ausgleichsmaßnahmen wie Prüfungen und Lehrgängen die fehlenden Qualifikationen nachgewiesen werden (EU-RL 2005, BMBF 2014, 22).

#### **4.4.1.2 Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen**

Das Anerkennungsgesetz nimmt im Wesentlichen den Regelungsansatz der EU-Richtlinie auf und erweitert die Vorgaben auf Drittstaatenangehörige (BMBF 2012, 11). Inhalt dieses am 1. April 2012 in Kraft getretenen Anerkennungsgesetzes ist die Erleichterung und Vereinheitlichung der Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (BMBF 2014, 20). Ziel ist es, Menschen mit ausländischen Qualifikationen einen schnellen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt zu verschaffen, um so den Fachkräftebedarf auf dem Arbeitsmarkt zu sichern (BMBF 2014, 6). Durch das Anerkennungsgesetz wird ein Rechtsanspruch auf eine Gleichwertigkeitsprüfung unabhängig von der Staatsangehörigkeit geschaffen (BMBF 2014, 22).

In der Praxis bedeutet das, dass für Ärzte mit Berufsqualifikationen aus der EU/EWR und der Schweiz das Verfahren der automatischen Anerkennung nach der Richtlinie 2005/36/EG gilt und sie somit die Approbation automatisch erhalten, sofern die Berufsausbildung nach EU-Beitritt begonnen wurde (EU-RL 2005). Ist dies nicht der Fall, ist eine Bescheinigung der Gesundheitsbehörde des Herkunftslandes notwendig, dass die Berufsqualifikation dem Mindeststandard der EU-Richtlinie entspricht. Ärzte die nicht aus dem EU/EWR Raum oder der Schweiz kommen, können die Approbation nach erfolgreicher Gleichwertigkeitsprüfung erhalten, sofern die weiteren nach Approbationsordnung geforderten Voraussetzungen bestehen. Kann die Gleichwertigkeit der Abschlüsse nicht festgestellt werden, besteht die Möglichkeit in Prüfungen (Kenntnisstand-/Defizitprüfungen) die Gleichwertigkeit nachzuweisen (BAMF 2011, 57). Es werden in Deutschland vielfältige Anpassungsqualifizierungen für ausländische Ärzte angeboten, die diesen Ärzten das erforderliche Wissen vermitteln und sie auf diese Prüfungen vorbereiten (BMBF 2012, 66-73).

#### **4.4.1.3 Certificate of good standing**

Mit der Unbedenklichkeitsbescheinigung wird die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs nachgewiesen, wenn nicht berufsrechtliche oder disziplinarrechtliche Maßnahmen gegen den Antragsteller vorliegen oder eingeleitet worden sind (Bezirksregierung Düsseldorf 2015).

#### 4.4.1.4 Sprachanforderung

Um eine Approbation oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs zu erhalten, müssen nach § 3 und § 10 der BÄO die zur Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache nachgewiesen werden (BÄO 2014). Ärzte müssen ein allgemeines Sprachniveau B2<sup>1</sup> nach dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen (GER) sowie „*Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1*“<sup>2</sup> nachweisen (GMK 2014). Als Nachweis gilt die Vorlage einer Bescheinigung über den erfolgreich abgelegten Sprachtest an einer von den jeweiligen Ländern festgelegten Behörde oder Kammer (GMK 2014). Bei dem Sprachtest handelt es sich um eine einheitliche Sprachprüfung auf C1-Niveau, die in der Anlage TOP 7.3 zum GMK-Beschluss 2014 geregelt ist (GMK 2014).

### 4.5 Voraussetzung um als polnischer Arzt in Deutschland arbeiten zu können

Die Voraussetzungen für die automatische Anerkennung der ärztlichen Grundausbildung sowie der Facharztausbildungen sind in Anhang V der EU-Richtlinie genannt (EU-RL 2005). Für Polen gilt, dass die Ausbildung nach dem 1. Mai 2004 begonnen wurde Artikel 24/25 Anhang V der EU-Richtlinie. Der Ausbildungsnachweis für die ärztliche Grundausbildung in Polen ist das Abschlussdiplom des Studiums mit dem Titel „Arzt“ ausgestellt durch eine Akademia Medyczna (Medizinische Akademie), eine Uniwersytet Medyczny (Medizinische Universität) oder das Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (Fachbereich Medizin der Universität in Krakau) (EU-RL

---

<sup>1</sup> „B2 – Selbständige Sprachverwendung: Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.“ (GER 2015)

<sup>2</sup> „C1 – Fachkundige Sprachkenntnisse: Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.“ (GER 2015)

2005). Zusätzlich muss das Lekarski Egzamin Koncowy (LEK), das Abschlussexamen, bestanden worden sein.

Die zuständigen Behörden zur Ausstellung der nach EU-Richtlinie 2005/36/EG geforderten Ausbildungsnachweise zur Anerkennung der Berufsqualifikation sowie der Unbedenklichkeitsbescheinigungen sind in Polen die Ärztekammern (NIL 2015a). Es wird unterschieden zwischen den Bezirksärztekammern (Okregowa Izba Lekarska-ORL) und der Hauptärztekammern (Naczelna Izba Lekarska-NRL).

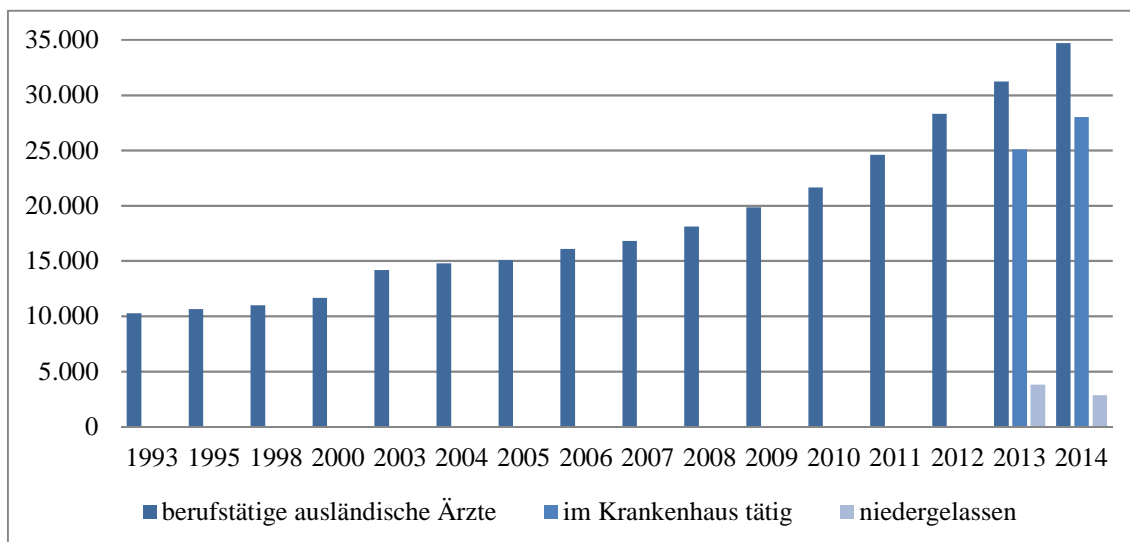
Für Ärzte mit Berufszulassung sind die Bezirksärztekammern zuständig (NIL 2015a). Die wesentlichen hier ausgestellten Bescheinigungen sind 1. Ausbildungsnachweis über die Gleichwertigkeit der Ausbildung nach Artikel 24 der Richtlinie 2005/36/EG 2. Nachweis über eine dreijährige ärztliche Tätigkeit in den letzten fünf Jahren 3. Nachweis über eine Ausbildung zum Facharzt nach Artikel 25 der Richtlinie 2005/36/EG 4. Unbedenklichkeitsbescheinigung (OIL 2014).

Ärzten ohne Berufszulassung, das heißt Universitätsabsolventen polnischer Hochschulen ohne abgeleistetes Praktikum, müssen sich an die Hauptärztekammer wenden (NIL 2015a). Die NRL stellt Bescheinigungen nach Artikel 24 der Richtlinie 2005/36/EG über die ärztliche Grundausbildung aus sowie die Unbedenklichkeitsbescheinigung „Certificate of good standing“.

#### **4.6 Entwicklung der Anzahl ausländischer Ärzte in Deutschland**

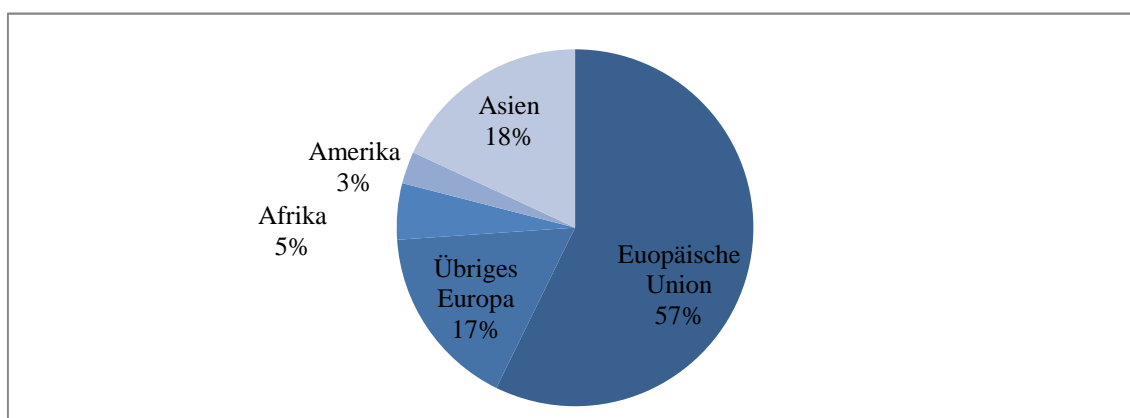
Die Zahl der in Deutschland lebenden ausländischen Ärzte steigt stetig an. Im Jahr 2013 waren 35.893 und im Jahr 2014 bereits 39.661 ausländische Ärzte in Deutschland gemeldet (BAEK 2015, BAEK 2014b). 34.706 ausländische Ärzte waren im Jahr 2014 in Deutschland berufstätig (BAEK 2015). Dies entspricht einer Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärzte zum Vorjahr um 11 Prozent (BAEK 2015). Von rund 365.200 berufstätigen Ärzten in Deutschland sind somit derzeit 9,5 Prozent ausländischer Herkunft (BAEK 2015). Der größte Anteil der ausländischen Ärzte mit 80 Prozent (28.025 Ärzte) arbeitet im stationären Bereich, 12 Prozent (3832 Personen) der ausländischen Ärzte sind niedergelassen tätig (BAEK 2015). Die übrigen ausländischen Ärzte (2849) sind sonstig ärztlich tätig (BAEK 2015). Im Jahr 2014 sind von den insgesamt 186.300 stati-

onär tätigen Ärzten knapp 16 Prozent ausländischer Herkunft. Betrachtet man die dargestellten Zahlen, erkennt man die Bedeutung der ausländischen Ärzte in Hinblick auf die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung insbesondere im stationären Bereich.



**Abbildung 2:** Entwicklung der Anzahl berufstätiger ausländischer Ärzte (BAEK 2014b, BAEK 2015)

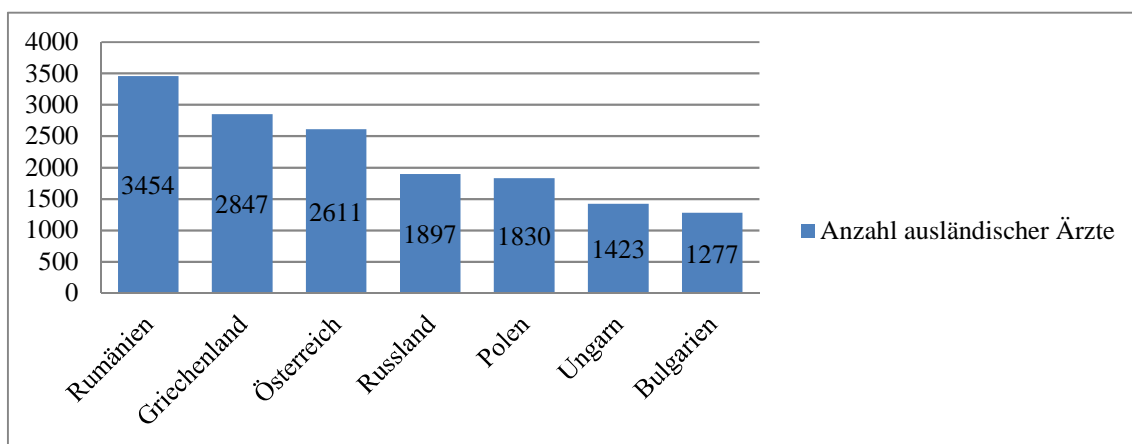
Von insgesamt 3768 zugewanderten Ärzten wurde der größte Zuwachs von Ärzten im Jahr 2014 aus den europäischen Staaten mit 1692 Ärzten verzeichnet (BAEK 2015). Das entspricht der Gesamtentwicklung, denn über 73 Prozent aller ausländischen Ärzte in Deutschland stammen aus Europa (siehe Abbildung 3) (BAEK 2014b).



**Abbildung 3:** Herkunft der ausländischen Ärzte in Deutschland 2013 (BAEK 2014)



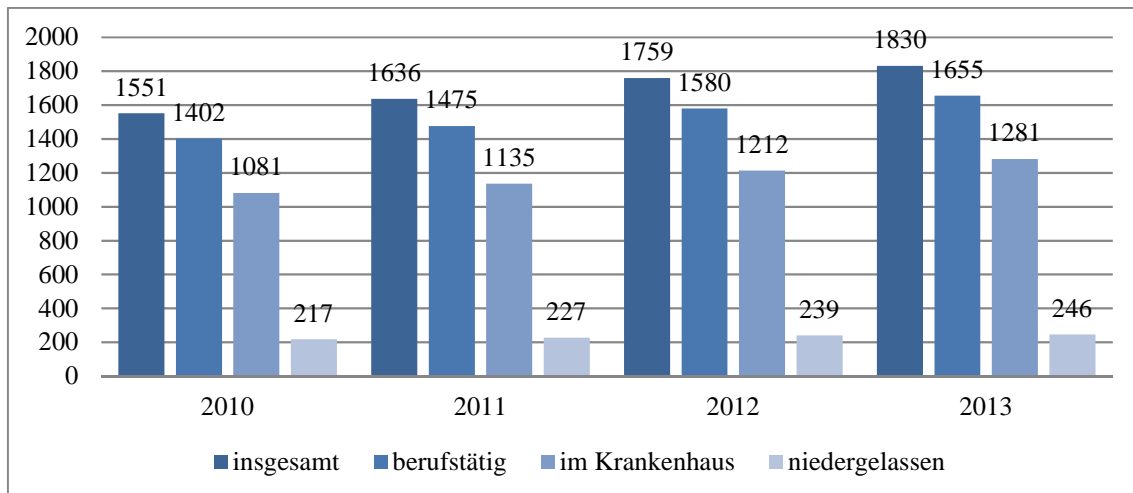
Bis 2013 erfolgte die Zuwanderung vor allem aus Griechenland, Österreich und den osteuropäischen Ländern, insbesondere aus Rumänien, Russland und Polen. Die Herkunft des Zustroms hat sich 2014 verändert und war insbesondere aus Rumänien, Syrien, Ägypten, Ungarn und Griechenland zu verzeichnen. Diese Entwicklung deckt sich mit den Migrationsströmen aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen der Herkunftsländer. Insgesamt kommt die größte Zahl ausländischer Ärzte 2014 nach wie vor aus Rumänien (3.857), Griechenland (3.011) und Österreich (2.695), gefolgt von Polen (1.936) (BAEK 2015).



**Abbildung 4:** Herkunftsländer der ausländischen Ärzte am 31.12.2013 nach Häufigkeit (BAEK 2014)

#### 4.6.1 Entwicklung der Anzahl polnischer Ärzte in Deutschland

Im Jahr 2014 lebten in Deutschland 1936 Ärzte aus Polen, davon arbeiteten 1344 Ärzte an Krankenhäusern, 254 waren niedergelassen tätig, die übrigen Personen waren ohne ärztliche Tätigkeit oder sonstig ärztlich tätig (BAEK 2015). Verglichen an der Gesamtzahl ausländischer Ärzte waren rund 5 Prozent polnischer Herkunft.



**Abbildung 5:** Anzahl der polnischen Ärzte in Deutschland 2010-2013  
(BAEK 2011b, BAEK 2012, BAEK 2013b, BAEK 2014b)

Die Zuwachsraten zum Vorjahr der berufstätigen polnischen Ärzte lagen 2010 bei 3 Prozent, 2011 bei 5,2 Prozent, 2012 bei 7,1 Prozent, 2013 bei 5 Prozent und 2014 bei 6,2 Prozent (BAEK 2014b, BAEK 2013b, BAEK 2012, BAEK 2011b, BAEK 2015). Somit ist ein stetiges Wachstum der Anzahl der polnischen Ärzte auch zehn Jahre nach EU-Eintritt erkennbar. Der größte Anteil der polnischen Ärzte arbeitet im stationären Bereich. Dies spiegelt die allgemeine Situation wieder, da 80 Prozent aller berufstätigen ausländischen Ärzte ihren Einsatzbereich in Krankenhäusern finden (BAEK 2014b).

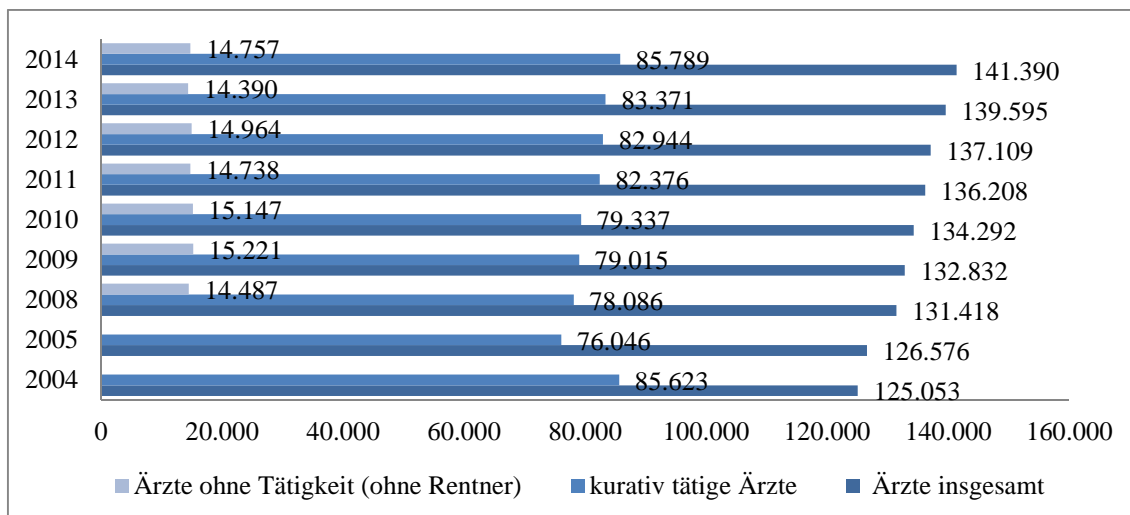
## 5 Die ärztliche Versorgung in Polen

### 5.1 Die Entwicklung der Ärztezahlen in Polen

Das „*Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*“ (CSIOZ) (Informationszentrum des Gesundheitswesens) bringt jährlich den „*Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*“ (Statistik des Gesundheitsministeriums) heraus. Es handelt sich um Statistiken des polnischen Gesundheitsministeriums über Daten des Gesundheitswesens. Im Wesentlichen werden Daten über die Gesundheit der Bevölkerung, Personalsituation im Gesundheitssektor, Krankenhäuser und deren Finanzen dargestellt. Im Folgenden wird die Struktur der Ärzteschaft auf Basis der Daten des CSIOZ und der polnischen Ärztekammern untersucht.

#### 5.1.1 Entwicklung der Gesamtzahl und der Ärztestruktur

Im Januar 2015 ist eine Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Polen von 141.390 zu verzeichnen, wovon 90 Prozent berufstätig sind (CSIOZ 2015). Insgesamt ist seit 2004 ein Zuwachs aller Ärzte von knapp 13 Prozent zu erkennen. Von den berufstätigen Ärzten sind lediglich 85.789 in der Patientenversorgung tätig, dies entspricht 60 Prozent der Gesamtärztezahl (CSIOZ 2015, 36). 68.654 Fachärzte sind kurativ tätig (CSIOZ 2015, 50). Man beachte den Rückgang der berufstätigen Ärzte zwischen 2004 und 2005, der durch die Abwanderung der Ärzte nach Polens EU-Beitritt hervorgerufen wurde (siehe Abbildung 6).



**Abbildung 6:** Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Polen 2004-2014 (CSIOZ 2006, CSIOZ 2009, CSIOZ 2011, CSIOZ 2012, CSIOZ 2013, CSIOZ 2014, CSIOZ 2015)

### 5.1.2 Entwicklung der Ärztezah pro Einwohner

Das Verhältnis der Summe aller zugelassenen Ärzte pro 1000 Einwohner liegt im Jahr 2014 bei 3,67 (CSIOZ 2015, 20). Die Anzahl der kurativ tätigen Ärzte pro 1000 Einwohner ist wesentlich geringer und beträgt im Jahr 2014 2,23 (CSIOZ 2015, 36), die Zahl der kurativ tätigen Fachärzte liegt bei 1,78 (CSIOZ 2015, 50). Im Vergleich dazu kommen in Deutschland im Jahr 2012 auf 1000 Patienten 4,0 behandelnde Ärzte (OECD 2014a).

Der Durchschnitt der Ärzte pro 1000 Einwohner in den 34 Ländern der OECD liegt bei 3,2 (OECD 2014a). Es muss beachtet werden, dass diese Betrachtung nur auf der Basis von Personen erfolgt und Kriterien wie Alters- und Beschäftigungsstruktur nicht einbezogen werden. Die Anzahl der kurativ tätigen Ärzte pro 1000 Einwohner in Polen variiert stark in den 16 verschiedenen Regierungsbezirken zwischen 2,49 (Mazowieckie) und 1,44 (Wielkopolskie) und steigt stetig seit 2005 (CSIOZ 2014, 40).

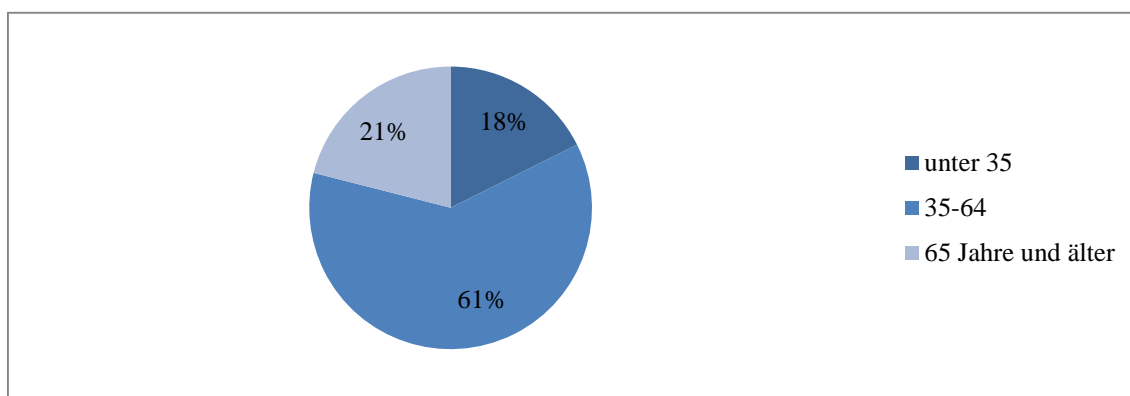
### 5.1.3 Die Entwicklung der Ärztinnenzahl

Im Jahr 2014 sind 81.646 aller Ärzte weiblich (CSIOZ 2015, 27). Dies entspricht einem Anteil von 58 Prozent der Gesamtärztezahl. Bei den kurativ tätigen Ärzten stellt sich

das ähnlich dar mit einem Frauenanteil von 57 Prozent (CSIOZ 2015, 36). Der prozentuale Ärztinnenanteil hat sich in den letzten 10 Jahren nicht wesentlich verändert und lag 2004 bei 55 Prozent der kurativ tätigen Ärzte (CSIOZ 2006). Die Verteilung des Arztberufes auf Geschlechter ist somit konstant mit einem geringen Überschuss an Ärztinnen. Im Verhältnis praktizieren in Polen im Vergleich zu Deutschland mehr Frauen.

#### 5.1.4 Die Entwicklung der Altersstruktur und Studienanfängerzahl

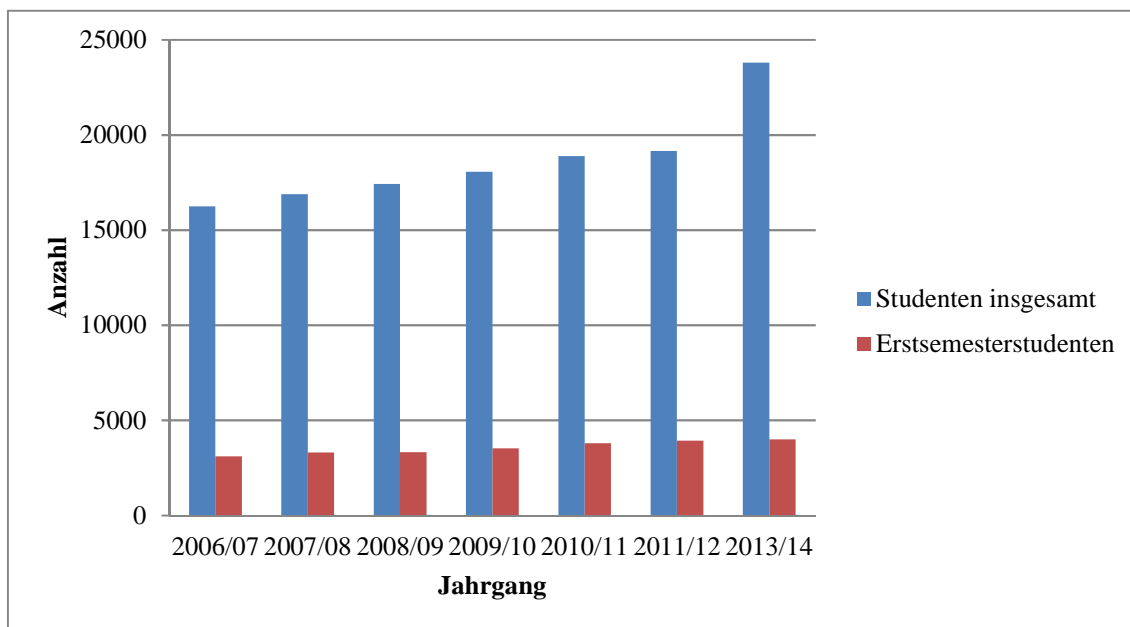
Es ist eine sich verändernde Altersstruktur der Ärzte zu beobachten. Der größte Anteil der Ärzteschaft ist zwischen 35 und 64 Jahre alt und ist seit 2008 bis 2013 von 65 auf 61 Prozent gesunken. Gleichzeitig erhöhte sich der Anteil der über 65 jährigen zugelassenen Ärzte von 19 auf 21 Prozent (CSIOZ 2009, 16, CSIOZ 2014, 27). Der Anteil der unter 35 jährigen Ärzte stieg im Zeitraum von 2008 bis 2013 von 16 auf 18 Prozent der Gesamtärztezahl (CSIOZ 2009, 16, CMKP 2014a, 27).



*Abbildung 7: Altersverteilung aller zugelassener Ärzte in Polen im Jahr 2013 (CSIOZ 2014, 27)*

Die Entwicklung des Anteils der unter 35 jährigen Ärzte hängt eng von der Zahl der Studienabsolventen im Fach Humanmedizin ab, die in Polen seit mehreren Jahren einen Anstieg zu verzeichnen hat. Im Zeitraum zwischen den akademischen Jahren 2006/07 und 2011/12 wuchs die jährliche Zahl der Absolventen um 25 Prozent auf 2853 (MZ 2013c). Ähnlich verhält es sich mit den Studienanfängerzahlen, da die Zahl der Studienplätze in den letzten Jahren stetig erhöht wurde, um die Zahl der Studenten und somit Absolventen zu erhöhen. Das Gesundheitsministerium setzt jährlich die Anzahl der

Studienplätze fest. Für das akademische Jahr 2014/15 wurden 3194 Plätze für das Direktstudium freigegeben (MZ 2014a). Dies ist ein Anstieg von 25,7 Prozent im Vergleich zum Jahr 2006/07.



**Abbildung 8:** Entwicklung der Zahl der Studierenden im Fach Humanmedizin (MZ 2013c, MZ 2014a)

Vergleicht man die Zahlen der Studienabsolventen mit den Zahlen der Neumeldungen bei den Ärztekammern, fällt eine große Differenz auf. In der folgenden Tabelle werden die Zahlen gegenübergestellt. Es melden sich viel weniger Ärzte bei den Kammern neu an, als Ärzte von den Universitäten abgehen. Das bedeutet, dass die Absolventen entweder nicht als Arzt tätig sind oder direkt nach dem Studium ins Ausland gehen. Für das Gesundheitssystem bedeuten diese Zahlen einen Verlust an Ärzten in der Patientenversorgung. Diese Differenz kann als Indikator für die Abwanderungen aus Polen gesehen werden.

**Tabelle 1:** *Differenz zwischen Neumeldungen und Absolventen  
(MZ 2013c, CSIOZ 2009-2012)*

	2012	2011	2010	2009
<b>Absolventen insgesamt</b>	2853	2726	2606	2443
<b>Neumeldungen bei den Ärztekammern</b>	901	1916	1460	1414
<b>Differenz</b>	1952	810	1146	1029

Insgesamt sind innerhalb von 4 Jahren 4937 Ärzte dem polnischen Gesundheitssystem für die Patientenversorgung verloren gegangen.

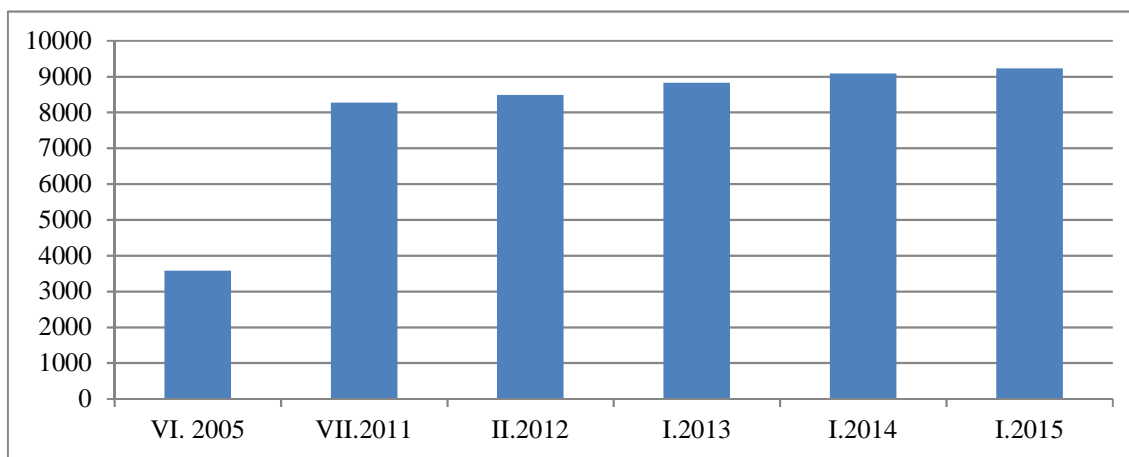
### 5.1.5 Abwanderungszahlen der Mediziner aus Polen

Daten über die Emigration polnischer Ärzte können lediglich auf Grundlage der von den Ärztekammern ausgestellten Ausbildungsnachweise zur Anerkennung der Berufsqualifikation in den EU Ländern geschätzt werden. Genaue Daten zum Wanderungsverhalten von in Polen ausgebildeten Ärzten werden von den dortigen Ärztekammern nicht erhoben. Die Anzahl der ausgestellten Ausbildungsnachweise ist als Anzeiger des Interesses zur Arbeitsaufnahme im Ausland zu werten (MZ 2013c). Man kann diese Zahl als Indikator für die Abwanderungstendenz polnischer Ärzte Richtung Ausland betrachten. Die Anzahl der tatsächlich ins Ausland zur Arbeitsaufnahme abgereisten Ärzte ist nicht gleichzustellen mit der Anzahl der ausgestellten Ausbildungsnachweise (MZ 2013c). Die Hauptärztekammer NIL erstellt Statistiken über die seit 2004 erteilten Ausbildungsnachweise. Wie aus Tabelle 2 zu entnehmen ist, wurden seit dem EU-Beitritt Polens im Jahr 2004 9231 Bescheinigungen ausgestellt, darunter fallen jedoch auch Mehrfachausstellungen (NIL 2014b). Zusätzlich wurden 9724 Unbedenklichkeitsbescheinigungen ausgestellt (NIL 2014b). Innerhalb von zehn Jahren sind somit rund 9000 Ärzte aus Polen emigriert, um eine ärztliche Tätigkeit im EU Ausland aufzunehmen. Beachtet werden muss, dass es sich nicht in jedem Fall um eine dauerhafte Auswanderung handelt, sondern in vielen Fällen lediglich um befristete Aufenthalte im Ausland. Statistiken tatsächlicher Abwanderungszahlen sind von offizieller Stelle nicht vorhanden.

**Tabelle 2:** Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen für die Berufsanerkennung im europäischen Ausland nach 2005/36/EG seit 2004  
(NIL 2014b, NIL 2015c, NIL 2011, NIL 2013, NIL 2012, MZ 2011)

Jahr	Anzahl der berufstätigen Ärzte	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen	Prozentualer Anteil
01.2015	129.510	9231	7,13%
01.2014	127.652	9082	7,10%
01.2013	125.556	8823	7,03%
02.2012	123.667	8482	6,86 %
06.2011	121.888	8273	6,79 %
06.2005	116.847	3579	3,00 %

Die Zahl der ausgestellten Ausbildungsnachweise steigt stetig an, allerdings hat sich das Wachstum in den letzten Jahren verlangsamt (siehe Abbildung 9).



**Abbildung 9:** Entwicklung der Anzahl ausgestellter Ausbildungsnachweise nach Polens EU-Eintritt 2004  
(NIL 2014b, NIL 2015c, NIL 2011, NIL 2013, NIL 2012, MZ 2011)

## 5.2 Auswanderung polnischer Ärzte

Die Gründe für die Auswanderung polnischer Fachkräfte sind vielfältig. Insbesondere Gründe die im eigenen Land liegen, interne Gründe, veranlassen Ärzte auszuwandern.



Das Gesundheitssystem in Polen gilt als unterfinanziert und unstrukturiert, wodurch sich die meisten Probleme, mit denen Ärzte konfrontiert werden, erklären lassen. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2012 in Polen auf 6,8 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) (OECD 2014b). Im Vergleich zu Deutschland lagen die Ausgaben um vier Prozentpunkte niedriger (OECD 2014b). Im europäischen Vergleich befand sich Polen ebenfalls unterhalb des Durchschnitts, der bei 9,3 Prozent des BIP lag (OECD 2014b).

Ein wesentlicher Grund zur Auswanderung sind monetäre Anreize. Ärzte erwarten eine bessere Vergütung für ihre Arbeit in Deutschland als im eigenen Land bei gleichzeitig besseren Arbeitsbedingungen (Krajewski-Siuda et al. 2012). Ärzte in Polen haben häufig mehrere Arbeitsplätze um sich ein hohes Einkommen zu sichern. Dies geht jedoch auch mit vielen Überstunden und einer großen Belastung für den Arzt einher, was eine Verschlechterung der Patientenversorgung und Qualitätseinbußen zur Folge hat.

Schlechte Arbeitsbedingungen und fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten im Ursprungsland sind abstoßende Faktoren (Fellmer 2007). Für junge Ärzte ist die Arbeitsaufnahme im Ausland attraktiv, da dort die Chancen auf eine Facharztausbildung und eine folgende Festanstellung größer sind (Kolodziejska et al. 2012). Zusätzlich sammeln die Ärzte Erfahrungen im Ausland.

### **5.2.1 Netzwerke polnischstämmiger Personen**

Insgesamt leben laut Mikrozensus 2012 in Deutschland gut 1,5 Millionen Menschen mit polnischem Migrationshintergrund (Destatis 2015a). Rund 9,5 Prozent aller Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind polnischer Herkunft und somit stellt die polnischstämmige Bevölkerung die zweitgrößte ethnische Minderheit im Land dar, nach Einwanderern aus der Türkei (Destatis 2015a). Im Jahre 2013 war Polen mit 189.000 Zuwanderern das Hauptherkunftsland von Einwanderern (Destatis 2014b). Im selben Jahr lebten in Deutschland 609.855 Menschen mit polnischer Staatsangehörigkeit (Destatis 2014a).

Der große bestehende Emigrantenstamm (polnischstämmige Bevölkerung) in Deutschland erleichtert die Entscheidung für eine Auswanderung nach Deutschland. Es gibt

zahlreiche Organisationen im Ausland lebender polnischstämmiger Migranten zum Erhalt der polnischen Sprache und Kultur sowie zur Förderung der deutsch-polnischen Zusammenarbeit. Im Zentralen Statistischen Amt in Polen „*Główny Urząd Statystyczny*“ (GUS) sind am 15.10.2014 178 polnische Organisationen und Institutionen, die sich in Deutschland befinden, gemeldet (GUS 2014a). Dort finden Emigranten unter anderem Unterstützung von Landsleuten bei ihrer Auswanderung nach Deutschland. Existierende Netzwerke bereits ausgewanderter Landsleute nach Deutschland helfen bei der Immigration und Eingewöhnung im Land. Je mehr Landsleute in einem Land sind, desto wahrscheinlicher ist die Entscheidung für eine Auswanderung in dieses Land (Dietz 1999).

### **5.2.2 Polen als Auswanderungsland**

Laut dem GUS (entspricht dem Statistischen Bundesamt) stieg die Anzahl der zeitweise im Ausland lebenden Polen im Jahr 2013 um rund 3 Prozent auf gut 2,2 Millionen. 80 Prozent (1,789 mil.) dieser Emigranten hielten sich in der Europäischen Union auf (GUS 2014b). Dabei werden alle Personen in die Statistik mit einbezogen, die länger als drei Monate im Ausland verweilen wobei Saisonarbeiter ausgeschlossen werden. Laut Schätzungen des GUS verweilen 75 Prozent der zeitweise im Ausland lebenden Polen mindestens 12 Monate im Ausland, zählen damit zu den Langzeitemigranten und zählen, so wie die für immer ausgewanderten Personen, zu der Bevölkerung der einzelnen Länder (GUS 2014b). Die tatsächliche Zahl im Ausland lebender Polen ist wesentlich größer als die vom GUS registrierte, da in dieser Statistik nur Personen gezählt werden, die ihren Hauptwohnsitz in Polen haben. Deutschland ist neben Großbritannien das wichtigste Auswanderland für Polen. Im Jahr 2013 war ein Zuwachs der in Deutschland arbeitenden Polen von 12 Prozent auf 560.000 Personen zu verzeichnen (GUS 2014b). Im europäischen Vergleich ist dies der größte Zuwachs. Diese Entwicklung unterstreicht den Rang Deutschlands als Wanderungsziel. Der offene Arbeitsmarkt, die direkte Nachbarschaft und eine geringe Arbeitslosenquote sowie ein gutes Sozialsystem führen zu dieser Entwicklung (GUS 2014b). Der Hauptgrund für eine Ausreise aus Polen ist die Arbeitsaufnahme im Ausland. Ausschlaggebende Faktoren für die Entscheidung der Arbeitsaufnahme in einem Land sind neben den dortigen Lebensbedingungen die Akzeptanz und Integration der Auswanderer durch die einheimische Bevölkerung, die

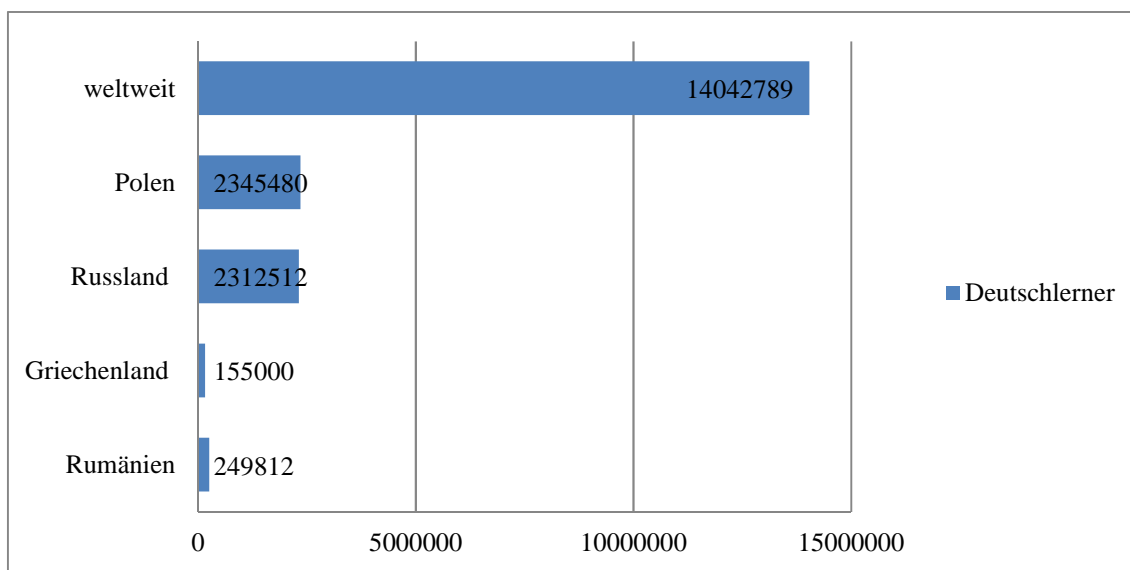
Nähe zum Heimatland sowie im hohen Maße das vor Ort schon bestehende Auswanderer-Netzwerk und damit der Erfahrungsaustausch durch Familie, Nachbarn und Bekannte (GUS 2014b). Ebenso wichtig sind historische Bedingungen. Polen ist historisch gesehen ein Auswanderungsland und die Arbeitsmigration als Standard in der polnischen Gesellschaft verankert. Die Bereitschaft der polnischen Bevölkerung zur Auswanderung ist hoch. Laut dem polnischen Meinungsforschungsinstitut „*Centrum Badania Opinii Społecznej*“ CBOS sind 24 Prozent der erwachsenen Bevölkerung bereit aus beruflichen Gründen ins Ausland zu emigrieren. Bei den 18 bis 24 Jährigen schließen 60 Prozent eine Ausreise aus denselben Gründen nicht aus (Kowalczyk 2013). Dabei bestätigt die Untersuchung des CBOS, dass Deutschland auf dem ersten Rang als Auswanderungsland steht (Kowalczyk 2013). In einer Umfrage unter Studenten für das „Projekt: Arbeit“ in Auftrag gegeben von der Tageszeitung *Wyborcza* werden ähnliche Ergebnisse ermittelt. Hiernach haben 20 Prozent der befragten Studenten konkrete Pläne zur Arbeitsausreise, 50 Prozent würden ausreisen, wenn sie keine passenden Anstellung im Heimatland finden und 30 Prozent der Befragten planen in Polen zu arbeiten (Piatkowska 2015).

Seit dem EU-Beitritt hat sich die Auswanderung aus Polen verdoppelt mit einem Höchststand im Jahr 2007 auf 2,27 Millionen (GUS 2014b). Mit der Wirtschaftskrise in Europa ist die Anzahl der im Ausland lebenden Polen in den Jahren 2008 bis 2010 gefallen und steigt seit 2010 wieder stetig an (GUS 2014b). Es wird von einer ersten und zweiten Emigrationswelle nach EU-Beitritt gesprochen (Smolinska 2014).

### **5.2.3 Sprachkenntnisse der polnischen Bevölkerung-Deutsch als Fremdsprache**

In Polen nehmen 93 Prozent aller Schüler am Englischunterricht teil und somit ist Englisch die am häufigsten unterrichtete Fremdsprache (ORE 2013, 7). Deutsch ist mit knapp 50 Prozent (46,14) die zweithäufigste unterrichtete Fremdsprache an Schulen (ORE 2013, 7). Zum Vergleich werden 3,6 Prozent der Schüler in Französisch und 6,7 Prozent in Russisch unterrichtet (ORE 2013). Im Abitur werden Englisch und Deutsch als Fremdsprachen am häufigsten gewählt. Polen ist im weltweiten Vergleich das Land, in dem die meisten Personen leben, die Deutsch als Fremdsprache erlernen (Netzwerk Deutsch 2010). Von weltweit 14 Millionen Deutschlernern leben gut 2,3 Millionen in

Polen (Netzwerk Deutsch 2010). Zu beachten ist, dass sich bei den dargestellten Zahlen keine Aussage über die Qualität oder Intensität zum jeweiligen Stand der Deutschkenntnisse machen lässt, diese Zahlen lediglich die Anzahl der Deutschlernenden darstellen. Jedoch kann man an den Zahlen den Stellenwert der Sprache Deutsch im jeweiligen Land erkennen. Für Polen ist Deutsch die wichtigste Fremdsprache neben Englisch. Viele Schüler legen großen Wert auf das Erlernen dieser beiden Sprachen in Hinblick auf eine Chancenerweiterung auf dem Arbeitsmarkt oder einer eventuellen Arbeitsemigration in das europäische Ausland. In der Sekundarstufe 1 hat sich die Anzahl der am Deutschunterricht teilnehmenden Personen zwischen den Jahren 2005 und 2012 verdoppelt von 30,5 auf 69,3 Prozent (eurostat 2014). Neben dem Schulunterricht ist der zusätzliche private Sprachunterricht sehr populär. Aufgrund der Schulbildung haben viele Polen Kenntnisse der deutschen Sprache, auf denen für eine eventuelle Ausreise aufgebaut werden kann. Polen können somit schnell ein adäquates Sprachniveau für den Arbeitsmarkt erreichen.



**Abbildung 10:** Anzahl der Deutschlerner in den wichtigsten Zuwanderungsländern für Ärzte in Deutschland  
(Netzwerk Deutsch 2010)

#### 5.2.4 Die soziale Integration polnischer Auswanderer

Voraussetzung der sozialen Integration und damit der Aufnahme in eine Gesellschaft ist der Erwerb von landesabhängigen Kenntnissen, Regeln und Bräuchen. Das Erlernen der

Sprache des Aufnahmelandes hat dabei zentrale Bedeutung und ist die Voraussetzung zur Kommunikation und damit zur Integration. Polnische Migranten sind bemüht, die deutsche Sprache zu beherrschen, womit ein wichtiger Punkt zur Integration erfüllt ist. Aufgrund der gemeinsamen christlichen Wurzeln sind Regel, Rechtsnormen und Gebräuche der Kulturkreise Polen und Deutschland ähnlich. Durch die geographische Nähe als Nachbarland findet zwischen Deutschland und Polen ein Kulturaustausch statt, der zu einer erleichterten Integration beitragen kann.

### **5.3 Maßnahmen der polnischen Regierung gegen Ärztemangel und Abwanderung**

Da in Polen schon seit längerer Zeit ein Mangel an medizinischem Personal, insbesondere an Ärzten zu verzeichnen ist, hat das Gesundheitsministerium auf unterschiedlichen Ebenen Schritte unternommen um in Zukunft eine angemessene Anzahl an Ärzten bereitzustellen und somit die medizinische Versorgung aufrechterhalten zu können.

1. Der schrittweise und systematische Anstieg der Anzahl der Studienplätze im stationären und nichtstationären Zweig führt zu einer wachsenden Zahl an Studenten und Absolventen und soll auch in Zukunft laut dem Gesundheitsminister nicht gesenkt werden (MZ 2013c). Um eine größere Anzahl an Studienplätzen anbieten zu können werden zusätzlich zu den 12 zur medizinischen Ausbildung ermächtigten Universitäten weitere Ausbildungsstätten zugelassen. Im Juli 2014 bekam die öffentliche Hochschule „*Uniwersytet Rzeszowski*“ die Genehmigung zur Durchführung des Medizinstudiums und soll zum Semester 2015/2016 den Studiengang anbieten (UR 2014).
2. Um den Studenten einen schnelleren Zugang zur Arbeitswelt zu ermöglichen wurde das Gesetz zur Reform des Medizinstudiums vom 28. April 2011 verabschiedet (DZ.U. Nr 113,poz.658). Durch Abschaffung des einjährigen Praktikums nach dem Examen haben die Ärzte einen schnelleren Zugang zum Gesundheitswesen, so dass die Absolventen direkt kurativ tätig sein können und die Anzahl der Ärzte zügiger ansteigen kann. Die Erfahrungen, die während des Praktikums gesammelt werden sollten, werden in das sechste Studienjahr integriert.

3. Das neue System der Facharztausbildungen weg von der Aufteilung in Basis- und weiterführende Ausbildungen hin zu Modulen soll die Ausbildungszeit insgesamt verkürzen, so dass der Facharzttitel schneller erworben werden kann.

Durch die beschriebenen Veränderungen soll die Anzahl der Ärzte erhöht und gleichzeitig die Ausbildung modernisiert und die Qualität verbessert werden (MZ 2013c). Insbesondere aber soll die Situation der jungen Ärzte verbessern werden, um damit einer Abwanderung in ein anderes Land entgegenzuwirken (MZ 2013c).

## **5.4 Das Gesundheitssystem**

Im folgenden Kapitel wird auf die Korruption im polnischen Gesundheitswesen eingegangen, da diese ein Beweggrund zur Auswanderungsentscheidung von Ärzten darstellen kann.

### **5.4.1 Korruption**

Im polnischen Gesundheitswesen ist es üblich, obwohl rechtlich nicht zulässig, um eine bessere oder bevorzugte medizinische Behandlung zu bekommen formlose Zahlungen zu leisten (EC 2013, 282-287). Diese betragen im Jahr 2011 pro Haushalt durchschnittlich 311 Polnische Zloty (EC 2013). Weit verbreitet ist auch die Vetternwirtschaft, der Nepotismus an den Kliniken und Universitäten, wo innerhalb von Familienclans Anstellungen vergeben werden (EC 2013). Dieser Umstand kann für Ärzte ohne familiären medizinischen Hintergrund bei der Bemühung um eine Anstellung oder einen Ausbildungsplatz für eine fachärztliche Weiterbildung ein Hindernis darstellen und eine Motivation zur Auswanderung sein.

## 6 Die ärztliche und fachärztliche Ausbildung in Deutschland und Polen

Im folgenden Kapitel werden die ärztliche Grundausbildung und Facharztausbildung in Deutschland und Polen dargestellt und verglichen. Die Fragestellung ist, ob ein Arzt mit einer in Polen absolvierten Ausbildung den hohen qualitativen Standard in der deutschen medizinischen Versorgung bedienen kann.

### 6.1 Gesetzliche Grundlagen - Anforderungen an die ärztliche Grundausbildung und die fachärztliche Weiterbildungen nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG

In der Richtlinie 2005/36/EG sind die Anforderungen zur automatischen Anerkennung der ärztlichen Grundausbildung in Artikel 24 sowie der Facharztausbildung in Artikel 25 im EWR und der Schweiz dargestellt. Anhang V dieser Richtlinie beinhaltet die Ausbildungsnachweise, die die Mindestanforderung für die Ausbildung des Arztes und des Facharztes erfüllen und die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit des Arztes mit Grundausbildung und des Facharztes gestatten (Artikel 21). Werden die aufgeführten Qualifikationen erfüllt, erfolgt die Anerkennung in den Mitgliedsstaaten automatisch.

An die ärztliche Grundausbildung werden in Artikel 24<sup>3</sup> nach der EU-Richtlinie folgende Anforderungen gestellt:

---

<sup>3</sup> „Ärztliche Grundausbildung

(1) Die Zulassung zur ärztlichen Grundausbildung setzt den Besitz eines Diploms oder eines Prüfungszeugnisses voraus, das für das betreffende Studium die Zulassung zu den Universitäten ermöglicht.

(2) Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens sechs Jahre oder 5 500 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität. Bei Personen, die ihre Ausbildung vor dem 1. Januar 1972 begonnen haben, kann die in Unterabsatz 1 genannte Ausbildung eine praktische Vollzeitausbildung von sechs Monaten auf Universitätsniveau unter Aufsicht der zuständigen Behörden umfassen.

(3) Die ärztliche Grundausbildung gewährleistet, dass die betreffende Person die folgenden Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

a) angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Medizin beruht, und ein gutes Verständnis für die wissenschaftlichen Methoden, einschließlich der Grundsätze der Messung biologischer Funktionen, der Bewertung wissenschaftlich festgestellter Sachverhalte sowie der Analyse von Daten;

b) angemessene Kenntnisse über die Struktur, die Funktionen und das Verhalten gesunder und kranker Menschen sowie über die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen;

c) angemessene Kenntnisse hinsichtlich der klinischen Sachgebiete und Praktiken, die ihr ein zusammen-

1. Zulassungsvoraussetzung für das Studium der Medizin ist der Besitz eines Diploms oder Prüfungszeugnisses, das den Hochschulgang ermöglicht (Artikel 24. Punkt 1)
2. Die Mindestdauer des Studiums beträgt sechs Jahre oder umfasst 5500 Unterrichtsstunden in theoretischer und praktischer Ausbildung (Artikel 24. Punkt 2).
3. Kenntnisse und Fähigkeiten, die in der Grundausbildung zu erwerben sind, werden in allgemeiner Form beschrieben (Artikel 24. Punkt 3).

Die Ausbildungsnachweise, die diese ärztliche Grundausbildung in Deutschland und in Polen bescheinigen, sind in Tabelle 3 aufgeführt. Die dargestellten Qualifikationen sind laut der Richtlinie als gleichwertig anzusehen.

---

*hängendes Bild von den geistigen und körperlichen Krankheiten, von der Medizin unter den Aspekten der Vorbeugung, der Diagnostik und der Therapeutik sowie von der menschlichen Fortpflanzung vermitteln;*

*d) angemessene klinische Erfahrung unter entsprechender Leitung in Krankenhäusern.“* (EU-RL 2005, Artikel 24)



**Tabelle 3:** 5.1.1 Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung aus Anhang V der EU-Richtlinie (EU-RL 2005)

Land	Ausbildungsnachweis	Ausstellende Stelle	Zusätzliche Bescheinigung	Stichtag
<b>Deutschland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeugnis über die Ärztliche Prüfung</li> <li>▪ Zeugnis über die Ärztliche Staatsprüfung und Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent, soweit diese nach dem deutschen Rechtsvorschriften noch für den Abschluss der ärztlichen Ausbildung vorgesehen war</li> </ul>	Zuständige Behörden		20. Dezember 1976
<b>Polen</b>	Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim z tytułem „lekarza“ (Ärztliches Abschlusssdiplom)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akademia Medyczna (Medizinische Akademie)</li> <li>2. Uniwersytet Medyczny (Medizinische Universität)</li> <li>3. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (Fachbereich Medizin der Universität Krakau)</li> </ol>	Lekarski Egzamin Państwowy (Ärztliches Staatsexamen)	1. Mai 2004

Die Facharztausbildung muss nach Artikel 25<sup>4</sup> des europäischen Rechts folgende Bedingungen erfüllen:

<sup>4</sup> „Fachärztliche Weiterbildung

(1) Die Zulassung zur fachärztlichen Weiterbildung setzt voraus, dass ein sechsjähriges Studium im Rahmen der in Artikel 24 genannten Ausbildung abgeschlossen und als gültig anerkannt worden ist, mit dem angemessene medizinische Grundkenntnisse erworben wurden.

(2) Die Weiterbildung zum Facharzt umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung an einem Uni-

1. Die Zulassungsvoraussetzung für eine fachärztliche Weiterbildung ist das nach Artikel 24 abgeschlossene Studium mit einer Mindestdauer von 6 Jahren (Artikel 25 Punkt 1).
2. Die Facharztausbildung besteht aus einer theoretischen und praktischen Ausbildung an einer von den zuständigen Behörden zugelassenen Einrichtung. Für die jeweiligen Fachgebiete wird in Anhang V der EU-Richtlinie eine Mindestdauer angegeben, die einzuhalten ist. Die zuständigen Behörden beaufsichtigen die Weiterbildung. Die Auszubildenden arbeiten aktiv und verantwortlich in der Patientenversorgung mit (Artikel 25 Punkt 2).
3. Die Facharztausbildung ist eine Vollzeitausbildung und wird angemessen vergütet. Der Auszubildende nimmt an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten inklusive des Bereitschaftsdienstes teil (Artikel 25 Punkt 3).

Die Ausbildungsnachweise ausgestellt in Deutschland und in Polen zur automatischen Anerkennung der Facharztausbildung sind der Tabelle 4 zu entnehmen. Bei der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise ist zu beachten, dass diese nur erfolgt, wenn die Ausbildung nach dem aufgeführten jeweiligen Stichtag begonnen wurde. Wurde die Ausbildung vor dem Stichtag begonnen, erfolgt die Anerkennung nach Vorlage einer Konformitätsbescheinigung der zuständigen Behörde des Herkunftslandes oder nach Vorlage einer Bescheinigung der erworbenen Rechte nach Artikel 23 die be-

---

*versitätszentrum, einer Universitätsklinik oder gegebenenfalls in einer hierzu von den zuständigen Behörden oder Stellen zugelassenen Einrichtung der ärztlichen Versorgung.*

*Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass die in Anhang V Nummer 5.1.3. für die verschiedenen Fachgebiete angegebene Mindestdauer der Facharztausbildung eingehalten wird. Die Weiterbildung erfolgt unter Aufsicht der zuständigen Behörden oder Stellen. Die Facharztanwärter müssen in den betreffenden Abteilungen persönlich zur Mitarbeit herangezogen werden und Verantwortung übernehmen.*

*(3) Die Weiterbildung erfolgt als Vollzeitausbildung an besonderen Weiterbildungsstellen, die von den zuständigen Behörden anerkannt sind. Sie setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt, einschließlich des Bereitschaftsdienstes, so dass der in der ärztlichen Weiterbildung befindliche Arzt während der gesamten Dauer der Arbeitswoche und während des gesamten Jahres gemäß den von den zuständigen Behörden festgesetzten Bedingungen seine volle berufliche Tätigkeit dieser praktischen und theoretischen Weiterbildung widmet. Dementsprechend werden diese Stellen angemessen vergütet.*

*(4) Die Mitgliedstaaten machen die Ausstellung eines Ausbildungsnachweises des Facharztes vom Besitz eines der in Anhang V Nummer 5.1.1. aufgeführten Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung abhängig.*

*(5) Die Kommission kann die in Anhang V Nummer 5.1.3 aufgeführte jeweilige Mindestdauer der Weiterbildung anpassen, um dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt Rechnung zu tragen. Diese Maßnahmen zur Änderung nicht wesentlicher Bestimmungen dieser Richtlinie werden nach dem in Artikel 58 Absatz 3 genannten Regelungsverfahren mit Kontrolle erlassen. „ (EU-RL 2005, Artikel 25)*

sagt, das der Antragsteller „während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat“ (EU-RL 2005, Artikel 23). Die Konformitätsbescheinigung bestätigt, dass die Qualifikation des Antragstellers den Mindestanforderungen der EU-Richtlinie nach Anhang V entspricht (BAMF 2011, 82).

**Tabelle 4:** 5.1.2 Ausbildungsnachweise für den Facharzt nach Anhang V der EU-Richtlinie (EU-RL 2005)

Land	Ausbildungsnachweise	Ausstellende Stelle	Stichtag
<b>Deutschland</b>	Fachärztliche Anerkennung	Landesärztekammer	20.Dezember 1976
<b>Polen</b>	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty (Fachärztliches Diplom)	Centrum Egzaminów Medycznych (Zentrum medizinischer Examina)	1.Mai 2004

Wesentlich für die Anerkennung der Facharztausbildung ist die Mindestdauer der Ausbildung. Nur mit erfüllter Mindestdauer werden die Facharztausbildungen anerkannt. Die Mindestdauer der Facharztausbildungen der verschiedenen Fachgebiete ist in Anhang V Nummer 5.1.3. „Bezeichnung der verschiedenen Fachgebiete“ aufgeführt (EU-RL 2005).

## 6.2 Die ärztliche Ausbildung in Deutschland

### 6.2.1 Rechtliche Grundlagen des Arztberufes in Deutschland

Die Bundesärzteordnung (BÄO) ist eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministers über den Arztberuf (BÄO 2014). Auf Grundlage der BÄO wird die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) erlassen (ÄApprO 2002). Die ÄApprO legt bundeseinheitlich die Zulassung, Ausbildung, Prüfung und Erteilung der Approbation, der Berufszulassung fest. Im Gegensatz zu der ärztlichen Grundausbildung wird die ärztliche Weiterbildung auf Landesebene reglementiert. Die Landesärztekammern als Körper-

schaft des öffentlichen Rechts sind hierfür zuständig und erlassen die Weiterbildungsordnung sowie Weiterbildungsrichtlinien.

## **6.2.2 Die universitäre Ausbildung**

In Deutschland findet an 35 staatlichen Universitäten die medizinische Ausbildung statt. Daneben haben sich zahlreiche private Hochschulen gebildet, an denen gegen hohe Gebühren Medizin studiert werden kann.

- Die bekannteste und älteste private Fakultät ist die Universität Witten/Herdecke.
- An der Kassel School of Medicine, wird ein bilinguales Studium, das unter anderem in Southhampton stattfindet, angeboten. Da dieses Studium nur 5 Jahre beträgt und man den Titel Bachelor erhält, muss zum Erhalt der Vollapprobation noch eine einjährige Weiterbildung abgeschlossen werden.
- Der Asklepios Campus in Hamburg, der mit der Semmelweis Universität in Budapest kooperiert, bietet die Zulassung zum fünften Semester an. Die ersten fünf Semester müssen an der Semmelweis Universität erfolgreich abgeschlossen werden.
- In Nürnberg kann an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität studiert werden. Da es sich um eine österreichische Institution handelt, erhält man einen österreichischen Studienabschluss.
- An der Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane kann ab dem Sommersemester 2015 privat studiert werden.

### **6.2.2.1 Zugangsvoraussetzung**

In den medizinischen Studiengängen bestehen an allen Hochschulen Zulassungsbeschränkungen. Die Vergabe von Studienplätzen wird zentral durch die Stiftung für Hochschulzulassung getätigt. Es gibt drei Auswahlquoten für die Vergabe der Plätze. Jeweils 20 Prozent der Plätze werden nach Durchschnittsabiturnote und Wartezeit vergeben, 60 Prozent der Plätze werden über ein Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH) vergeben. Bei dem AdH nehmen je nach Hochschule Kriterien wie die Abiturdurchschnittsnote, gewichtete Einzelnoten des Zeugnisses, das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähigkeitstests „Test für medizinische Studiengänge“, die Art einer Be-

rufsausbildung oder -tätigkeit, sowie das Ergebnis eines Auswahlgesprächs Einfluss auf die Vergabe der Studienplätze (Stiftung für Hochschulzulassung 2014).

Seit 1999 ist die allgemeine Hochschulreife keine obligatorische Prüfungsvoraussetzung für die Studiengänge der akademischen Heilberufe (Bundesgesetzblatt 1999). Die Hochschulzugangsberechtigung der Länder räumt den Ländern das Recht ein, Personen ohne allgemeine Hochschulreife zu medizinischen Studiengängen zuzulassen. Die Umsetzung fällt in die Zuständigkeit der einzelnen Länder (BMG 2014c).

### **6.2.2.2 Aufbau und Inhalte des Medizinstudiums**

Die ärztliche Ausbildung und der Zugang zum ärztlichen Beruf sind durch die Bundesärzteordnung und die Approbationsordnung für Ärzte geregelt und richten sich nach der EU-Richtlinie. Die ärztliche Ausbildung umfasst laut §1 Absatz 2 der ÄApprO:

1. Ein Studium der Medizin von sechs Jahren an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule (Universität). Das letzte Jahr des Studiums umfasst, vorbehaltlich § 3 Absatz 3 Satz 2, eine zusammenhängende praktische Ausbildung (Praktisches Jahr)
2. Eine Ausbildung in erster Hilfe
3. Einen Krankenpflagedienst von drei Monaten
4. Eine Famulatur von vier Monaten
5. Eine Ärztliche Prüfung die in drei Abschnitten abzulegen ist.

Der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist nach zweijährigem Studium abzulegen, der zweite Abschnitt nach einem Studium von drei Jahren nach Bestehen des ersten Abschnitts und der dritte Abschnitt nach einem Studium von einem Jahr nach Bestehen des zweiten Abschnitts (ÄApprO 2002).

Der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung umfasst schriftliche und mündliche Prüfungen naturwissenschaftlicher und theoretischer Grundlagen der Stoffgebiete Physik, Physiologie, Chemie, Biochemie/Molekularbiologie, Biologie, Anatomie sowie Grundlagen medizinischer Psychologie und Soziologie (ÄApprO 2002).

Der zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung besteht aus schriftlichen Prüfungen über Kenntnisse und Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Handeln. Gegenstand der Prüfung sind Kenntnisse über berufspraktische Anforderungen, Krankheitsbilder und fächerübergreifende Fragestellungen (ÄApprO 2002)

Das praktische Jahr findet nach Bestehen des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung statt und gliedert sich in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen in Innerer Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin oder einem anderen klinisch-praktischen Fachgebiet (ÄApprO 2002).

Der dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung besteht aus mündlich-praktischen Prüfungen anhand Patientenfällen (ÄApprO 2002).

Der Antrag auf Approbation ist nach erfolgreich bestandenem dritten Teil der ärztlichen Prüfung zu stellen (ÄApprO 2002).

Die Approbationsordnung lässt auch Modellstudiengänge zu.

### **6.2.3 Die Facharztausbildung**

Die Landesärztekammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind in Deutschland für die ärztliche Weiterbildung verantwortlich (BAEK 2014a). Die Weiterbildungsordnung der jeweiligen Ärztekammer des Bundeslandes in dem der Arzt wohnt, ist für ihn rechtsverbindlich (BAEK 2014a). Die Bundesärztekammer stellt den Landesärztekammern als Empfehlung eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) und eine Musterrichtlinie zur Verfügung, so dass die Weiterbildungsordnungen der Länder in ihren wesentlichen Inhalten gleich sind (BAEK 2014a, BMG 2014c). Im weiteren Verlauf der Arbeit werde ich mich auf die MWBO 2003 in der Fassung vom 28.06.2013 beziehen.

Die MWBO beschreibt die Weiterbildungsziele und -inhalte sowie Weiterbildungszeiten der jeweiligen Fachgebiete. Es werden 33 Gebiete definiert, die jeweils in Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen unterteilt werden können. Desweiteren werden allgemeine Inhalte der Weiterbildung beschrieben, die für alle Gebiete relevant sind. Neben den Gebietsdefinitionen werden Zusatzweiterbildungen beschrieben. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung wird durch eine Prüfung bestätigt und erlaubt das Führen

einer Facharztbezeichnung in einem Gebiet. Nach Erwerb einer Gebietsbezeichnung kann eine weitere Qualifikation angestrebt werden, die zu einer Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes oder einer Zusatzbezeichnung führt.

Die Weiterbildung findet während der hauptberuflichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassener Weiterbildungsstätte statt. Die Ärzte erhalten eine angemessene Vergütung.

Die Weiterbildungsordnung wird durch die Weiterbildungsrichtlinie ergänzt. Diese beschreibt die Weiterbildungsinhalte und stellt die qualitativen und quantitativen Anforderungen im jeweiligen Weiterbildungsgang dar.

### **6.3 Die ärztliche Ausbildung in Polen**

In den folgenden Abschnitten wird auf die ärztliche Grund- und Weiterbildung in Polen eingegangen.

#### **6.3.1 Die universitäre Ausbildung**

##### **6.3.1.1 Die rechtliche Grundlage des Medizinstudiums**

Die Rechtsgrundlage der ärztlichen Grundausbildung in Polen ist die Verordnung Dz.U. 2012 poz. 631 des Schul- und Bildungsministeriums vom 9.Mai 2012 (MNiSW 2012). Diese Beschlussfassung beinhaltet allgemeine sowie inhaltliche, theoretische und praktische Anforderungen des Studiums und implementiert nach eigener Angabe die Vorschrift nach Artikel 24 der EU-Richtlinie über die ärztliche Grundausbildung (MNiSW 2012, 1-16).

##### **6.3.1.2 Aufbau und Inhalte des Studiums**

In der Verordnung Dz.U. 2012 poz. 631 über die ärztliche Grundausbildung werden folgende Anforderungen und Inhalte des Medizinstudiums beschrieben:

1. Allgemeine Anforderungen: Das Studium dauert mindestens 12 Semester und 5700 Unterrichtsstunden und hat ein praktisches Profil. Die Mindestanzahl zu erreichenden ECTS<sup>5</sup> beträgt 360.
2. Allgemeine Lernziele
3. Spezielle Lernziele
  - a. Im Bereich der Morphologie - Anatomie, Histologie, Embryologie - mindestens 300 Unterrichtsstunden
  - b. Medizinische Grundlagen - Biophysik, Molekularbiologie, Biochemie, Chemie, Physiologie, Zytologie, Pathophysiologie, Informatik und Biostatistik – mindestens 525 Unterrichtsstunden
  - c. Vorklinische Lehre - Genetik, Mikrobiologie, Immunologie, Pathologie, Pharmakologie und Toxikologie – mindestens 525 Unterrichtsstunden
  - d. Verhaltens- und Soziallehre – Medizinische Soziologie, Psychologie, Ethik, Medizingeschichte, Englisch – mindestens 240 Unterrichtsstunden
  - e. Klinische Lehre 1 – Pädiatrie, Innere Medizin, Neurologie, Geriatrie, Psychiatrie, Dermatologie, Onkologie, Allgemeinmedizin, Infektionserkrankungen, Rehabilitation, Labordiagnostik, klinische Pharmakologie - mindestens 1060 Unterrichtsstunden
  - f. Klinische Lehre 2 – Anästhesiologie und Intensivmedizin, allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Notfallmedizin, Tumorchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Neurochirurgie, Transplantationsmedizin, Bilddiagnostik – mindestens 900 Unterrichtsstunden
  - g. Rechts-und Organisationsaspekte – Hygiene, Epidemiologie, öffentliches Gesundheitswesen, Medizinrecht, Gerichtsmedizin – mindestens 100 Unterrichtsstunden
4. Organisation des Studiums
  - a. Mindestanzahl der Unterrichtsstunden der jeweiligen Lernziele

---

<sup>5</sup> Nach dem Europäischen System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (ECTS) entspricht ein ECTS-Credit 25 bis 30 Arbeitsstunden (EC 2009)



- b. Praktika in Kliniken oder Krankenhäusern im sechsten Studienjahr mindestens 30 Wochen entspricht 900 Unterrichtsstunden
  - Innere Medizin 8 Wochen
  - Pädiatrie 4 Wochen
  - Chirurgie 4 Wochen
  - Gynäkologie und Geburtshilfe 2 Wochen
  - Notfallmedizin 2 Wochen
  - Allgemeinmedizin 2 Wochen
  - 6 Wochen in einem Gebiet der Wahl
- c. Ferienpraktika (mindestens 600 Stunden)
  - Krankenpflege 4 Wochen
  - Allgemeinmedizin 3 Wochen
  - Innere Medizin 4 Wochen
  - Intensivmedizin, Pädiatrie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe jeweils 2 Wochen
- d. Die Studenten müssen kostenfreien Zugang zu sportlichen Aktivitäten von mindestens 30 Stunden im Jahr haben.

##### 5. Prüfung der Lernziele – Schriftliche und mündliche Prüfungen (MNiSW 2012)

Nach dem Studium wird das Staatsexamen „*Lekarski Egzamin Koncowy*“ LEK abgelegt. Bis 2013 war die Bezeichnung für das Staatsexamen „*Lekarski Egzamin Panstwowy*“ LEP. Es handelt sich um eine landesweite theoretische Prüfung, die vom „*Centrum Egzaminow Medycznych*“ (CEM) dem polnischen Zentrum für Examen in medizinischen Fächern zentral organisiert wird (MZ 2012). Das Ergebnis des LEK ist entscheidend bei der Vergabe der Facharztausbildungsstellen.

Studenten die das Studium vor Oktober 2012 begonnen haben, müssen nach dem Studium ein 13-monatiges Praktikum ableisten. Dieses wird anteilig in unterschiedlichen Fachrichtungen absolviert. Dazu gehören: Innere Medizin, Pädiatrie, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und Geburtsmedizin, Psychiatrie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin sowie Allgemeinmedizin (MZ 2013a). Zusätzlich werden die Absolventen in Bioethik und Medizinrecht geschult. Überwacht und geleitet werden die Praktikanten

von den regionalen Ärztekammern bei ihrer Berufsausübung. Das Praktikum wird vergütet. Das Praktikum wird das letzte Mal im Oktober 2017 organisiert (MZ 2013b).

Der erfolgreiche Abschluss des LEK und das Ableisten des Praktikums sind Voraussetzungen um die Zulassung zur Berufsausübung als Arzt zu erhalten, sowie eine Facharztausbildung zu beginnen.

Mit Inkrafttreten der Verordnung Dz.U. 2012 poz. 631 kam es zu einem Wegfall des 13-monatigen Praktikums und stattdessen zu einer Integration der praktischen Ausbildung in das sechsjährige Studium, mit dem Ziel die Ausbildungszeit zu verkürzen (MNiSW 2012). Diese Erneuerung erfordert eine Überarbeitung des Studiums in Hinblick auf die praktische Ausbildung. In das sechste Studienjahr werden klinische Praktika integriert. Zuvor werden die Studenten in den unteren Studienjahren mit praktischen Übungen und Simulationen an Übungseinrichtungen darauf vorbereitet. Hierfür werden Medizinische Simulationszentren (Centrum Symulacji Medycznej CSM) an den jeweiligen Hochschulen entwickelt, an denen die Studenten audiovisuell und an Phantomen gezielt praktische Fähigkeiten üben und Erfahrungen sammeln sollen. In Deutschland lehrt man schon an 38 der 43 medizinischen Fakultäten an medizinischen Simulationszentren, die auch Skills Lab genannt werden.

### **6.3.1.3 Die medizinischen Universitäten**

In Polen unterliegt die Verantwortung der medizinischen Ausbildung dem Gesundheitsministerium und dem Bildungsministerium. Das Gesundheitsministerium beaufsichtigt die Übereinstimmung des universitären Handelns mit den Rechtsordnungen und Satzungen, sowie die Ausgaben der Universitäten (MZ 2014b).

Es gibt rein medizinische Hochschulen und medizinische Fakultäten die allgemeinbildenden Universitäten angehören. Insgesamt kann an 13 staatlichen polnischen Hochschulen Medizin studiert werden, darunter neun unabhängige medizinische Hochschulen, sowie vier Fakultäten, die einer Universität angehören.

**Auflistung der medizinischen Hochschulen** (in Klammern Ortsnamen):

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Białymstok)
2. Gdański Uniwersytet Medyczny (Danzig)
3. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (Kattowitz)
4. Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Lublin)
5. Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Łódź)
6. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Posen)
7. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Stettin)
8. Warszawski Uniwersytet Medyczny (Warschau)
9. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Breslau)

An den medizinischen Hochschulen werden nur medizinische Fächer unterrichtet.

**Auflistung der Universitäten mit medizinischer Fakultät:**

1. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Allenstein)
2. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Krakau)
3. Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (Bromberg)
4. Uniwersytet Rzeszowski ab Wintersemester 2015/16 (MZ 2014a, UR 2014) (Reichshof)

Neben Ärzten bilden die Hochschulen Fachkräfte für alle medizinischen Bereiche aus, wie zum Beispiel Pharmazeuten, Pflegepersonal, Ernährungsberater (MNiSW 2014). Zusätzlich zur Ausbildung leisten die Hochschulen auch Forschungsarbeit und dienen der Patientenversorgung.

Private Hochschulen in Polen sind derzeit nicht zur medizinischen Ausbildung berechtigt.

#### 6.3.1.4 Zugangsvoraussetzungen

Zugangsvoraussetzung für das Medizinstudium ist das Abitur „Matura“. Die „Matura“ wird nach 12 Jahren Schulbildung geprüft. In den letzten 2 Schuljahren wird ein Schwerpunktweig gewählt. Für das Medizinstudium sind die Schwerpunktfächer Biologie, Chemie und Physik notwendig. Grundlage für die Platzvergabe ist das Ergebnis des Abiturs.

Nach einem Punktesystem, das aus den Noten der Schwerpunktfächer und der Gesamtnote des Abiturs ermittelt wird, wird ein Ranking erstellt, nach dem die Studienplätze vergeben werden. Jede Universität legt die Punktgrenze selbst fest. Zusätzlich kann jede Universität Eingangsexamina abhalten. Bis zum Jahr 2005 gab es Auswahllexamina zur Zulassung zum Medizinstudium.

Für polnische Staatsbürger ist das Studium in Polen gebührenfrei und wird „studia stacjonarne“, „Direktstudium“, genannt. Das Direktstudium wird aus dem Staatshaushalt finanziert. Für Personen, die im Auswahlverfahren keinen Studienplatz bekommen haben, gibt es die Möglichkeit gegen Gebühren zu studieren. Diese Form des Studiums wird als „studia niestacjonarne“ bezeichnet. Hierfür gibt es keine passende Übersetzung. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird dieses Studium als „Indirektstudium“ bezeichnet.

Die Studenten beider Studiengänge absolvieren allerdings gemeinsam dasselbe Studium. Daneben werden auch Studiengänge in englischer Sprache abgehalten, die ebenfalls kostenpflichtig sind. Die englischsprachigen Studiengänge sind insbesondere für Ausländer interessant, die im Herkunftsland keinen Studienplatz erhalten haben. Die Universitäten haben die Möglichkeit hohe Gewinne über die Studiengebühren des Indirektstudiums und der englischsprachigen Studiengänge einzunehmen.

Die Anzahl der Studienplätze pro Jahr und Universität legt der Gesundheitsminister im Einvernehmen mit dem Bildungsminister unter Berücksichtigung der universitären Kapazitäten sowie dem aktuellen Bedarf an Medizinern fest (MZ 2013a). Für das Studienjahr 2014/2015 wurden 4049 Studienplätze in polnischer Sprache genehmigt, davon knapp 3200 als Direktstudium. Zusätzlich wurden 1451 Studienplätze für Medizin in Fremdsprachen zugelassen (MZ 2014a).

Aktuell ist zu beobachten, dass private Hochschulen den Bedarf an Studienplätzen im Fachbereich Medizin nutzen wollen und Interesse an der Eröffnung Medizinischer Fakultäten zeigen. Durch die hohen Studiengebühren wäre das Medizinstudium eine lukrative Einnahmequelle für die privaten Hochschulen. Den Studiengang Medizin möchten folgende private Hochschulen einführen: „Uczelnia Łazarskiego w Warszawie“ sowie „Uczelnia Warszawska im. Marii Curie-Skłodowskiej“ beide in Warschau, „Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego“ in Krakau, „Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach“ in Kattowitz. Diese haben beim polnischen Bildungsministerium Anträge gestellt. Derzeit kann nur an den öffentlichen Hochschulen Medizin studiert werden. Die Ärztekammern befürchten einen Qualitätsverlust der medizinischen Ausbildung, wenn an fachfremden Hochschulen das Medizinstudium durchgeführt würde. Die an den privaten Hochschulen genehmigten Studienplätze für das Fach Medizin würden aufgrund der hohen Studiengebühren überwiegend von ausländischen Studenten besetzt werden, die größtenteils nach dem Studium das Land verließen, so dass die Ärztekammern auch vor diesem Hintergrund sich gegen diese Veränderung in der Hochschulbildung aussprechen.

### **6.3.2 Facharztausbildung**

Die ärztliche Weiterbildung wird in Polen zentral durch das „*Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*“ (CMKP) (Zentrum für medizinische Bildung) organisiert und durchgeführt. Es handelt sich um eine medizinische Hochschule mit Sitz in Warschau, die für die Postgraduiertenausbildung von Ärzten, Apothekern und anderem medizinischen Personal zuständig ist. Am CMKP werden Kurse für die Weiterbildung organisiert und angeboten.

#### **6.3.2.1 Rechtliche Grundlagen der polnischen ärztlichen Weiterbildung**

Die ärztliche Weiterbildung in Polen ist durch die Verordnung des Gesundheitsministers über die ärztliche und zahnärztliche Weiterbildung vom 2. Januar 2013 geregelt (MZ 2013d). Auf Grundlage dieser Verordnung wurden von Expertenkomitees die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Fachrichtungen des CMKP erarbeitet, die wiederum vom Gesundheitsminister genehmigt wurden und landesweit gelten.

### 6.3.2.2 Aufbau der polnischen Weiterbildungsordnung des CMKP

Die Weiterbildungsordnungen (WBO) der jeweiligen Spezialisierungen haben folgenden Aufbau:

- I. Ziele der ärztlichen Weiterbildung
- II. Erforderliches Wissen
- III. Erforderliche praktische Fähigkeiten, die bei Abschluss der Ausbildung vorhanden sein müssen
- IV. Form und Methodik der Lehre
  - a. Kurse
  - b. Praktika
  - c. Liste der unter Aufsicht durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
  - d. Zu absolvierende Dienste
  - e. Selbststudium
- V. Bewertung des theoretischen Wissens und der praktischen Fähigkeiten
- VI. Dauer und Weiterbildungszeiten der Spezialisierung
- VII. Panstwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES)- (Fachärztliches Staatsexamen)

#### **Kurse der ärztlichen Weiterbildungen:**

Ein wesentlicher Bestandteil im polnischen ärztlichen Bildungssystem sind Weiterbildungskurse. In der Weiterbildungsordnung sind die erforderlichen Pflichtkurse mit Thema, Ziel, Inhalt/Wissensspektrum, Dauer und Prüfungsform detailliert beschrieben. Die Kursdauer wird in Tagen beschrieben, wobei 1 Tag 8 Unterrichtsstunden a 45 Minuten beinhaltet. In Polen werden die Kurse der jeweiligen Spezialisierungsprogramme jährlich auf der Internetseite des CMKP<sup>6</sup> veröffentlicht und nur diese Kurse werden für die ärztliche Weiterbildung angerechnet (CMKP 2014d, 25). Zum Bestehen der Kurse muss, neben der Teilnahme an ebendiesen, eine Prüfung über die theoretischen Weiterbildungsinhalte erfolgreich abgeschlossen werden.

---

<sup>6</sup> <http://www.cmkp.edu.pl/>

**Praktika:**

Die Praktika erfolgen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit als Vollzeitstelle mit einer Arbeitszeit von 7,5 h täglich. Diese müssen in unterschiedlichen Fachrichtungen absolviert werden, die in der WBO genau beschrieben ist. Ziel des Praktikums, theoretische Weiterbildungsinhalte, durchzuführende praktische Tätigkeiten, Prüfungsform (Nachweis), Dauer und Ort des Praktikums sind in der WBO dargestellt. Zur Anrechnung des Praktikums müssen die Untersuchungs- und Behandlungsverfahren abgeleistet werden, sowie eine abschließende theoretische Prüfung über die Weiterbildungsinhalte des jeweiligen Praktikums erfolgreich abgeschlossen werden.

**Panstwowy Egzamin Specjalizacyjny- PES ( Fachärztliches Staatsexamen):**

Die Abschlussprüfung der ärztlichen Weiterbildung wird vom CEM zweimal jährlich organisiert und besteht aus einer schriftlichen und mündlichen Prüfung. Die schriftliche Prüfung wird zeitgleich im ganzen Land abgehalten (MZ 2013d, §25).

Das Ausbildungssystem wurde in den letzten Jahren in Polen überarbeitet, um eine schnellere Ausbildung und eine Zunahme der Fachärzte zu ermöglichen. Das neue Facharztausbildungssystem startete am 1. Oktober 2014. Es handelt sich um ein Modulsystem (CMKP 2014a). Personen die sich vor diesem Datum für die Facharztausbildung qualifiziert haben, durchlaufen das alte Facharztausbildungssystem, so dass aktuell zwei Bildungssysteme parallel laufen.

Laut der neuen Verordnung gibt es 77 Spezialisierungen (MZ 2013d, 16). Das Modulsystem wird in Grund und Weiterführende Module unterteilt, von denen jeweils eines durchlaufen werden muss. Wird lediglich ein Grundmodul durchlaufen, erhält man keinen Abschluss oder Facharztstitel. Es handelt sich um fünf Grundmodule und 41 weiterführende Module. Zudem werden 28 Spezialisierungen als Einphasenmodule durchlaufen (MZ 2013d, 20).

- Anästhesie und Intensivtherapie: Einphasensystem mit einer Gesamtdauer von 6 Jahren
- Allgemeinmedizin: Einphasensystem mit einer Gesamtdauer von 4 Jahren

- Innere Medizin: Modul 1: Innere Medizin, Dauer 3 Jahre, Modul 2: Innere Medizin, Dauer 2 Jahre, Gesamtdauer 5 Jahre

Die Ausbildung findet unter Beaufsichtigung eines Facharztes im Rahmen des Facharztprogrammes statt (MZ 2013a). Die Fachabteilungen an Kliniken, die zur Weiterbildung berechtigt sind, werden vom CMKP veröffentlicht (CMKP 2014a). Die Facharzttaus- bildung kann halbjährlich begonnen werden, somit können sich die Bewerber im Verwaltungsbezirk der Wahl an zwei Terminen im Jahr per Antrag für die Ausbildung bewerben.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten eine Facharztausbildung zu absolvieren. Hier stehen der ordentlichen Ausbildung im Rahmen einer Festanstellung, die aus dem Staats- budget finanziert wird, im Polnischen „*Tryb rezydentury*“ genannt, verschiedene Mög- lichkeiten eine Facharztausbildung zu absolvieren gegenüber, „*Tryby pozarezydenckie*“. Diese werden nicht auf Staatskosten finanziert. Die Anzahl der freien Plätze in den ein- zelnen Verwaltungsbezirken beider Ausbildungszweige wird jährlich vom Gesund- heitsminister festgelegt und richtet sich nach dem aktuellen Bedarf an Fachärzten und Kapazitäten der Kliniken sowie dem finanziellen Budget.

**Aus dem Staatsbudget finanzierter Weiterbildungsplatz „*Tryb rezydentury*“ (*Regel- stelle*):**

Diese Form der Facharztausbildung ist der reguläre und ordentliche Weg eine Facharz- tausbildung zu absolvieren. Die Facharztausbildung wird im Rahmen einer Festanstel- lung als Arzt im jeweiligen Fachgebiet in festgelegten Zentren absolviert. Die Arbeits- verträge sind befristet für die Zeit der Ausbildung und garantieren somit eine Anstel- lung über den kompletten Zeitraum der Ausbildung. Die Vergütung wird durch die Ver- ordnung des Gesundheitsministers festgesetzt und vom Staat geleistet. Diese Form der Facharztausbildung können ausschließlich Personen absolvieren, die noch keine Fach- arztausbildung abgeschlossen haben. Ausschlaggebend bei der Bewerbung ist das Er- gebnis des LEK bzw. LEP (MZ 2013a). Da die Ausbildungsplätze begrenzt sind, hat nur jeder zweite Bewerber eine Chance auf einen Ausbildungsplatz dieser Form (Kosakiewicz 2013).



**Nicht staatliche finanzierte Weiterbildungsplätze „Tryby pozarezydenckie“:**

Grundlage der Weiterbildung ist eine Anstellung als Arzt an einer zur Weiterbildung zugelassenen Stelle oder ein Doktorandenstudium. Der Auszubildende muss das Weiterbildungsprogramm eigenständig abarbeiten. Bei den nichtstaatlichen Weiterbildungsplätzen besteht das Problem darin, dass die Anstellung häufig nicht für die komplette Weiterbildungszeit garantiert werden kann und die Auszubildenden die Weiterbildungsprogramme nicht erfüllen können.

Eine geregelte Ausbildung in der vorgesehenen Weiterbildungszeit kann nur im Rahmen einer Festanstellung des zuerst beschriebenen Weiterbildungsplatzes garantiert werden.

**6.4 Exemplarischer Vergleich der ärztlichen Weiterbildungen in Deutschland und in Polen am Beispiel der Anästhesiologie, der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin**

Die Facharztausbildungen in Deutschland und Polen sollen anhand drei großer Fachgebiete verglichen werden, um deren Gleichwertigkeit beurteilen zu können. Hierzu wähle ich die Fachbereiche Anästhesiologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Die beiden erstgenannten Fachbereiche habe ich gewählt, da polnische Fachärzte der Anästhesiologie und der Inneren Medizin das größte Interesse an einer Ausreise zeigen. Der größte prozentuale Anteil an ausgestellten Ausbildungsnachweisen der polnischen Ärztekammern betrifft Ärzte dieser beiden Fachbereiche (NIL 2015c). Im Fach Allgemeinmedizin ist in Deutschland ein Mangel an Fachärzten zu verzeichnen, der sich in Zukunft verschärfen soll, weshalb auf dieses Fach näher eingegangen wird. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der ärztlichen Weiterbildung in Polen und in Deutschland ist die verantwortliche Institution. In Deutschland ist die Facharztausbildung bundeslandabhängig, sodass die Weiterbildungsordnungen der Länder variieren können, weshalb ich mich auf die Musterweiterbildungsordnung der BAEK und die ergänzenden Musterrichtlinien der BAEK beziehe, um diese mit der zentralisierten polnischen Ausbildung zu vergleichen. In Polen wird die ärztliche Weiterbildung zentral von dem CMKP mit Genehmigung des Gesundheitsministeriums durchgeführt, womit für das gesamte Land die selben Verordnungen gelten.

Nachfolgend werden die EU-Richtlinie mit der Musterweiterbildungsordnung, der Bundesärztekammer in der Fassung vom 28.6.2013 und den jeweiligen Ausbildungsprogrammen des CMKP aus dem Jahre 2014 gegenübergestellt. Die dargestellten polnischen Weiterbildungsordnungen sind für Ärzte gültig, die noch keine Weiterbildung begonnen haben. Für Ärzte die anteilig ärztliche Weiterbildungen abgeschlossen haben, gelten andere Verordnungen, die nicht im einzelnen dargestellt werden.

#### **6.4.1 Anästhesiologie**

Die Fachrichtung Anästhesiologie entspricht nach der EU-Richtlinie der polnischen Fachrichtung „*Anestezjologia i intensywne terapia*“, übersetzt „Anästhesiologie und Intensivtherapie“ (EU-RL 2005, Anhang V, Punkt 5.1.3). Die Mindestdauer der ärztlichen Weiterbildung in diesem Fachbereich beträgt nach der EU-Richtlinie drei Jahre (EU-RL 2005, Anhang V, Punkt 5.1.3). In Deutschland beträgt die Weiterbildungszeit fünf Jahre, in Polen sechs Jahre und somit in beiden Ländern deutlich länger als nach dem Mindeststandard nach europäischem Recht (BAEK 2013a, 26, CMKP 2014d, 43).

**Tabelle 5:** Weiterbildungszeiten Anästhesiologie in Deutschland und Polen im Vergleich (CMKP 2014d, 44, BAEK 2013a, 26)

Abzuleistende Ausbildung	Deutschland	Polen
<b>Anästhesie</b>	48 Monate in der Anästhesiologie, davon können bis zu – 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden – 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden	139 Wochen/ entspricht 32,5 Monate
<b>Intensivmedizin</b>	12 Monate in der Intensivmedizin, davon können – 6 Monate Intensivmedizin in einem anderen Gebiet angerechnet werden	69 Wochen/17,25 Monate
<b>Intensivmedizin Kinder</b>	keine Angaben (k.A.)	2 Wochen
<b>Anästhesiologie Kinder</b>	k.A.	12 Wochen/3 Monate
<b>Kardioanästhesie</b>	k.A.	4 Wochen/1 Monat
<b>Thorakoanästhesie</b>	k.A.	2 Wochen
<b>Neuroanästhesie</b>	k.A.	2 Wochen
<b>Anästhesie und Geburtshilfe</b>	k.A.	6 Wochen
<b>Schmerzdiagnostik</b>	k.A.	2 Wochen
<b>Spezialisierungskurse</b>	k.A.	7 Wochen
<b>Zeit insgesamt</b>	60 Monate/ 5 Jahre	313 Wochen/6 Jahre

In den jeweiligen Weiterbildungsordnungen sind die zahlenmäßigen Anforderungen für die Weiterbildungsinhalte in den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der einzelnen Weiterbildungen aufgelistet. Zu finden sind die Leistungskataloge in der Musterrichtlinie zur MWBO und in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen des CMKP. Um die Anforderungen an den Auszubildenden quantitativ vergleichen zu können, werden die Behandlungen mit Mindestanzahl in Tabelle 6 gegenübergestellt.

**Tabelle 6:** Vergleich der Untersuchungs- und Behandlungsverfahren Anästhesiologie (BAEK 2011a, CMKP 2014d, 27)

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Deutschland (nach MWBO)	Polen (nach Weiterbildungsordnung des CMKP)
Maßnahmen zur Behandlung akut gestörter Vitalfunktionen, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen</li> </ul>	100	k.A.
Kardiopulmonale Reanimation	10	k.A.
Beatmung einschließlich der Beatmungsentwöhnung	50	BK(Intubation/Bronchialintubation/Tracheotomie)
Katheterisierungstechniken, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zentralvenöse Katheterisierung</li> </ul>	k.A. 50	220 100, davon 20 mit Zuhilfenahme des Ultraschalls
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	50	k.A.
selbstständig durchgeführte Anästhesieverfahren, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei abdominalen Eingriffen</li> <li>▪ in der Geburtshilfe 50, davon</li> <li>▪ bei Kaiserschnitten</li> <li>▪ bei Eingriffen im Kopf-Hals-Bereich in den Gebieten Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder Neurochirurgie</li> <li>▪ bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</li> <li>▪ bei ambulanten Eingriffen</li> </ul>	1800 300 50, davon 25 100 50 100	1500 k.A. 20 20 20 (Laryngologie) 30 (Kinder < 5 Jahre) 20 (Kinder < 1 Jahr) k.A.

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Deutschland (nach MWBO)	Polen (nach Weiterbildungs- ordnung des CMKP)
▪ rückenmarksnahe Regionalanästhesien	100	k.A.
periphere Regionalanästhesien und Nervenblockaden, davon		
▪ dokumentierte perioperative regionale Schmerztherapie	50	k.A.
Mitwirkung bei Anästhesien für intra- thorakale Eingriffe	25	k.A.
Mitwirkung bei Anästhesien für in- trakranielle Eingriffe	25	k.A.
Fiberoptische Intubationsverfahren	25	k.A.

Die Anzahl der selbst durchzuführenden Anästhesieverfahren in Deutschland und Polen sind annähernd vergleichbar. In der MWBO ist die Anzahl der jeweiligen Gebiete in denen die Verfahren durchgeführt werden sollen detaillierter angegeben.

#### 6.4.2 Innere Medizin

Die in der EU-Richtlinie als „Allgemeine (innere) Medizin“ bezeichnete Weiterbildung hat eine Mindestdauer von fünf Jahren. Um den Facharzt für Innere Medizin in Deutschland zu erhalten, bedarf es einer Ausbildungszeit von ebenfalls fünf Jahren (BAEK 2013a, 72). Die Ausbildung wird gegliedert in einen ersten Teil „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin“ und einen zweiten Teil „Weiterbildung in Innerer Medizin“. In Polen werden zwei Module durchlaufen, das Grundmodul mit dreijähriger Dauer und das Hauptmodul mit zweijähriger Dauer, was der deutschen Ausbildungszeit entspricht (CMKP 2014c, 34). In beiden Ländern wird die Ausbildung in zwei Teile unterteilt. Die zu absolvierenden Weiterbildungszeiten in den einzelnen Fachbereichen werden in Tabelle 7 für beide Teile der Ausbildung dargestellt. In der polnischen Weiterbildungsordnung sind die zu absolvierenden Stationen und Dauer der Praktika sehr genau benannt im Gegensatz zu den Angaben MWBO, die allgemein gehalten sind.

**Tabelle 7:** Weiterbildungszeiten Innere Medizin in Deutschland und Polen im Vergleich (BAEK 2013a, CMKP 2014c)

Abzuleistende Ausbildung	Deutschland	Polen
<b>DE-stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin</b>  <b>PL- Modul 1</b>	36 Monate	36 Monate/3 Jahre davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundausbildung Innere Medizin 70 Wochen</li> <li>▪ Intensivmedizin 4 Wochen</li> <li>▪ Kardiologie 16 Wochen</li> <li>▪ Pulmonologie , Gastroenterologie, Endokrinologie jeweils 6 Wochen</li> <li>▪ Nephrologie, Hämatologie, Rheumatologie, Infektiologie, Neurologie jeweils 3 Wochen</li> <li>▪ Psychiatrie 2 Wochen</li> </ul>
		Spezialisierungskurse 7 Wochen
<b>DE- stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin</b>  <b>PL-Modul 2</b>	24 Monate davon 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können	24 Monate davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Innere Medizin 44 Wochen</li> <li>▪ Intensivmedizin 4 Wochen</li> <li>▪ Kardiologie 6 Wochen</li> <li>▪ Pulmonologie, Gastroenterologie jeweils 4 Wochen</li> <li>▪ Endokrinologie 6 Wochen</li> <li>▪ Nephrologie, Hämatologie jeweils 3 Wochen</li> <li>▪ Rheumatologie 4 Wochen</li> <li>▪ Infektiologie 3 Wochen</li> <li>▪ Geriatrie, Palliativmedizin jeweils 2 Wochen</li> </ul> Gesundheitspflege(POZ?) 2 Wochen
		Spezialisierungskurse 1 Woche
<b>Zeit insgesamt</b>	5 Jahre	5 Jahre

Die festgelegten Mindestzahlen an nachzuweisenden Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt der Inneren Medizin in Deutschland und Polen sind in Tabelle 8 gegenübergestellt. Bei den polnischen Mindestzahlen handelt es sich ausschließlich um selbstständig durchgeführte Untersu-

chungs- und Behandlungsverfahren unter Aufsicht eines Facharztes. Bei den Angaben der MWBO kann es sich teilweise auch Mitwirkungen bei Behandlungen handeln. Insgesamt fällt eine große Differenz der nachzuweisenden Fälle auf. In Deutschland müssen in der gesamten Ausbildungszeit rund 2400 Verfahren nachgewiesen werden, wobei nach polnischer Weiterbildungsordnung nur 270 Verfahren selbstständig durchgeführt werden müssen. In Polen werden nicht nur in den einzelnen Disziplinen weniger Verfahren gefordert, Ultraschalluntersuchungen von denen in Deutschland insgesamt 650 gefordert werden, werden laut polnischen Leistungskatalog nicht erwähnt oder erwartet. Es ist davon auszugehen, dass nach der polnischen Weiterbildung weniger praktische Erfahrungen und selbst durchgeführte Behandlungen absolviert worden sind als nach einer Weiterbildung in Deutschland.

**Tabelle 8:** Vergleich der Untersuchungs- und Behandlungsverfahren Innere Medizin (BAEK 2011a, 52-53)

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Basisweiterbildung/Modul 1	Deutschland (nach MWBO)	Polen (nach Weiterbildungsordnung des CMKP)
Allgemeine Angaben		Herz-Lungen-Wiederbelebung 5 Intubation 5 Kardioversion elektrisch 5 Defibrillation 5 Gasometrische Messung aus Arterie 5 Messung Peak-Flow 5
Elektrokardiogramm	500	5(12-Kanal-EKG)
Ergometrie	100	k.A
Langzeit-EKG	100	(siehe Modul 2)
Langzeitblutdruckmessung	50	5 (Messung des Zentralen venendruckes)
Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion	100	(siehe Modul2)

<b>Untersuchungs-und Behandlungsverfahren der Basisweiterbildung/Modul 1</b>	<b>Deutschland (nach MWBO)</b>	<b>Polen (nach Weiterbildungsordnung des CMKP)</b>
Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane	500	k.A.
Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse	150	k.A.
Doppler-Sonographien der Extremitäten versorgenden und der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	300	k.A.
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	BK <sup>7</sup>	Pleurapunktion 5 Peritonealpunktion 2 Blasenkatheter 10
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	50	Bluttransfusion 5 Magensonde 5
Proktoskopie	BK	5
Palpation der Brustdrüse	k.A.	50
Allgemeine Angaben		Langzeitblutdruckmessung 5 Spirometrie 5 Peak-Flow Messung 5 Palpation der Brust 5 Doppler-Index 5
Echokardiographien sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße	150	Belastungs-EKG 5 Langzeit-EKG 5 12-Tunnel EKG 5
Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich bronchoalveolärer Lavage	25	k.A.

<sup>7</sup> Die Angabe „BK“ (Basiskompetenz) in der Spalte „Richtzahl“ bedeutet, dass der Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen gefordert ist, ohne dass hierfür eine festgelegte Mindestzahl nachgewiesen werden muss. (BAEK 2011a)



<b>Untersuchungs-und Behandlungsverfahren der Basisweiterbildung/Modul 1</b>	<b>Deutschland (nach MWBO)</b>	<b>Polen (nach Weiterbildungsordnung des CMKP)</b>
Ösophago-Gastro Duodenoskopien einschließlich interventiv-eller Notfall-Maßnahmen und Perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)	100	Magensonde 5
untere Intestinoskopien einschließlich endoskopischer Blutstillung,	100, davon	k.A.
▪ Proktoskopien	20	5
Therapie vital bedrohlicher Zustände, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung	50	Reanimation 5 Intubation 5 Elektrische Kardioversion 5 Defibrillation 5 Bluttransfusionen 5 Blutgasanalyse 5 Messung des zentralen venendruckes 5
Selbstständige Durchführung von Punktionen, z. B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen	100	Pleurapunktion 5 Peritonealpunktion 5 Blasenkateter 10
<b>Gesamtanzahl</b>	2375	269

### 6.4.3 Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin wird als einzige Fachrichtung gesondert in der EU-Richtlinie aufgenommen und in Artikel 28 beschrieben. Zulassungsvoraussetzung für die Weiterbildung ist das in Artikel 24 beschriebene 6 jährige Studium der Medizin. Weiterbil-

dungen der Allgemeinmedizin die vor dem 1. Januar 2006 abgeschlossen wurden, haben eine Mindestausbildungsdauer von 2 Jahren (EU-RL 2005, Artikel 28, Abschnitt 2). Ab diesem Zeitpunkt werden für Ausbildungsnachweise über die Weiterbildung der Allgemeinmedizin Weiterbildungszeiten von mindestens drei Jahren verlangt. Die Ausbildung findet als Vollzeitausbildung statt, die praktische Ausbildung der Weiterbildung muss als mindestens sechs Monate in einem Krankenhaus und sechs Monate in einer Praxis oder in einem Zentrum der Erstbehandlung stattfinden (EU-RL 2005). Die jeweiligen Ausbildungsstätten müssen als diese zugelassen sein. Der entsprechende Ausbildungsnachweis für den Allgemeinmediziner ist in Deutschland das „*Zeugnis über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin*“ und in Polen das „*Diplôme: Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej*“ (EU-RL 2005, Anhang V, Punkt 5.1.4.). In Deutschland dauert die Ausbildung zum Allgemeinmediziner fünf, in Polen vier Jahre (BAEK 2013a, CMKP 2014b).

**Tabelle 9:** Weiterbildungszeiten Allgemeinmedizin Deutschland und Polen im Vergleich (BAEK 2013a, 23, CMKP 2014b, 33)

Abzuleistende Ausbildung	Deutschland	Polen
<b>Stationäre Basisweiterbildung im Gebiet der inneren Medizin</b>	36 Monate davon können – 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) auch im ambulanten Bereich angerechnet werden	51 Wochen / 12 Monate <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einführung in die innere Medizin 4 Wochen</li> <li>▪ Innere Medizin 21 Wochen</li> <li>▪ <b>Kinder</b> 21 Wochen</li> <li>▪ <b>Chirurgie</b> 3 Wochen</li> <li>▪ Geburtshilfe/Gynäkologie 2 Wochen</li> </ul> Praktika können auch im ambulanten Bereich durchgeführt werden
<b>Wahlpraktika</b>	k.A.	16 Wochen/4 Monate, 4x4 Wochen Zur Auswahl stehen in der Weiterbildungsordnung 12 Abteilungen/Fachrichtungen
<b>Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung</b>	24 Monate davon können – 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden	95 Wochen/ 24 Monate
<b>Spezialisierungskurse</b>	80 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung	13 Wochen
<b>Zeit insgesamt</b>	5 Jahre	4 Jahre

Wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist, werden die zeitlichen Voraussetzungen nach EU-Richtlinie in Deutschland als auch in Polen deutlich erfüllt. Zu beachten ist jedoch, dass in Deutschland die Weiterbildung ein Jahr länger beansprucht. Diese Differenz befindet sich in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet der inneren Medizin, sodass in diesem Fachgebiet in Deutschland eine intensivere Ausbildung möglich ist.

Die Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Allgemeinmedizin setzen sich aus der Basisweiterbildung aus dem Gebiet der Inneren Medizin (siehe Tabelle 8) und weiteren Inhalten zusammen.

In der polnischen Weiterbildungsordnung sind die praktischen Fähigkeiten, die vom Auszubildenden zum erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung gefordert werden, aufgelistet, jedoch ohne Angabe einer Mindestzahl (CMKP 2014b, 12-13). Es handelt sich um einen Leistungskatalog aus 46 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Anzahl der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Ausbildung vom Arzt ausgeführt werden sollen, werden vom jeweiligen Weiterbildungsleiter bestimmt (CMKP 2014b, 13).

## **6.5 Ergebnisse des Vergleichs der Ausbildungssysteme**

Die universitäre Ausbildung, ihr Zugang sowie die Facharztausbildung sind in Deutschland und in Polen in vielen Punkten gleich. Qualitativ haben beide Länder hohe Anforderungen an die medizinische Ausbildung und garantieren somit auch einen hohen Standard in der medizinischen Versorgung. Ein Arzt mit polnischer Grund und/oder Facharztausbildung wird sich im deutschen Gesundheitssystem fachlich gut einfügen können.

Wer in Polen Medizin studieren möchte, muss schon während der Schulzeit die richtigen Fächer, dies sind Biologie, Physik und Chemie wählen und im naturwissenschaftlichen Zweig das Abitur ablegen. Dies ist Voraussetzung bei der Bewerbung um einen Studienplatz und die Noten der naturwissenschaftlichen Fächer sind entscheidend im Wettbewerb um einen Studienplatz. In Deutschland sind naturwissenschaftliche Kenntnisse bei der Bewerbung um einen Studienplatz nicht in dem Maße entscheidend. Somit haben polnische Studienanfänger in der Regel bessere Kenntnisse der Grundlagenfächer des Studiums. Diese Voraussetzung kann mit einer besseren Eignung des Studenten für das Medizinstudium einhergehen.

Ein Unterschied zum Studium in Deutschland ist die Möglichkeit des Studierens gegen Gebühren sowie das Studieren auf Englisch. Personen die keinen regulären Studienplatz erhalten haben, können sich um einen Studienplatz, für den sie Semestergebühren ent-

richten müssen, bewerben. Neben dem regulären Studium auf Polnisch werden Studiengänge auf Englisch angeboten. In Deutschland wird derzeit kein Medizinstudium auf Englisch angeboten.

Sowohl in Deutschland als auch in Polen werden die Mindestanforderungen der Richtlinie für die Facharztausbildungen weit übertroffen. Als Beispiel ist die Mindestdauer der Weiterbildung Anästhesiologie anzuführen, die in beiden Ländern zwei Jahre länger ist, als es die EU-Richtlinie vorschreibt. In Ländern, die lediglich die Mindestanforderungen erfüllen, im genannten Fall die 3 jährige Weiterbildungsdauer, kann nicht im gleichen Umfang ausgebildet werden wie in Deutschland oder Polen, trotzdem werden die Facharzt diplome nach geltendem EU-Recht als gleichwertig anerkannt.

**Table 10:** *Wesentliche Unterschiede zwischen den medizinischen Ausbildungssystemen in Deutschland und in Polen (eigene Darstellung)*

Studienplatzvergabe:	In Polen ist eine naturwissenschaftliche Fächerwahl im Abitur Voraussetzung für die Vergabe der Studienplätze.
Studiendauer:	In Polen dauert die Ausbildung derzeit ein Jahr länger als in Deutschland. Deutschland: 12 Semester incl. praktischem Jahr, Polen: 12 Semester + 1 jähriges Praktikum (ab Studium Oktober 2012: 12 Semester incl. praktischem Jahr)
Studieninhalte:	In Deutschland und in Polen identisch. In der polnischen Ausbildungsordnung werden die Inhalte sehr detailliert dargestellt. Anforderungen der EU-RL werden eingehalten.
Universitäten:	Studium in Polen nur an staatlichen Institutionen möglich, aufgrund von Befürchtungen der Qualitätseinbuße der Ausbildung an privaten Institutionen; in Deutschland existieren auch private Hochschulen. In Polen können Studenten, die keinen regulären Studienplatz über das Auswahlverfahren erhalten, gegen Gebühren am Studium teilnehmen. Dadurch wird die Anzahl der Studenten erhöht, ohne den Staatshaushalt zu belasten. In Polen kann gegen Gebühren in englischer Sprache studiert werden.
Facharztausbildung:	In Deutschland bundeslandabhängig. In Polen zentrale Steuerung über das CMKP (Zentrum für medizinische Bildung). Dauer und Inhalte sind ähnlich.
Frauenanteil:	In Polen ist der Frauenanteil der Ärzteschaft seit vielen Jahren mit ca. 58 Prozent konstant. In Deutschland liegt der Frauenanteil bei ca. 45 Prozent, was eine Debatte über die Feminisierung des Arztberufes ausgelöst.

## **6.6 Voraussetzung um als Arzt mit deutscher Ausbildung in Polen arbeiten zu können – Welche Probleme kämen bei einer Wanderungsbewegung von West nach Ost auf?**

Die Richtung der Ärztemigration vollzieht sich derzeit in Europa von Ost nach West und von Süd nach Nord. Aus politischen und wirtschaftlichen Gründen könnte sich die Migrationsrichtung zukünftig ändern. Im folgenden Abschnitt werden die Voraussetzungen, um als Arzt mit deutschem Examen in Polen zu arbeiten, beleuchtet.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen um als Arzt mit deutschem Examen in Polen zu arbeiten sind in der EU-Richtlinie dargestellt (vgl. EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG). Die in Anhang V der EU-Richtlinie genannten Universitätsabschlüsse sowie Facharztausbildungen werden in Polen als gleichwertig anerkannt. Wer in Deutschland das Staatsexamen abgelegt und die Approbation erhalten hat, muss als weitere Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme als Arzt zudem polnische Sprachkenntnisse in Wort und Schrift nachweisen. Die sprachlichen Kenntnisse müssen in einem durch die polnische Ärztekammer in Warschau zentral durchgeführten Sprachtest nachgewiesen werden. Um zur Sprachprüfung zugelassen zu werden, sind die deutsche Approbation sowie die Anerkennung der Gleichwertigkeit dieser durch das polnische Gesundheitsministerium vorzulegen (NIL 2010). Die exakten Anforderungen an die Sprachkenntnisse sowie die Bestandteile des Sprachtest sind in der Verordnung des Gesundheitsministers detailliert beschrieben und festgelegt (MZ 2002).

Das Erlernen der polnischen Sprache stellt an einen Deutschen eine große Herausforderung dar, da slawische Sprachen nicht zur Schulbildung gehören. In Deutschland erlernt man in der Schule generell Englisch oder romanische Sprachen darunter Französisch oder Spanisch. Somit hat man als Deutscher keine Grundkenntnisse für das Erlernen der polnischen Sprache. Im Vergleich wird ein Pole mit Grundkenntnissen der germanischen Sprachen durch seine Schulbildung leichter die deutsche Sprache erlernen können als ein Deutscher die polnische Sprache. Bei einer Wanderbewegung von Deutschland nach Polen kämen von Seiten der Anerkennung der Diplome keine Hindernisse auf, das Erlernen der Sprache wäre in dem Fall die größte Herausforderung.

## 7 Ergebnisse der Umfrage bei Ärzten mit polnischem Examen die in Deutschland tätig sind

### 7.1 Auswertung der Befragung

Die Umfrage erreichte ca. 200 Ärzte somit gehen wir von einer Grundgesamtheit von 200 aus. Davon haben 37 an der Befragung teilgenommen. 32 Umfragen wurden bis zur letzten Seite bearbeitet und können in die Auswertung mit einbezogen werden. 5 Umfragen wurden gestartet, aber nicht beendet und werden somit ausgeschlossen. Von den 37 Befragungsteilnehmern haben sich 32 Personen für die polnische Sprachversion entschieden.

*Tabelle 11: Ausschöpfung der Online-Befragung  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*

	<b>Grundgesamtheit</b>	<b>Rücklauf polnisch</b>	<b>Rücklauf deutsch</b>	<b>Rücklaufquote</b>
<b>Anzahl der Teilnehmer</b>	200	32	5	18,5 %

### 7.2 Teilnehmer der Befragung

Die Befragten gehören größtenteils zu der Altersgruppe der 25-39 Jährigen. Ein Befragter gehört zu der Altersgruppe der 55-59 jährigen. Es nahmen gleich viele Frauen und Männer an der Befragung teil. Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer befindet sich in der Facharztausbildung.



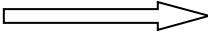
**Tabelle 12:** *Arbeitsplatz und Status*  
(*Wo arbeiten Sie? AD03, Welche Stellung haben Sie derzeit? AL09*)

	<b>Assistenzarzt</b>	<b>Facharztausbildung</b>	<b>Facharzt</b>	<b>Sonstiges</b>	<b>Summe</b>
<b>Klinik</b>	3	2	7		9
<b>Krankenhaus</b>		12			17
<b>Praxis</b>		1	2		6
<b>Sonstiges</b>					
<b>Summe</b>	3	15	9	5	32

### 7.3 Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland

Die Gründe für eine Arbeitsmigration sind vielfältig und die Entscheidung für eine Auswanderung wird durch das Zusammenspiel vieler Faktoren bestimmt. Die Befragungsteilnehmer konnten an Hand einer Gewichtung von unwichtig bis sehr wichtig verschiedene Faktoren, die Einfluss auf die Entscheidung für eine Arbeitsmigration haben, bewerten. Der wichtigste Grund für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland ist der bessere Zugang zu einer Facharztausbildung. 87,5 Prozent der Befragten nannten diesen Punkt als sehr wichtig, 12,5 Prozent als wichtig, somit ist für alle Teilnehmer dieser Umstand als ausschlaggebender Grund für eine Arbeitsmigration anzusehen. Einen hohen Stellenwert hat auch die höhere Vergütung, die 78 Prozent der Befragten als wichtig und sehr wichtig ansieht.

**Table 13:** *Beweggründe für Arbeitsaufnahme in Deutschland (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*

Welche Gründe waren wichtig und haben Sie motiviert in Deutschland zu arbeiten? MT01 n=20					
	Unwichtig		sehr wichtig		
Höhere Vergütung		2	5	5	20
Besserer Zugang zu einer Facharztausbildung				4	28
Weiterbildungsmöglichkeiten			5	1	26
Arbeitsbedingungen	1	1	5	11	14
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung	3	8	9	9	3
Mehr Freizeit durch geregelte Arbeitszeiten	2	6	12	8	4

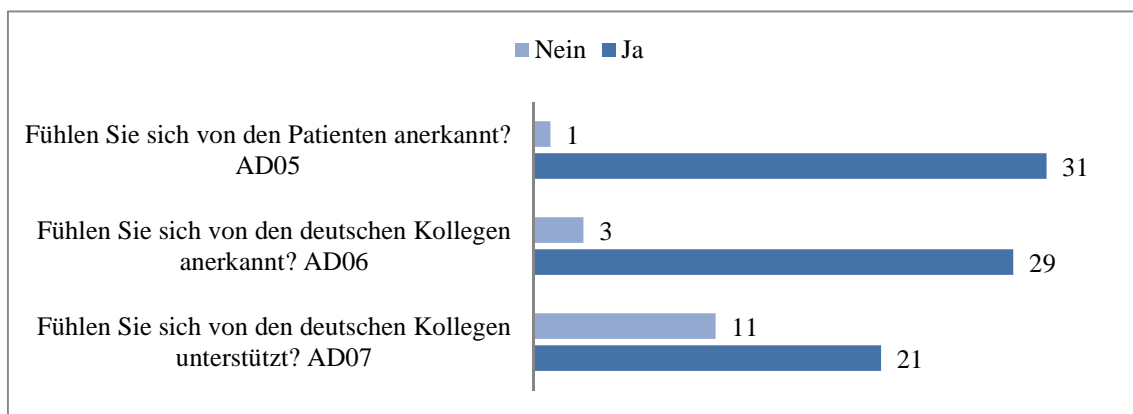
*(Bei der Antwortmöglichkeit Sonstiges wurde von einer Teilnehmerin die Liebe als Beweggrund angegeben)*

Die Frage nach der Art, wie die ersten Kontakte zum deutschen Arbeitsmarkt hergestellt wurden, soll Auskunft darüber geben, ob die Initiative von Arbeitnehmerseite oder Arbeitgeberseite erfolgt (AD04). Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer 28 von 32 haben sich eigeninitiativ für den deutschen Arbeitsmarkt interessiert und sich um eine Arbeitsaufnahme bemüht. Eine Person hat über eine Fachmesse Kontakte zum deutschen Arbeitsmarkt hergestellt. Eine Person wurde direkt von einem deutschen Krankenhaus (Krankenhaus Knappschaft) rekrutiert. Zwei Personen geben Sonstiges an. Laut diesen Befragungsergebnissen sind die polnischen Ärzte sehr interessiert an einer Arbeitsaufnahme, denn 80 Prozent der Befragten haben sich aktiv über den deutschen Arbeitsmarkt informiert. Geht man von diesen Umfrageergebnissen aus, sind die Arbeitnehmer aktiver bei der Arbeitssuche in Deutschland, als die Arbeitgeber in der Ärzteabwerbung in Polen.

## 7.4 Anerkennung und Integration am Arbeitsplatz

Ob ein ausländischer Arzt im deutschen Gesundheitswesen langfristig tätig ist oder wieder abwandert, ist unter anderem abhängig von der Anerkennung die ihm entgegen gebracht wird. Der Arzt wird nur bei fachlichen und sprachlichen Kompetenzen von den Patienten und Kollegen anerkannt werden. Somit kann Anerkennung auch ein Indikator für das Sprach- und Qualifikationsniveau des Arztes sein. Gute Sprach- und Fachkenntnisse sind die Voraussetzung für eine Integration auf dem Arbeitsmarkt.

Die polnischen Ärzte sind gut integriert an den deutschen Arbeitsplätzen. Die Mehrheit fühlt sich sowohl von den Patienten als auch von den deutschen Kollegen anerkannt. Zwei Drittel der polnischen Ärzte gibt an, von den deutschen Kollegen am Arbeitsplatz unterstützt zu werden.



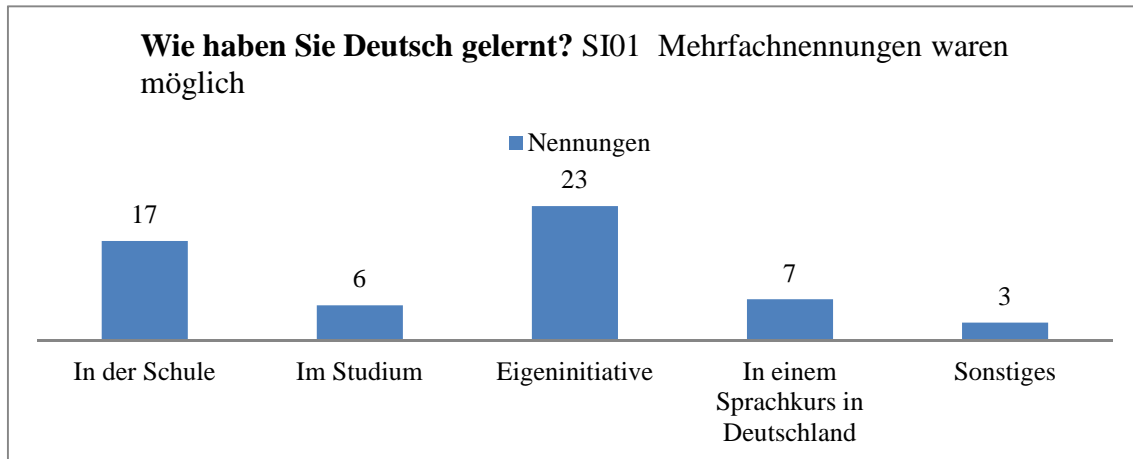
**Abbildung 11:** Anerkennung am Arbeitsplatz  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Obwohl sich die Ärzte gut anerkannt fühlen, geben 30 von 32 an, dass Integrations- und Sprachkurse bei dem Integrationsprozess bei Arbeitsbeginn helfen würden.

## 7.5 Sprach- und Fachniveau

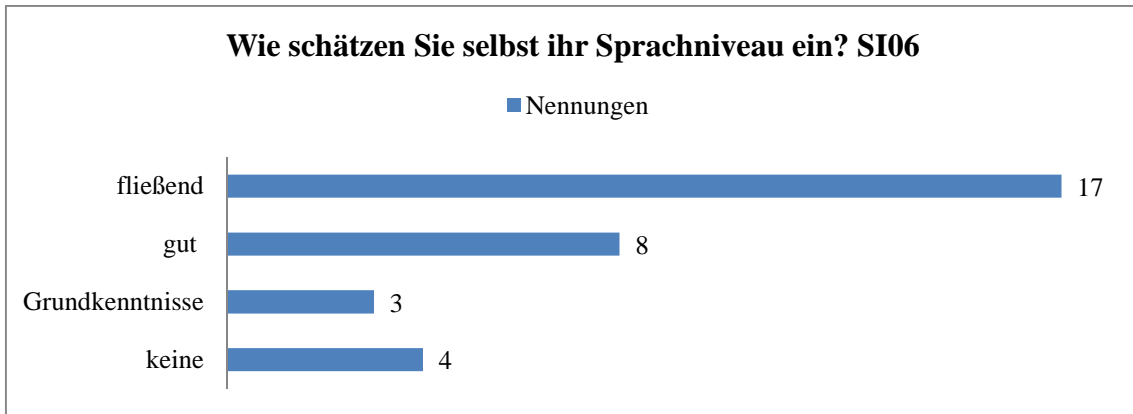
Der Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche und schnelle Integration sind gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Bei der Frage nach dem Erlernen der deutschen Sprache gab der größte Teil der Befragten an, durch Eigeninitiative Deutsch gelernt zu haben. Es ist anzunehmen, dass die Ärzte gezielt in Hinblick auf die Arbeitsaufnahme im Ausland

Deutsch gelernt haben. Zu beachten ist, dass circa die Hälfte der Befragungsteilnehmer angibt, Deutsch als Fremdsprache in der Schule gelernt zu haben. Dies entspricht dem Anteil der Deutschlerner an polnischen Schulen, der bei 50 Prozent liegt (vgl. Kapitel 5.2.3 Sprachkenntnisse der polnischen Bevölkerung-Deutsch als Fremdsprache).

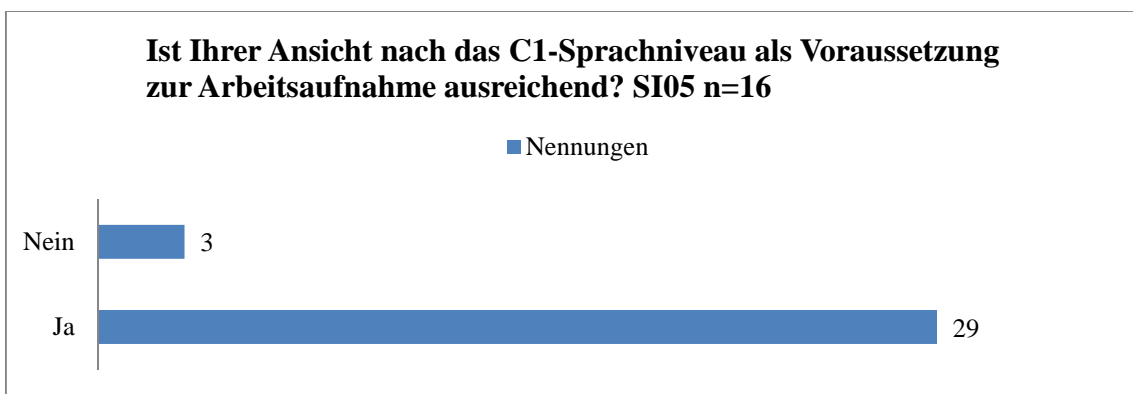


**Abbildung 12:** Erlernen der Sprache  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Bei der Angabe Sonstiges gab ein Teilnehmer an, als Kind in Deutschland gelebt zu haben. Zwei Teilnehmer gaben an, Privatunterricht genommen zu haben. Diese beiden Nennungen kann man zu der Gruppe Eigeninitiative rechnen. Die Befragungsteilnehmer schätzen ihre Sprachkenntnisse größtenteils als fließend und gut ein (siehe Abbildung 13). Zu beachten ist, dass 20 Teilnehmer angaben, bei Arbeitsbeginn mit Sprachproblemen konfrontiert worden zu sein (Frage SI02). Vor 2014 war das B2-Sprachniveau Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland. Man kann davon ausgehen, dass das Sprachniveau B2 nicht ausreichend für eine Arbeitsaufnahme ist, wenn der größte Anteil an Ärzten Sprachprobleme bei Arbeitsbeginn hatte. Ab 2014 muss das Fachsprachenniveau C1 vorgewiesen werden. Das C1-Sprachniveau wird von allen Teilnehmern ausreichend als Voraussetzung zur Arbeitsaufnahme angesehen.

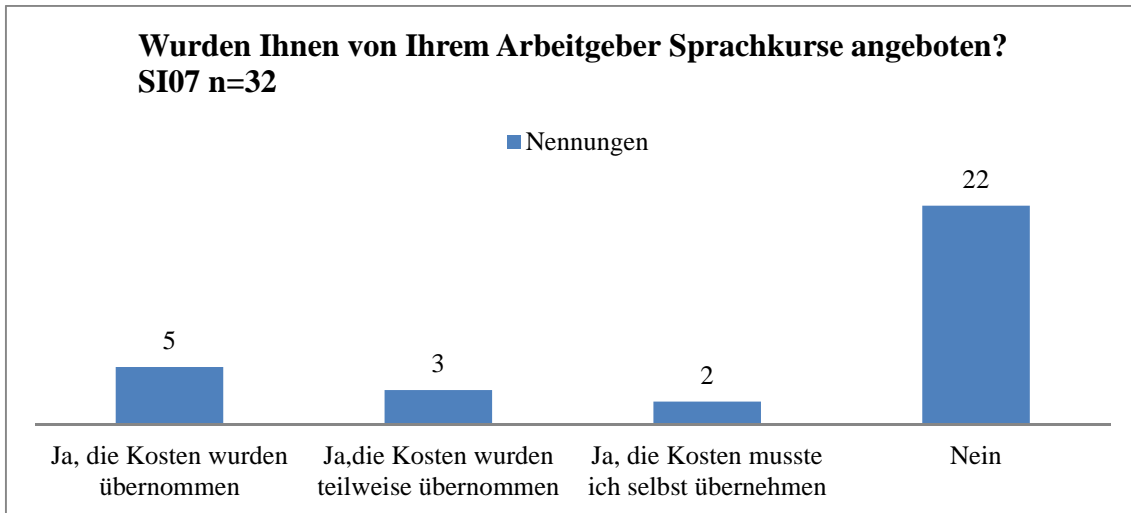


**Abbildung 13:** *Bewertung der eigenen Sprachkenntnisse (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*



**Abbildung 14:** *Beurteilung des C1-Sprachniveaus (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*

Lediglich einem Drittel der polnischen Ärzte wurde vom Arbeitgeber ein Sprachkurs angeboten. Diese Sprachkurse wurden größtenteils vom jeweiligen Arbeitgeber mitfinanziert oder vollfinanziert.

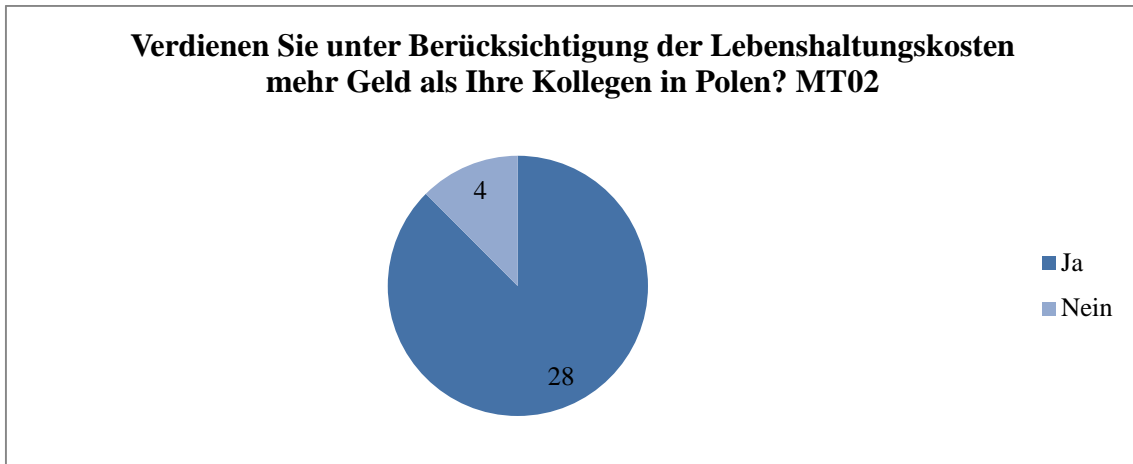


*Abbildung 15: Sprachförderung des Arbeitgebers  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*

In Deutschland besteht ein hoher wissenschaftlicher und technischer Standard in der medizinischen Versorgung. Es stellt sich die Frage, wie Ärzte, die in Polen studiert haben, mit diesen technischen Anforderungen zurechtkommen. Alle Befragungsteilnehmer geben an, dass keine Probleme mit den technischen Anforderungen bestehen (Frage AD08).

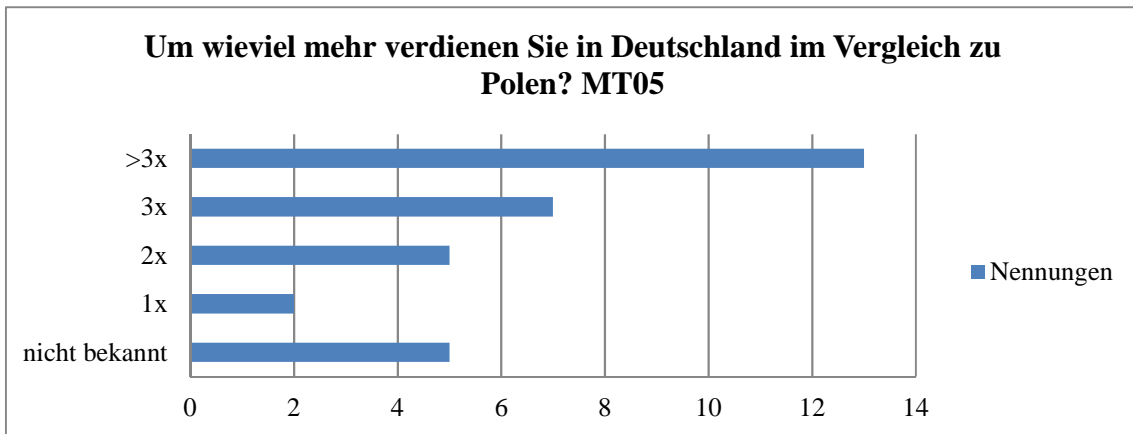
## 7.6 Zufriedenheit, Arbeitsbedingungen, Zukunftspläne

Bessere Verdienstmöglichkeiten werden als wesentlicher Faktor für eine Arbeitsmigration angegeben. Ausschlaggebend ist, ob Ärzte in Deutschland tatsächlich unter Berücksichtigung der höheren Lebenshaltungskosten mehr Geld verdienen als die Kollegen in Polen. Die Arztgehälter in Polen steigen zunehmend an und gleichzeitig sind die Lebenshaltungskosten deutlich geringer als in Deutschland. In der Umfrage gaben rund 80 Prozent der Befragten an, in Deutschland mehr Geld als in Polen zu verdienen.



**Abbildung 16:** Gehalt in Deutschland (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Der Lohnunterschied zwischen Deutschland und Polen scheint nach wie vor zu bestehen. Die meisten Ärzte nannten, dass ihr Gehalt mehr als dreimal höher sei als in Polen (siehe Abbildung 17).



**Abbildung 17:** Einschätzung des Lohnunterschieds zwischen Deutschland und Polen (eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

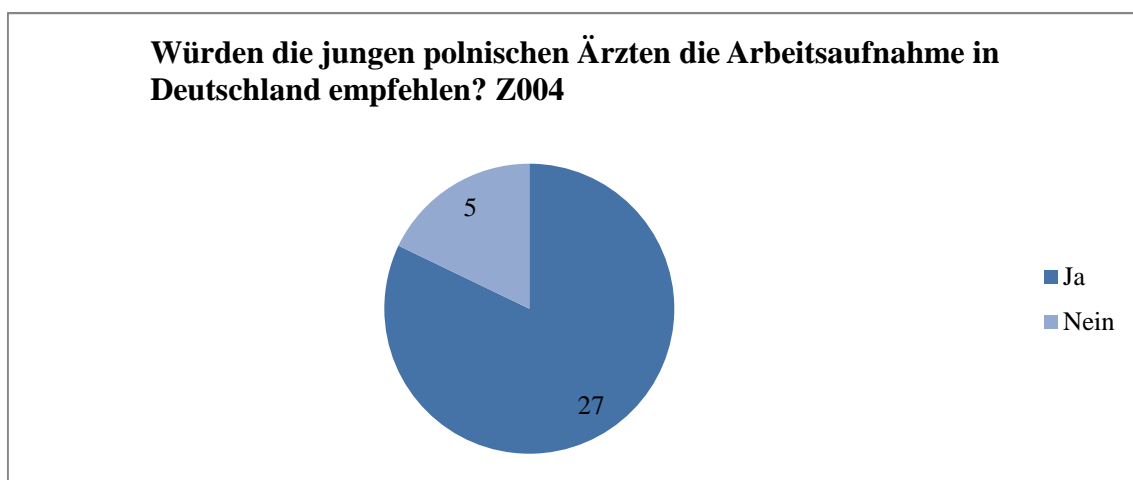
**Weitere Ergebnisse:**

- Frage MT03: Sind Ihren Erfahrungen nach die Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland besser als in Polen? Ja 28/ Nein 4, ein Teilnehmer gibt an es gäbe mehr Operationsmöglichkeiten
- Frage Z001: Die Frage ob sich der Arzt seine Zukunft in Deutschland vorstellen, kann beantworten 25 Teilnehmer mit Ja.

- Frage Z002: Die Frage, ob die Ärzte eine Arbeitsaufnahme in Polen planen beantworteten 18 mit Nein, lediglich 3 Teilnehmer mit Ja. 7 Teilnehmer sind sich unsicher und ein Arzt arbeitet zusätzlich in Polen. Die immigrierten Ärzte haben die Tendenz in Deutschland zu bleiben bzw. planen keine Rückkehr in das Heimatland.
- Frage Z003: Ein wesentlicher Faktor der Entscheidung nach Polen zurückzukehren ist das Lohnniveau. Eine Erhöhung der Arztlöhne wird von 26 der 32 Teilnehmer als entscheidende Veränderung im polnischen Gesundheitssystem angesehen, um Einfluss auf die Wahl des Arbeitsortes zu haben.

### Empfehlung an junge Ärzte in Polen

Die Befragten haben ihre Erfahrungen in der Arbeitsmigration nach Deutschland gesammelt. Um herauszufinden ob diese als positiv zu bewerten sind, wurde nach der Empfehlung an junge Ärzte gefragt. Zwei Drittel der Teilnehmer würde die Arbeitsaufnahme in Deutschland empfehlen. Somit ist aus Sicht der polnischer Ärzte die in Deutschland arbeiten ein Zugewinn in der Arbeitsmigration für junge polnische Ärzte zu sehen. Bei den Befragten, die keine Empfehlung der Arbeitsmigration nach Deutschland aussprechen würden, ist auffällig, dass sie gleichzeitig angeben, sich am Arbeitsplatz nicht anerkannt zu fühlen. Die Befragten dieser Gruppe haben mindestens bei einer Frage nach der Anerkennung am Arbeitsplatz mit Nein geantwortet (siehe Abbildung 11).



**Abbildung 18:** Empfehlung der Arbeitsmigration  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)



## 8 Ergebnisse der Umfrage bei Studenten und Ärzten polnischer Universitäten

Der Umfragelink wurde von 85 Teilnehmern geöffnet. Eine Bearbeitung der Umfrage wurde von 29 Teilnehmern durchgeführt, wovon 26 Teilnehmer die Umfrage bis zur letzten Seite ausgefüllt haben. Die übrigen Teilnehmer beantworteten die Fragebögen nicht oder unvollständig.

### 8.1 Meinung zu einer Arbeitsaufnahme in Deutschland

Um der Frage nachzugehen, ob polnische Ärzte einen quantitativen Beitrag zu der medizinischen Versorgung in Deutschland leisten können, ist es entscheidend zu wissen, ob unter den Ärzten weiterhin ein Interesse an einer Arbeitsmigration besteht. Gut 90 Prozent der Befragungsteilnehmer können sich vorstellen, in Deutschland zu arbeiten. Rund die Hälfte der Teilnehmer hat konkrete Maßnahmen für eine Arbeitsmigration in Form von Sprachunterricht und Kontaktaufnahmen zu Kollegen in Deutschland unternommen.

**Tabelle 14:** *Umfrageergebnisse zum Themengebiet „potentielle Arbeitsaufnahme in Deutschland“  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)*

Frage	Ja	Nein
Können Sie sich vorstellen in Deutschland als Arzt zu arbeiten? PE01	24	2
Haben Sie konkrete Pläne in Deutschland zu arbeiten? PE02	6	20
Haben Sie konkrete Maßnahmen für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland unternommen? (Mehrfachauswahl möglich) PE08	<b>Anzahl der Nennungen</b>	
▪ Sprachunterricht	15	
▪ Auslandsaufenthalt	3	
▪ Kontaktaufnahme zu Arbeitsvermittlungsagenturen	2	
▪ Kontaktaufnahme zu Kollegen in DE	11	
▪ Sonstiges	2	

Wie wurden Sie auf den deutschen Arbeitsmarkt aufmerksam gemacht? (Mehrfachauswahl möglich) PE03	
▪ Bekannte/Familie	10
▪ Eigeninitiative	18
▪ Fachmessen	4
▪ Arbeitsagenturen	0
▪ Anderweitig	1 (Erasmus)
Wann würden Sie in Deutschland arbeiten wollen? PE04	
▪ Direkt nach dem Studium	13
▪ Nach der Facharztausbildung	4
▪ Sonstiges	9
Für wie lange würden Sie gerne in Deutschland arbeiten wollen? PE05	
▪ Für die Zeit der Facharztausbildung	0
▪ Für eine begrenzte Zeit	14
▪ Unbegrenzt	10
▪ Sonstiges	1 (min 10 Jahre)

## 8.2 Entscheidungskriterien, Beweggründe

Der wichtigste Grund für eine Arbeitsmigration ist nach wie vor der bessere Zugang zu einer Facharztausbildung und zu Weiterbildungsmöglichkeiten. Ebenso wichtig sind die höhere Vergütung in Deutschland und die Arbeitsbedingungen.

**Tabelle 15:** Umfrageergebnisse zum Themengebiet „Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland“  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Was wäre für Sie wichtig oder entscheidend um eine Arbeit in Deutschland anzunehmen? PE06 (0= stimme gar nicht zu bis 4 stimme voll zu )						
	0	1	2	3	4	Kann ich nicht beurteilen
Höhere Vergütung			1	6	17	
Besserer Zugang zu einer Facharztausbildung				3	20	2
Weiterbildungsmöglichkeiten			1	3	20	
Arbeitsbedingungen				4	20	
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung		1	8	9	6	
Mehr Freizeit durch geregelte Arbeitszeiten			7	10	6	1
Integrationskurs angeboten durch Arbeitgeber	1	2	5	11	3	2
Sprachkurse Angeboten durch Arbeitgeber	1	1	2	13	6	1
Sonstiges					1	

Kommentar bei Sonstiges: „całokształt, a więc inna mentalność ludzi, lekarzy, większy szacunek dla lekarzy, większy profesjonalizm lekarzy, brak korupcji takiej jak w Polsce, wieszka szanse na karierę pomimo braku znajomości i pieniędzy” –Die Gesamtheit, also die Mentalität der Leute und Ärzte, höhere Wertschätzung für Ärzte, höhere Professionalität der Ärzte, keine Korruption wie in Polen, höhere Karrierechancen trotz fehlender Beziehungen und Geld.

### 8.3 Sprachqualifikationen

Rund die Hälfte der Befragungsteilnehmer hat Deutsch als Fremdsprache im Rahmen des Schulunterrichts gelernt. Vergleichbar ist der Anteil der Deutschlerner aus Eigeninitiative. Dies entspricht den Ergebnissen aus der Literaturrecherche (vergl. 5.2.3 Sprachkenntnisse der polnischen Bevölkerung-Deutsch als Fremdsprache) sowie der Befragung der in Deutschland arbeitenden Ärzte.

**Table 16:** *Kenntnisse der Deutschen Sprache*  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein? JN01	keine	Grundkenntnisse	Gut	Fließend
Anzahl der Nennungen	7	8	9	1

**Table 17:** *Erlernen der Deutschen Sprache*  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Wie haben Sie Deutsch gelernt? JN02	
▪ In der Schule	17
▪ Im Studium	1
▪ Durch Eigeninitiative	17
▪ Sonstiges	2 (Sprachkurs)
▪ Keine Deutschkenntnisse vorhanden	5

## 8.4 Berufsperspektiven in Polen

Ein entscheidender Faktor für eine Arbeitsmigration sind fehlende berufliche Chancen im Heimatland. Bei der Fragestellung nach den beruflichen Perspektiven als Arzt in Polen sind die Befragungsteilnehmer geteilter Meinung. Die Hälfte der Befragten sieht ihrer beruflichen Zukunft positiv entgegen, obwohl die deutliche Mehrheit (21 von 26) die Chancen zum Erhalt einer Anstellung zur ärztlichen Weiterbildung als negativ einschätzt. Auch die Änderung der Facharztausbildung wird von den Befragungsteilnehmern nicht als positiv eingeschätzt. Die Mehrheit sieht keinen Vorteil für sich in der Änderung in ein Modulsystem. Zwei Drittel der Befragungsteilnehmer würden trotz Ärztemangel in Polen eine Anstellung in Deutschland annehmen, wenn diese den persönlichen Anforderungen entspräche.

**Tabelle 18:** *Berufliche Perspektiven*  
(eigene Darstellung, Umfrageergebnisse)

Frage	Ja	Nein
Sehen Sie Ihre beruflichen Perspektiven in Polen als positiv an? SP01	11	15
Wie schätzen Sie die Chancen ein, nach dem Studium einen Platz für die Facharztausbildung zu bekommen? SP02	Gut 3	Schlecht 21 Sonstiges 2
Denken Sie, dass die derzeitige Änderung der Facharztausbildung in Polen in ein Modulsystem für Sie Vorteile bringt? PO01	6	20
In Polen herrscht ein großer Ärztemangel. Würden Sie trotzdem in Deutschland arbeiten, wenn Sie dort eine passende Anstellung fänden? PO02	23	3

## 9 Diskussion

### 9.1 Vergleich der Bildungssysteme in Deutschland und Polen

Die ärztliche Grund- und Facharztausbildung in Deutschland und Polen wurden gegenübergestellt um das Qualifikationsniveau der deutschen und polnischen Ärzte vergleichen zu können. Derzeit gibt es keinen aktuellen Vergleich von Medizinstudium und Facharztweiterbildung in Deutschland und Polen in der wissenschaftlichen Literatur. Primär sollte dieser Vergleich eine Antwort auf die Frage geben, ob polnische Ärzte qualitativ einen Beitrag zum Ärztemangel in Deutschland leisten können. Sekundär war zu analysieren, inwiefern die Ausbildungssysteme der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG entsprechen.

Der Vergleich der Approbationsordnung mit der entsprechenden polnischen Verordnung über das Medizinstudium und mit den Vorgaben zum Medizinstudium in der EU-Richtlinie ergab eine qualitative inhaltliche und strukturelle Entsprechung der ärztlichen Grundbildung in den beiden Ländern. Auch die verglichenen Facharztausbildungen sind weitestgehend sowohl inhaltlich als auch im Aufbau übereinstimmend.

Der vorgenommene Vergleich bezieht sich auf die Gesetzestexte und Verordnungen der beiden Länder und lässt keine Beurteilung zu, inwiefern diese durch die Bildungsinstitutionen eingehalten werden. In Polen ist das Gesundheitsministerium landesweit für die Überwachung der Einhaltung der Verordnung zuständig.

Vor dem Beitritt Polens zur EU befasste sich eine deutsche Expertenkommission im Jahr 2000 mit der Qualität des Medizinstudiums in Polen mit einem gegenteiligen Ergebnis (Popovic 2000). Zu dem Zeitpunkt wurden die Ausbildungsstandards an polnischen Universitäten als weitestgehend unzureichend eingestuft, nur vier der elf untersuchten Universitäten erfüllten die Ausbildungsstandards der EU (Popovic 2000). Laut dieser Untersuchung konnte von keiner generellen Gleichwertigkeit der ärztlichen Ausbildung in Deutschland und Polen ausgegangen werden (Popovic 2000). In Hinblick auf den EU-Beitritt Polens wurde die ärztliche Ausbildung überarbeitet und an die EU-Standards angepasst. Waren die Ausbildungscurricula und Prüfungen damals noch universitätsspezifisch, wurde vor EU-Beitritt eine einheitliche zentrale Staatsprüfung eingeführt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und der deutschen Expertenkommission aus dem Jahr 2000 widersprechen sich trotz gegenteiliger Resultate nicht, sondern vervollständigen das Bild der polnischen ärztlichen Aus- und Weiterbildung. War die ärztliche Ausbildung vor EU-Beitritt in Polen unzureichend, weist sie heute einen zum deutschen Ausbildungscurriculum vergleichbaren Standard auf. Nach der EU-Richtlinie werden nicht grundsätzlich alle ärztlichen Ausbildungen der Mitgliedsstaaten als gleichwertig angesehen, der Zeitpunkt des Beginns des Studiums ist hier ausschlaggebend. Im Fall Polens muss für eine automatische Anerkennung der Gleichwertigkeit die Ausbildung nach dem 1. Mai 2004 begonnen worden sein. Ausbildung die vorher begonnen wurden, werden nicht automatisch als gleichwertig angesehen und es bedarf zusätzlicher Nachweise zum Erhalt der Approbation (EU-RL 2005).

## **9.2 Quantitativer Ausgleich des Ärztemangels durch Ärzte mit polnischem Examen**

### **9.2.1 Diskussion der Methodenauswahl**

Es wurden zwei Umfragen mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt. Die erste Umfrage richtete sich an Ärzte die bereits in Deutschland arbeiten, die zweite Umfrage war an Studenten und Ärzte mit polnischem Examen gerichtet, die nicht oder noch nicht in Deutschland arbeiten. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um potentielle Arbeitskräfte für den deutschen Arbeitsmarkt.

Die Umfragen stellen dabei keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern haben orientierenden Charakter. Forschungsgegenstand in beiden Umfragen war, in welchem Umfang polnische Ärzte bereit sind, in Deutschland zu arbeiten. Beide Umfragen stellen die subjektive Auffassung polnischer Ärzte bezüglich des deutschen Arbeitsmarktes dar. In beiden Umfragen wurden wichtige Informationen über die Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland, Anerkennung und Integration der emigrierten Ärzte, Sprachqualifikationen und Zufriedenheit gesammelt. In der Literatur ist keine Befragung in Deutschland tätiger Ärzte mit polnischem Examen zu finden. Eine vergleichbare Befragung polnischer Medizinstudenten bezüglich ihrer Auswanderungspläne wurde von Krajewski-Siuda im Jahr 2008 durchgeführt (Krajewski-Siuda et al. 2012).

Das Befragungsinstrument „Online-Umfrage“ stellte sich als kostengünstige und schnelle Methode heraus, um ein Meinungsbild polnischer Ärzte zu erstellen. Hinsichtlich der Anzahl der Teilnehmer ließe sich die Untersuchung ausweiten. Die Befragungsgruppe „Ärzte die in Deutschland arbeiten“ könnte erweitert werden, indem alle bei den Ärztekammern gemeldeten Ärzte mit polnischem Examen angeschrieben würden. Hierfür wäre eine Mitarbeit der Ärztekammern notwendig. Zur Erweiterung der Befragungsgruppe „Ärzte mit polnischem Examen“ könnte man die polnischen Ärztekammern um Zusammenarbeit bitten.

Die Umfrage wurde ohne Rücklaufkontrolle gestaltet. Dies war nicht umzusetzen, weil die Teilnehmer nicht einzeln angeschrieben wurden, sondern als Gruppe zur Befragung eingeladen wurden. In der Theorie ist es möglich, dass einzelne Personen den Fragebogen mehrfach ausfüllen. In der Praxis ist diese Mehrfachteilnahme selten und stellt kein Problem bei der Auswertung dar (Birnbaum 2004, 816). Es gibt verschiedene Methoden Mehrfachteilnahmen zu erkennen (Birnbaum 2004, 814). Um diese in der vorliegenden Arbeit ausschließen zu können, wurden die einzelnen Datensätze mithilfe demographischer und geographischer Angaben der Befragten auf Mehrfachteilnahmen einer einzelnen Person untersucht.

### **9.3 Diskussion der Umfrageergebnisse**

Die Resultate der durchgeführten Befragungen werden Ergebnissen der Fachliteratur gegenübergestellt.

#### **9.3.1 Interesse an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland**

80 Prozent, der nicht in Deutschland arbeitenden befragten Ärzte, haben Interesse an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland. Gleichzeitig empfehlen 75 Prozent der emigrierten Ärzte ihren Kollegen in Polen, in Deutschland zu arbeiten. Die Summe der Antworten macht deutlich, dass der deutsche Arbeitsmarkt ein beliebtes Ziel für polnische Ärzte ist. Diese Ergebnisse entsprechen den Literaturergebnissen aus der Studie Krajewski-Siuda von 2008, in der unter Studenten ermittelt wurde, dass 62,1 Prozent nach dem Studium im Ausland eine Anstellung suchen möchten (Krajewski-Siuda et al. 2012).



Polnische Mediziner können für den deutschen Gesundheitssektor weiterhin gewonnen werden.

### **9.3.2 Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland**

Beide durchgeführten Umfragen ergaben, dass die Hauptgründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland der leichte Zugang zu einer Facharztausbildung, bessere Arbeitsbedingungen und ein höherer Verdienst sind. In einer Umfrage im Jahr 2008 unter 1214 Studenten an fünf polnischen Universitäten wurden die gleichen Anziehungsfaktoren festgestellt (Krajewski-Siuda et al. 2012). Als wichtigste Migrationsanreize geben 78 Prozent der Studenten monetäre Gründe an, 75 Prozent erwarten bessere Arbeitsbedingungen als in Polen, 66 Prozent der Studenten geben einen Erfahrungsgewinn an und 58 Prozent der Befragten erwarten einen stabilen Arbeitsmarkt ohne drohende Arbeitslosigkeit (Krajewski-Siuda et al. 2012). Auch Fassmann zeigte dass höherer Verdienst, bessere Arbeitsbedingungen und Karrierechancen sowie Weiterbildungsmöglichkeiten die wichtigsten Anziehungsfaktoren sind (Fassmann 2002).

Trotz den vergleichbar geringen Teilnehmeranzahlen in der vorliegenden Arbeit wurden die Ergebnisse der Literatur bestätigt. Ärzte die bereits in Deutschland arbeiten, bestätigen die Vorteile des deutschen gegenüber dem polnischen Arbeitsmarkt. Es wird deutlich, dass die Beweggründe zur Migration Bestand haben.

Der Beginn einer Facharztausbildung in Deutschland ist ein entscheidender Grund nach Deutschland zu emigrieren. In Polen hat nur jeder zweite Arzt die Chance direkt eine Facharztausbildungsstelle zu erhalten, mit der Folge eines großen Mangels an Fachärzten (Kosakiewicz 2013, CMKP 2014a). Ärzte in der Ausbildung haben nicht nur mit Problemen des Zugangs zu einer Stelle zu kämpfen, sondern auch mit Problemen in der Umsetzung der jeweiligen Ausbildungsprogramme und ihrer Qualität. Probleme im Gesundheitssystem führen zu einer Unterfinanzierung der Facharztausbildung, wodurch es zu einem Mangel an Stellen kommt sowie zu ständig sich ändernden rechtlichen Rahmenbedingungen. Oftmals ändern sich die Gesetze innerhalb der Absolvierung einer Facharztausbildung mehrfach (Kosakiewicz 2013). Daneben werden junge Ärzte auch mit Nichteinhaltungen des Arbeitnehmerrechts sowie Diskriminierung weiblicher Ärzte konfrontiert (Janik 2013). Die Programme der Facharztausbildungen sind in der dafür

vorgesehenen Zeit nicht abzuarbeiten aufgrund mangelnder Patientenzahlen und Operationen sowie mangelnder Fachärzte, die für die Ausbildung der jungen Kollegen zu Verfügung stehen (Janik 2013). Damit die Auszubildenden ihre benötigten Nachweise bekommen, werden sie ihnen bescheinigt, obwohl sie nicht erfüllt wurden (Janik 2013). Folglich haben die Ärzte bei Abschluss der Facharztausbildung viele der erforderlichen Behandlungen und Kurse nicht absolviert (Sikora 2014). Laut dem polnischen Gesundheitsministerium sind die größten Probleme des Ausbildungssystems der Mediziner ein langwieriger Prozess vom Abschluss des Studiums bis zum Facharzt, fehlende Unabhängigkeit in der Behandlung während der Facharztausbildung und ein Mangel an Fachärzten die als Ausbilder fungieren (MZ 2013a). Diese Bedingungen führen dazu, dass der erleichterte Zugang zu einer Facharztausbildung in Deutschland zu einem wichtigen Migrationsgrund wird.

Korruption und Nepotismus ist im polnischen Gesundheitssektor weit verbreitet (EC 2013). An polnischen Kliniken und Instituten befinden sich Familienclans, die sich gegenseitig protegieren und bevorzugt bei Stellenbesetzungen behandeln (EC 2013, 286-287). Für Ärzte ohne Beziehungen können dadurch berufliche Entwicklungen blockiert werden. In der Umfrage wurde ebendies als Grund genannt, in Deutschland eine Arbeitsstelle anzunehmen.

### **9.3.3 Anerkennung und Integration am Arbeitsplatz**

Die Umfrage unter in Deutschland arbeitenden Ärzten ergab, dass Ärzte mit polnischem Examen sowohl von den Patienten als auch von den Ärzten anerkannt sind und sich gut integrieren. Die Antworten beschreiben das subjektive Empfinden der eigenen Anerkennung oder Integration. Zu beachten ist, dass die Befragungsteilnehmer diese Fragen möglicherweise positiv beantworten, um sich selbst besser darzustellen. Nicht anerkannt oder integriert zu werden, kann Ursache mangelnder Fähigkeiten oder Kenntnisse sein.

### **9.3.4 Sprachkompetenzen polnischer Ärzte**

Neben der fachlichen Kompetenz sind Sprachkenntnisse der zentrale Faktor um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewährleisten zu können. Da die Sprachkenntnisse der ausländischen Kollegen sowie das B2 Sprachniveau oftmals als

unzureichend im klinischen Alltag eingestuft wurden und diese zu Verständigungsproblemen führten, wurden im Jahr 2014 die Sprachanforderungen angehoben (GMK 2014, Schmidt und Gresser 2014). Ärzte müssen ein allgemeines Sprachniveau B2 nach dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen (GER) sowie „*Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1*“ nachweisen (GMK 2014). Von den Befragungsteilnehmern geben 90 Prozent an, das C1 Sprachniveau sei ausreichend für den klinischen Alltag.

In Polen nehmen ca. 50 Prozent der Schüler am Deutschunterricht teil (ORE 2013, 7). Die durchgeführte Befragung bestätigt diese Aussage, da die Hälfte der Befragungsteilnehmer Deutsch als Unterrichtsfach in der Schule hatte. Der Umstand, dass Deutsch zu der Grundbildung an polnischen Schulen gehört und weltweit die größte Anzahl an deutschlernenden Personen in Polen lebt, lässt auf eine hohe Kompetenz in der Deutschen Sprache der polnischen Bevölkerung schließen (Netzwerk Deutsch 2010).

Auch die Befragungsteilnehmer bestätigen ein hohes Maß an eigeninitiativem Lernen der deutschen Sprache. Zu bemerken ist, dass die Mehrheit der Teilnehmer trotz ihrer guten Deutschkenntnisse den Fragebogen in polnischer Sprachversion ausgefüllt hat. Die Entscheidung der Sprachversion, deutsch oder polnisch, stand den Teilnehmern frei.

Die sprachliche Kompetenz ist die Schlüsselqualifikation im klinischen Alltag. In einer Umfrage zur ärztlichen Personalsituation an Kliniken ermittelten Schmidt und Gresser, dass die sprachlichen Fähigkeiten der ausländischen Ärzte insgesamt nur mit der Schulnote *befriedigend* bewertet wurden (Schmidt und Gresser 2014). Lediglich an 25 Prozent der an der Umfrage teilnehmenden Kliniken wurden Sprach- und/oder Integrationskurse angeboten. Dieses Ergebnis der schwachen Sprachförderung an Kliniken deckt sich mit dem Ergebnis der durchgeführten Umfrage. Ein Drittel der Befragungsteilnehmer gab an, dass ihnen ein Sprachtest bei Arbeitsbeginn angeboten wurde. Eine Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten und damit verbunden eine Qualitätssteigerung der Patientenversorgung wäre mit Sprachkursen gefördert durch Kliniken möglich.

### 9.3.5 Dauer der Arbeitsmigration

Um beurteilen zu können, ob polnische Ärzte langfristig einen Beitrag zur Patientenversorgung beitragen können oder wollen, ist die Betrachtung ihrer Zukunftspläne von Bedeutung. In der Befragungsgruppe der in Deutschland arbeitenden Ärzte sehen 80 Prozent ihre weitere Zukunft in Deutschland. Im Gegensatz dazu geben die nicht emigrierten Ärzte an, nur für einen befristeten Zeitraum in Deutschland arbeiten zu wollen. Folgt man Fassmann, decken sich diese Ergebnisse mit den empirischen Beobachtungen (Fassmann 2002). In seiner Untersuchung über die Perspektiven des Mobilitätsverhaltens ist die beabsichtigte Aufenthaltsdauer potentieller Migranten eine kurz- oder mittelfristige (Fassmann 2002). Von den befragten polnischen Teilnehmern seiner Umfrage möchten 90 Prozent ihr Heimatland nicht für immer verlassen.

Diese konträren Ergebnisse machen deutlich, dass die Zukunftspläne von der jeweiligen Lebenssituation abhängen und diese nicht messbar sind. Ärzte die schon emigriert sind und sich in der Situation wohl fühlen, sind eher bereit ihre Heimat dauerhaft zu verlassen und auszuwandern. Diejenigen die in Polen leben, möchten nur befristet auswandern, weil sie nicht sicher sind, welche Bedingungen sie im Ausland erwarten. Die Wahrscheinlichkeit der endgültigen Auswanderung steigt, wenn die Ärzte bereits in Deutschland arbeiten und sozial integriert sind. Auch Krajewski-Siuda gibt an, dass Migrationsentscheidungen von verschiedenen Variablen und der jeweiligen Lebenssituation abhängen. Die Dauer der gewünschten Migration unter Studenten ist abhängig unter anderem vom jeweiligen Studienjahr, Herkunftsort und der Wahrnehmung des Arbeitsmarktes und kann sich somit bei Änderung einer der Variablen wandeln (Krajewski-Siuda et al. 2012).

## 9.4 Europäische Standards für die ärztliche Ausbildung

Grundlage der europäischen Richtlinie der ärztlichen Ausbildung:

In der Europäischen Union besteht ein reger Austausch von Ärzten und somit medizinischer Dienstleistung. Die Grundlage der heutigen Freizügigkeit von Personen, Dienstleistung und Kapital in der Europäischen Union wurde im Jahre 1957 durch den Vertrag zur Gründung der europäischen Gemeinschaft geschaffen (EG-Vertrag 1957). Durch

diesen Vertrag wurde die europäische Wirtschaftsgemeinschaft gegründet, die bei Inkrafttreten der Verträge von Lissabon im Jahr 2009 mit der Europäischen Union zusammengelegt wurde. Der freie Verkehr von Personen und Dienstleistungen gilt in der europäischen Union als Grundfreiheit (AEUV 2009). Voraussetzung für eine Niederlassungsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit ist die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsqualifikationen. Dafür sollten die Berufsqualifikationen der jeweiligen Länder äquivalente Kenntnisse und Fähigkeiten nachweisen. In der Konsequenz bedeutet das, dass die Ausbildungssysteme in der EU aneinander angepasst werden müssen, um gleichwertige Ausbildungen zu garantieren.

In Artikel 47 des EG-Vertrages steht *„die schrittweise Aufhebung der Beschränkungen für die ärztlichen, arztähnlichen und pharmazeutischen Berufe setzt die Koordinierung der Bedingungen für die Ausübung dieser Berufe in den einzelnen Mitgliedstaaten voraus“*.

„*Koordinierung*“ bedeutet aufeinander abstimmen oder auch miteinander in Einklang bringen. Laut EG-Vertrag sollen die Bedingungen zum Ausüben des Arztberufes in den EU-Ländern aufeinander abgestimmt werden, genauer gesagt, die ärztlichen Ausbildungen vergleichbar gemacht werden. Dies ist nur möglich, wenn alle Länder die gleichen Mindestanforderungen an die ärztliche Ausbildung stellen, denn nur dann kann davon ausgegangen werden, dass alle Ärzte der EU über die gleichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Um diese Koordinierung zu erreichen wurde 1975 die Koordinierungsrichtlinie 75/362 erlassen. Diese beinhaltet Mindestanforderungen an die ärztliche Grundausbildung. Zusätzlich wurde die Anerkennungsrichtlinie 75/362 erlassen, die die Befähigungsnachweise zur Ausübung des ärztlichen Berufes auflistet. Beide Richtlinien wurden durch die Richtlinie 93/16/EWG<sup>8</sup> am 5. April 1993 aufgehoben und abgelöst, die wiederum von der heute aktuellen EU-Richtlinie 2005/36/EG aufgehoben wurde. Bei den in der Richtlinie 75/363/EWG benannten Mindestanforderungen handelt es sich um sehr allgemein formulierte Kenntnisse und Erfahrungen die heute im selben Wortlaut in der EU-Richtlinie 2005/36/EG Artikel 24 Absatz 3 vorzufinden sind. Es ist beachtenswert, dass seit 1975 keine Überarbeitung der Mindestanforderung für die ärztli-

---

<sup>8</sup> RICHTLINIE 93/16/EWG DES RATES vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise.

che Grundausbildung stattgefunden hat. Es wird nur von „*angemessenen Kenntnissen...*“ geschrieben, die Bedeutung des Wortes „*angemessen*“ wird nicht näher erläutert und liegt in der Verantwortlichkeit der einzelnen Länder. Aufgrund dieser sehr wagen formulierten Mindestanforderungen kann keine Vereinheitlichung oder Vergleichbarkeit der ärztlichen Grundausbildung in der EU stattfinden. Es bestehen zwar gemeinsame europäische Standards für die Ausbildungsdauer jedoch nicht für die Ausbildungsinhalte. Dies gilt für die ärztliche Grundausbildung und Weiterbildung. Bei der Weiterbildung ist zusätzlich zu beachten, dass es hier ausschließlich Mindestanforderungen an die Ausbildungsdauer, Zugang zur Ausbildung, Art ihrer Durchführung und Ort der Ausbildung gibt. Inhaltliche Themen, wie die Angabe der zu erwerbenden Qualifikationen werden in keiner Richtlinie genannt. Aktuell werden die Arzt diplome aus den verschiedenen Ländern im Sinne einer formalen Gleichstellung auf Grundlage der Richtlinie 75/362, aufgehoben durch 2005/36/EG, gegenseitig anerkannt. Eine inhaltliche Äquivalenz wurde jedoch nicht nachgewiesen und wird nur angenommen (EWG 1975). Solch eine Gleichstellung kann keine hinreichende Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung darstellen.

Ein Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass es bis zum heutigen Tag keine korrekte Zusammenfassung der europäischen Standards in der ärztlichen Ausbildung gibt. Es ist kein gemeinsames Spektrum von mindestens erforderlichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen für die ärztliche Grundausbildung und Weiterbildung in der EU vorhanden, welches eine Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung garantieren würde. Aufgrund der europäischen Verträge besteht eine absolute Niederlassungsfreiheit, aber es gibt keine Datenbasis, die besagt, dass Ärzte aus verschiedenen Ländern das Gleiche können (AEUV 2009, Art.49-55). Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Ausbildung der EU-Richtlinie sind sehr grob formuliert und lassen einen zu großen Ermessensspielraum zu (EU-RL 2005). Rein aufgrund der Richtlinie kann nicht von einer Anpassung, im Sinne einer Abstimmung der ärztlichen Ausbildung der jeweiligen Länder ausgegangen werden. Es ist erstaunlich, dass eine Niederlassungsfreiheit in der EU besteht, ohne eine Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung garantieren zu können. In der Praxis bedeutet das, dass Ausbildungsqualifikationen ausländischer europäischer Ärzte nach der EU-Richtlinie Artikel 21 automatisch anerkannt und den in Deutschland ausgestellten Ausbildungsnachweisen gleichgestellt werden, somit eine

ausländische einer inländischen Ausbildung gleichgestellt wird. Dies impliziert, dass ein Arzt mit einem ausländischen Diplom dieselben Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt hat wie ein Arzt in Deutschland. Aber genau diese Annahme ist nicht korrekt, wenn man bedenkt, dass es keine gemeinsamen europäischen Ausbildungsrichtlinien für den Arztberuf gibt. Eine Qualitätssicherung in der Patientenversorgung ist nicht garantiert, wenn Ärzte unterschiedliche Ausbildungsniveaus vorweisen.

Derzeit gibt es keinen Vergleich europäischer ärztlicher Bildungssysteme. Es ist notwendig die ärztlichen Ausbildungssysteme der EU-Länder, wie in der vorliegenden Arbeit zwischen Deutschland und Polen, detailliert auf inhaltliche Komponenten zu vergleichen, um die Qualität der Ausbildung beurteilen zu können. Nur wenn die gleichen Kenntnisse in der Ausbildung vermittelt werden, können Ärzte auf demselben Qualitätsniveau behandeln. Vor dem Gesichtspunkt, dass in der EU ein reger Austausch an Ärzten stattfindet, allein in Deutschland sind 10 Prozent der Ärzte ausländischer Herkunft, sollte eine Kongruenz Voraussetzung sein (BAEK 2014b).

Bei einem Import ausländischer Ärzte mit einer schlechteren Ausbildung ist die Gewährleistung einer qualitativ hohen medizinischen Versorgung nicht möglich. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass ein Land mit dem quantitativen Ausgleich eines Mangels an Arbeitskräften durch Anstellung ausländischer Ärzte eine Verschlechterung der medizinischen Leistungen in Kauf nimmt, da es das Wissensniveau der europäischen Ärzte nicht überprüfen darf.

Die Freizügigkeit der Ärzte hat für alle Beteiligten positive als auch negative Aspekte. Die personell unterversorgten Gebiete profitieren von einem Ausgleich des Ärztemangels, wenn auch es zu qualitativen Einbußen der medizinischen Versorgung kommen kann. Arbeitskräfte bewegen sich dorthin, wo sie die besten Verdienst- und Entwicklungsmöglichkeiten vorfinden. Die immigrierten osteuropäischen Ärzte haben die Chance in einem besser strukturierten Gesundheitssystem mit einem höheren technischen und wissenschaftlichen Standard zu arbeiten und sich weiterzubilden. Gleichzeitig sind die Arbeitsbedingungen wie auch die Verdienstmöglichkeiten besser als im Herkunftsland. Die Herkunftsländer der immigrierten Ärzte leiden wiederum durch die Abwanderung an Ärztemangel, profitieren aber am Wissenstransfer, wenn es zu einer Rückkehr der Ärzte in das Heimatland kommt. Die Ärzte können die gelernten Kennt-

nisse und Fähigkeiten im Herkunftsland anwenden und somit einen Beitrag zum Wissenstransfer in der EU leisten.

Die viel diskutierte Thematik des „Brain-Drain“<sup>9</sup> und der Ausbildungskosten, die ein Land für einen emigrierten Arzt gezahlt hat, ohne eine Gegenleistung zu erhalten, sollte aus der Sicht der europäischen Idee beleuchtet werden. In Zeiten der europäischen Niederlassungsfreiheit, kann kein Land für sich Arbeitskräfte ausbilden und diese für sich beanspruchen. Nicht das einzelne Land ist die kleinste Einheit sondern die Europäische Union. Heutzutage werden europäische Arbeitskräfte ausgebildet, die sich frei in der EU bewegen und Kosten verursachen, wie zum Beispiel ein Medizinstudium, und wiederum Arbeit leisten, dies aber nicht im selben Land stattfindet.

Aus dieser europäischen Sicht, ist es umso wichtiger, dass die ärztliche Ausbildung in der gesamten EU zu den gleichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten führt, damit jedes Land über hoch qualifizierte Ärzte verfügt.

---

<sup>9</sup> „Begriff: Emigration von Arbeitskräften, die dem Abwanderungsland Kenntnisse und Fertigkeiten, d.h. in den Menschen inkorporiertes Humankapital, entzieht. Bes. in Ländern der Dritten Welt wird der Brain-Drain als entwicklungsbeeinträchtigender Faktor angesehen (Kontereffekt)“



## 10 Zusammenfassung

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit war, ob Ärzte aus Polen qualitativ und quantitativ einen Beitrag zur Behebung des Ärztemangels in Deutschland leisten können. Um den qualitativen Beitrag zu untersuchen, wurden exemplarisch das Medizinstudium und die Facharztweiterbildung zwischen Deutschland und Polen analysiert. Die Analyse des quantitativen Beitrags polnischer Ärzte erfolgte auf Grundlage der Arztzahlen in Polen und auf Basis subjektiver Einschätzung von Ärzten mit polnischem Examen im Rahmen orientierender Umfragen. Es wurden zwei Umfragen mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt. Eine Zielgruppe waren Ärzte mit polnischem Examen die in Deutschland arbeiten, die zweite Zielgruppe waren Studenten oder Ärzte mit polnischem Examen, die in Polen leben oder arbeiten.

Die universitäre Ausbildung, die Zugangsvoraussetzungen, die Struktur, die Dauer und die Inhalte der ärztlichen Grundausbildung in Polen sind sehr detailliert beschrieben, sodass man das Medizinstudium zwischen Deutschland und Polen sehr gut vergleichen kann. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ärztliche Grundausbildung an polnischen Universitäten mit der an deutschen Universitäten durchaus gleichgesetzt werden kann. Sowohl die theoretischen Kenntnisse als auch die Anzahl der Praktika sind vergleichbar, so dass man in beiden Ländern eine solide Grundbildung erhält.

Die polnische Facharztausbildung folgt einem strengen Ausbildungsplan, der aus Weiterbildungskursen sowie diversen Praktika besteht und sehr umfangreich ist. Allerdings ist die Anzahl der zu absolvierenden Behandlungen nicht mit denen in der deutschen Facharztausbildung gleichzusetzen. Nach dem Vergleich fällt auf, dass in Deutschland mehr Behandlungen abgeleistet werden müssen. Ein Facharzt in Deutschland wird während seiner Ausbildung mehr praktische Erfahrungen gesammelt haben. Zudem kommen fehlende Ausbildungsinhalte, wie beispielsweise die Ausbildung im Ultraschall, die in Deutschland obligat für einen Facharzt der Inneren Medizin ist, die in Polen gänzlich in der Ausbildung fehlt. Die polnische fachärztliche Ausbildung erreicht nicht im vollen Umfang das Niveau der deutschen Ausbildung.

Ärzte mit polnischem Examen haben aufgrund ihrer in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen die Möglichkeit sich gut in das deutsche Ge-

sundheitssystem zu integrieren und einen Beitrag zur Patientenversorgung zu leisten. Die solide Grundbildung ermöglicht einen direkten Einstieg in die deutsche Gesundheitsversorgung. Die polnische Facharztausbildung erfüllt nicht in allen Punkten den hohen Standard der deutschen Weiterbildung. Die in der Theorie sehr gut ausgebildeten Ärzte werden die Defizite in praktischen Erfahrungen durch Berufserfahrung ausgleichen können.

Ein weiteres Ergebnis der Arbeit war, dass es in der Europäischen Union keinen gemeinsamen umfassenden Ausbildungsstandard für die ärztliche Grund- und Facharztausbildung gibt. Es ist kein gemeinsames Spektrum von mindestens erforderlichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen vorhanden, an das sich die Länder bei der Ausbildung der Ärzte halten müssen. Die EU-Richtlinie gibt nur grobe Rahmenbedingungen für die ärztliche Grundausbildung und Weiterbildung vor.

Die Untersuchung der statistischen Kennzahlen zu der Anzahl der Ärzte in Polen ergab, dass in Polen ein dramatischer Ärztemangel herrscht. Deutlich wird das Missverhältnis in der ärztlichen Versorgung bei dem Vergleich der Anzahl der kurativ tätigen Ärzte pro 1000 Einwohner, die in Polen bei 2,17 in Deutschland bei 4,0 liegt. Die polnische Regierung arbeitet seit einigen Jahren bestrebt an einer Steigerung der Anzahl der Ärzte, durch Erneuerung der Studien- und Weiterbildungsordnung und gleichzeitiger Vermehrung der Studien- und Weiterbildungsplätze. Im Ergebnis ist die Anzahl der Ärzte deutlich angestiegen. Trotz dieses großen Bedarfs an Ärzten in Polen, haben Ärzte mit polnischem Examen ein großes Interesse an einer Arbeitsaufnahme in Deutschland. Die durchgeführten Umfragen konnten herausstellen, inwiefern die Bereitschaft aus Sicht der Ärzte mit polnischem Examen vorhanden ist, in Deutschland zu arbeiten und welche die Beweggründe hierfür sind. Folgende Ergebnisse konnten durch die Umfragen ermittelt werden:

1. Wesentliche Gründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland sind der bessere Zugang zu einer Facharztausbildung, bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Vergütung im Vergleich zum polnischen Gesundheitssektor. Der Verdienst ist weiterhin wesentlich höher als in Polen.
2. Immigrierte Ärzte fühlen sich gut integriert und anerkannt, sowohl von den Patienten als auch von den deutschen Kollegen.

3. Sprachliche Kompetenzen sind ein wesentlicher Faktor für die Integration ausländischer Ärzte einerseits und andererseits um eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. An polnischen Schulen wird Deutsch als Fremdsprache an zweiter Stelle nach Englisch gelehrt, was die Sprachkompetenz der polnischen Bevölkerung hinsichtlich Deutsch positiv beeinflusst. Polnische Ärzte verfügen subjektiv über sehr gute deutsche Sprachkenntnisse und haben diese insbesondere eigeninitiativ geschult. Die Sprache stellt für sie somit keine Barriere in der Patientenversorgung dar. Das C1 Sprachniveau wird von polnischen Ärzten für den klinischen Alltag als ausreichend eingestuft.
4. Laut subjektivem Empfinden sind polnische Ärzte mit der Arbeit in Deutschland zufrieden, und können somit auch langfristig einen Beitrag zur Patientenversorgung leisten.
5. Die in Deutschland arbeitenden polnischen Ärzte würden eine Arbeitsaufnahme empfehlen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Ärzte mit polnischem Examen aufgrund der soliden medizinischen Ausbildung, ihrer Sprachqualifikation und der Fähigkeit zur Integration in das deutsche System, einen qualitativen Beitrag zur Patientenversorgung leisten können. Die Ärzte finden in Deutschland bessere Verdienst- und Entwicklungsmöglichkeiten als in ihrem Heimatland vor. Allerdings ist der Pool aus zu rekrutierenden Ärzten limitiert, da die Anzahl der Ärzte in Polen vergleichbar gering ist und vor Ort ein hoher Bedarf an Ärzten besteht. Jeder abgewanderte Arzt ist ein volkswirtschaftlicher Verlust für Polen. Es stellt sich die Frage, ob es moralisch ist, gut qualifizierte Ärzte aus einem Land mit einem dramatischen Ärztemangel zu rekrutieren.

## Literaturverzeichnis

- Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO)** (2002): „Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist“ [http://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/BJNR240500002.html](http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html) (Zugriff am 15. 11. 2015).
- Batinic, B.**(2003): „Internetbasierte Befragungsverfahren.“ Österreichische Zeitschrift für Soziologie (28):6–18.
- Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG)** (2011): „Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515), das durch Artikel 23 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist“ <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bqfg/gesamt.pdf> (Zugriff am 2. 1. 2015).
- Bezirksregierung Düsseldorf** (2015): „Unbedenklichkeitsbescheinigung“ [http://www.brd.nrw.de/gesundheit\\_soiales/Approbation/Unbedenklichkeitsbescheinigung.html](http://www.brd.nrw.de/gesundheit_soiales/Approbation/Unbedenklichkeitsbescheinigung.html) (Zugriff am 7. 1. 2015).
- Birnbaum, Michael H.** (2004): „Human Research and Data Collection via the Internet.“ Annual Review of Psychology(55): 803-832.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2011): „Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Informationsbroschüre für Zugewanderte und Beratungsstellen“ <http://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/hr/2013/berufszugang-100.pdf> (Zugriff am 15.11. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2011a): „Musterrichtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (MWBO 2003) in der Fassung vom 18. 2. 2011.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliMWBO20110218.pdf> (Zugriff am 31. 10. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2011b) „Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.Dezember 2010.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestistik/aerzttestistik-der-vorjahre/aerzttestistik-2010/> (Zugriff am 21. 11. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2012) „Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.Dezember 2011.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestistik/aerzttestistik-der-vorjahre/aerzttestistik-2011/> (Zugriff am 21. 11. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2013a) „Musterweiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 29.06.2013.“ [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf) (Zugriff am 31. 10. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2013b) „Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.Dezember 2012.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestistik/aerzttestistik-der-vorjahre/aerzttestistik-2012/> (Zugriff am 21. 11. 2015).

- Bundesärztekammer (BAEK)** (2014a): „(Muster-)Weiterbildungsordnung und (Muster-)Richtlinie.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> (Zugriff am 22. 12. 2014).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2014b): „Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/> (Zugriff am 21. 11. 2015).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2014c) „Montgomery: Mehr Studienplätze in der Humanmedizin notwendig.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.11855.12463.12501> (Zugriff am 31. 12. 2014).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2014d): „Tätigkeitsbericht 2013 der Bundesärztekammer.“ [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/TB\\_20132.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/TB_20132.pdf).
- Bundesärztekammer (BAEK)** (2015): „Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2014.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/> (Zugriff am 20. 09. 2015).
- Bundesärzteordnung (BÄO)** (2014): „Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist“ [http://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/BJNR018570961.html](http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html) (Zugriff am 2. 1. 2015).
- Bundesgesetzblatt (BGBl)** (1999): „Verordnung zur Approbation von Tierärztinnen und Tierärzten sowie zur Änderung anderer approbationsrechtlicher Vorschriften.“ S.2162.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB)** (2015). „Anerkennung in Deutschland.“ Glossar. 2015. <http://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/glossar.php> (Zugriff am 2. 1. 2015).
- Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)** (2012): „Erläuterungen zum Anerkennungsgesetz des Bundes. Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen.Stand:15.März 2012“ [http://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/20120320\\_erlaeuterungen\\_zum\\_erkennungsg\\_bund.pdf](http://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/20120320_erlaeuterungen_zum_erkennungsg_bund.pdf) (Zugriff am 21. 11. 2015).
- Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)** (2014). „Bericht zum Anerkennungsgesetz 2014.“ [https://www.bmbf.de/pub/bericht\\_erkennungsgesetz\\_2014.pdf](https://www.bmbf.de/pub/bericht_erkennungsgesetz_2014.pdf) (Zugriff am 15. 11. 2015).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2014a): „Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ 2014-12-05\_GE\_GKV-VSG\_ID.doc, 2014.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2014b): „Pressemitteilung Berlin. 17. Dezember 2014. Nr. 64.“ [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014\\_04/141217\\_PM\\_64\\_Versorgungstaerkung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_04/141217_PM_64_Versorgungstaerkung.pdf) (Zugriff am 21. 11. 2015)

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014c):** „Ärztinnen und Ärzte.“  
<http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsberufe/aerzte.html> (Zugriff am 15. 11. 2015).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) (2014a):** „Lista jednostek”  
[http://www.cmkp.edu.pl/?page\\_id=1983#](http://www.cmkp.edu.pl/?page_id=1983#) (Zugriff am 29. 06. 2015).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (2014b):** „CMKP. Program specjalizacji w dziedzinie MEDYCYNY RODZINNEJ dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego odpowiedniego modułu podstawo.”  
<http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/akredytacja2014/0713-program-1.pdf> (Zugriff am 20. 2. 2015).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) (2014c):** „CMKP. Program specjalizacji w dziedzinie CHORÓB WEWNĘTRZNYCH (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny) dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.”  
<http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/akredytacja2014/0705-program-1.pdf> (Zugriff am 20. 2. 2015).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) (2014d):** „CMKP. Program specjalizacji w dziedzinie ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I stopnia” <http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/akredytacja2014/0701-program-1.pdf> (Zugriff am 19. 2. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2006):** „Biuletyn statystyczny 2006.” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>. (Zugriff am 15. 11. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2009):** „Biuletyn statystyczny 2009”. <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 12. 1. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2011):** „Biuletyn statystyczny 2011.” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2012):** „Biuletyn statystyczny 2012.” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2013):** „Biuletyn statystyczny 2013” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) (2014):** „Biuletyn statystyczny 2014.” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 10. 1. 2015).

- Centrum Systemow Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)** (2015): „Biuletyn statystyczny 2015.” <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Deutsches Ärzteblatt** (2014): „Jährlich verlassen mehr als 3000 Ärzte Deutschland“ [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58420/Jaehrlich-verlassen-mehr-als-3-000-Aerzte-Deutschland?s=%E4rzte+ausl%E4ndische) unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58420/Jaehrlich-verlassen-mehr-als-3-000-Aerzte-Deutschland?s=%E4rzte+ausl%E4ndische> (Zugriff am 3. 5. 2015).
- Dietz, Barbara** (1999): „Ethnic German Immigration from Eastern Europe and the former Soviet Union to Germany: the Effects of Migrant Networks.“ IZA Discussion Paper No. 68 : 7-9, online verfügbar unter: <ftp://repec.iza.org/SSRN/pdf/dp68.pdf> (Zugriff am 3.5.2015)
- EG-Vertrag** (1957). „Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft vom 25. März 1957 (BGBl. 1957 II S. 766)“ Herausgeber: Europäische Gemeinschaften. 1957. <https://dejure.org/gesetze/EG/47.html> (Zugriff am 19. 3. 2015).
- EU-Richtlinie** (EU-RL) (2005): „Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.“ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:02005L0036-20140117> (Zugriff am 2. 1. 2015).
- Europäische Kommission** (EC) (2009): „Europäische Kommission, ECTS-Leitfaden.“ [http://ec.europa.eu/education/tools/docs/ects-guide\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/education/tools/docs/ects-guide_de.pdf) (Zugriff am 5. 3. 2015).
- Europäische Kommission** (EC) (2013): „European Commission. Study on Corruption in the Healthcare Sector. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2 October 2013“ S. 282-287 [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- eurostat** (2014) : „Europäischer Tag der Sprachen Englisch, Französisch und Deutsch waren 2012 nach wie vor in der Sekundarstufe I die am häufigsten erlernten Fremdsprachen in der EU28, aber der Anteil der Schüler, die Spanisch lernten, stieg stärker an“ Herausgeber: Eurostat Pressestelle. Europäische Kommission <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5177330/3-25092014-AP-DE.PDF/3da808c7-f3df-4dea-8990-ecb5f1ee9873> (Zugriff am 21. 11. 2015)
- Europäische Wirtschaftsgemeinschaft** (EWG) (1975): „Richtlinie des Rates vom 16. Juni 1975 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Arztes (75/363/EWG)“ [https://europadatenbank.iaaeu.de/user/view\\_legalact.php?id=127&lang=de](https://europadatenbank.iaaeu.de/user/view_legalact.php?id=127&lang=de) (Zugriff am 21. 11. 2015)
- Fassmann, Heinz** (2002): „EU-Erweiterung und Arbeitsmigration nach Deutschland und Österreich. Quantitative Vorhersagen und aktuelle Entwicklungstendenzen.“ IMIS-Beiträge (19):65-88.
- Fellmer, Simon** (2007): „Was erleichtert, was hemmt die Zuwanderung polnischer Ärzte. Analyse ihrer Migrationsentscheidung und der relevanten deutschen Zuwanderungspolitik.“ Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung (1):23-44.

- Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen (GER)** (2015): „Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen.“ <http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/> (Zugriff am 11. 2. 2015).
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK)** (2014): „Gesundheitsministekonferenz Beschlüsse; 87.Gesundheitsministerkonferenz 2014 am 26./27. Juni 2014 in Hamburg, TOP 7.3. 26./27.. 6 2014“  
[https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP\\_Oeffentl\\_Bereich.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf) (Zugriff am 3. 1. 2015).
- Główny Urząd Statystyczny (GUS)** (2014a): „Baza organizacji i instytucji polskich i polonijnych za granicą” <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/polonia-i-polacy-w-swiecie/baza-organizacji-i-instytucji-polskich-i-polonijnych-za-granica,2,1.html#> (Zugriff am 21. 11. 2015).
- Główny Urząd Statystyczny (GUS)** (2014b): „ Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2013”. Herausgeber: Główny Urząd Statystyczny, Department badan demograficznych i rynku pracy , Warschau <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-z-polski-w-latach-20042013,2,7.html> (Zugriff am 21. 11. 2015)
- Henke, R.** (2013). „Ausländische Ärzte: Sprachprüfungen vereinheitlichen.“ Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(29-30): A-1416 / B-1241 / C-1228.
- Hibbeler, B.** (2013): „Ausländische Ärzte schließen die Lücke.“ Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(5): A172-175.
- Janik, J.** (2013): „Głosy młodych lekarzy: system kształcenia specjalistów jest fikcją?” rynekzdrowia.pl am 18.04.2013, <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Glosy-mlodych-lekarzy-system-ksztalcenia-specjalistow-jest-fikcja,129727,9.html> (Zugriff am 29. 06. 2014).
- Kaczmarek, A.** (2013): „Modułowy system specjalizacji lekarskich: plusy i minusy nowego rozwiązania” rynekzdrowia.pl am 29.08.2013  
<http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Modulowy-system-specjalizacji-lekarskich-plusy-i-minusy-nowego-rozwiazania,133440,9.html> (Zugriff am 29. 06. 2014).
- Kolodziejska,A.; Makulec,A.; Szulecka,M.; Kaczmarczyk,P.** (2012): „Poland Mobility of Health Professionals.“ Herausgeber: Centre of Migration Research Warsaw University, Poland
- Kopetsch,T.** (2010): „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlenentwicklung. 5.aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage“ Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
- Kosakiewicz, J.** (2013): „Zaledwie co drugi lekarz ma szansę na rezydenturę” rynekzdrowia.pl. am 18. 04 2013. <http://www.rynekzdrowia.pl/Moim-zdaniem/Zaledwie-co-drugi-lekarz-ma-szans-na-rezydenture,129731.html> (Zugriff am 29. 06. 2014).
- Kowalczuk, K.** (2013): „Poakcesyjne migracje zarobkowe” Herausgeber: Centrum Badania opinii Społecznej, Warschau [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_166\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_166_13.PDF). (Zugriff am 15. 11. 2015)



- Kowalewski, G.** (2010): „Za malo rezydentur, za malo lekarzy.“ *Swiat Lekarza*, 2010 (8)
- Krajewski-Siuda, K.; Szromek, A.; Romaniuk, P.; Gericke, Ch.; Szpak, A.; Kaczmarek, K.** (2012): „Emigration preferences and plans among medical students in Poland.“ *Human Resources for Health* 2012; (10):8.
- Maier, C.; Glinos, I.; Wismar, M.; Bremner, J.; Dussault, G.; Figueras, J.** (2011): „Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: The results.“ *Aus Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 countries* . No 23, von Wismar, M.; Maier, B.; Glinos, I.; Dussault, G.; Figueras, J.; 23-66. Copenhagen: World Health Organization (WHO), 2011.
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyzszego (MNiSW)** (2012): „Dz.U. 2012 poz. 631. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa”  
<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000631> (Zugriff am 22. 10. 2015)
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyzszego (MNiSW)**(2013) „Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Kierunek Lekarski. Jednolite studia magisterskie”  
[https://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013\\_05/99205071cfdff28bcdff523a725d4e08c.pdf](https://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/99205071cfdff28bcdff523a725d4e08c.pdf)
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyzszego (MNiSW)** (2014): „Medical Universities”  
<https://www.nauka.gov.pl/en/higher-education-institutions/medical-universities.html>  
(Zugriff am 11. 06. 2014).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2002): „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2002 r. w sprawie egzaminu ze znajomości języka polskiego niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa” *Verordnung des Gesundheitsministeriums*  
<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=m4&ms=1&ml=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=5&ma=00577> (Zugriff am 5.11.2015)
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2011): „Ministerstwo Zdrowia. Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ”  
<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>  
(Zugriff am 16. 4. 2014).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2012): „Dz.U. 2012 poz. 903. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego”  
<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000903> (Zugriff am 10.11.2015)

- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2013a): „Specjalizacje lekarskie w Polsce. Stan obecny, perspektywy rozwoju w latach 2010-2015” <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/nauka/rada-naukowa-przy-ministrze-zdrowia/specjalizacje-lekarskie-w-polsce.-stan-obecny,-perspektywy-rozwoju-w-latach-2010-2015> (Zugriff am 28. 09 2015).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2013b): „Ministerstwo Zdrowia. Praktyczne nauczanie.” <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/lekarze-i-lekarze-dentysci/ksztalcenie-przeddyplomowe-lekarza-i-lekarza-dentysty/praktyczne-nauczanie> (Zugriff am 28. 1. 2015).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2013c): „Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra na interpelację nr 11903 w sprawie zagrożenia niedoborem lekarzy w systemie ochrony zdrowia” <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=181F428C&view=null> (Zugriff am 12. 1. 2015).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2013d): „Dz.U. 2013 poz. 26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków” <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000026> (Zugriff am 3.10.2015)
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2014a): „Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny. Poz.1125” (Verordnung des Gesundheitsministers über die Anzahl der medizinischen Studienplätze) <http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2014000112501.pdf> (Zugriff am 12. 11. 2015).
- Ministerstwo Zdrowia (MZ)** (2014b): „Ministerstwo Zdrowia. Uczelnie Medyczne” <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/nauka/uczelnie-medyczne> (Zugriff am 11. 06. 2014).
- Netzwerk Deutsch**(2010): „Statistische Erhebungen 2010. Die Deutsche Sprache in der Welt“ Herausgeber: Netzwerk Deutsch.Berlin, Bonn, Köln, München <https://www.goethe.de/resources/files/pdf19/5759818-STANDARD.pdf>. (Zugriff am 18. 11. 2015)
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2010): „Informacja o egzaminie ze znajomości języka polskiego” (Information über den polnischen Sprachtest). <http://www.oil.org.pl/xml/nil/tematy/komisje/0105/cudzoze/egzamin> (Zugriff am 20. 09. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2011): „Zestawienie Nr 06a.” [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/2171/Zestawienie-nr-06a.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0011/2171/Zestawienie-nr-06a.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2012): „Zestawienie Nr 06a.” [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/42334/Zestawienie-nr-06a.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0016/42334/Zestawienie-nr-06a.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2013): „Zestawienie Nr 06a.” [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/73347/Zestawienie-nr-06a.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/73347/Zestawienie-nr-06a.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).

- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2014a): „Zestawienie nr 01.“  
[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98346/Zestawienie-nr-01.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/98346/Zestawienie-nr-01.pdf) (Zugriff am 13. 1. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2014b): „Zestawienie nr 06 a.“  
[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/93428/Zestawienie-nr-06a.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0008/93428/Zestawienie-nr-06a.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2015a): „Zaswiadczenia wydane przez NRL”  
<http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/orodek-uznawania-kwalifikacji/zawiadczenia-wydawane-przez-nrl> (Zugriff am 5. 1 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2015b): „Zestawienie Nr 01.“  
[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98927/Zestawienie-nr-01.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0008/98927/Zestawienie-nr-01.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- Naczelna Izba Lekarska (NIL)** (2015c): „Zestawienie Nr 06a.“  
[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98932/Zestawienie-nr-06a.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/98932/Zestawienie-nr-06a.pdf) (Zugriff am 28. 09. 2015).
- OECD** (2012): „OECDiLibrary.“ [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/die-oecd-in-zahlen-und-fakten-2011-2012/gesundheitsausgaben\\_9789264125469-112-de](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/die-oecd-in-zahlen-und-fakten-2011-2012/gesundheitsausgaben_9789264125469-112-de) (Zugriff am 4. 2. 2015).
- OECD** (2014a): „OECD Gesundheitsdaten 2014 Deutschland im Vergleich.“  
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2014-in-German.pdf> (Zugriff am 20. 09. 2015).
- OECD** (2014b): „OECD Health Statistics 2014. How does Poland compare?“  
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-POLAND-2014.pdf> (Zugriff am 10. 1. 2015).
- OECD** (2015): „Health Care Resources: Graduates.“  
[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC) (Zugriff am 12. 1. 2015).
- Okregowa Izba Lekarska (OIL)** (2014): „Zaświadczenia do Uni Europejskiej”  
<http://izbalekarska.pl/zawiadczenia-do-ue/> (Zugriff am 20. 11. 2015).
- Osrodek Rozwoju Edukacji (ORE)** (2013): „Powszechnosc nauczania jezykow obcych w roku szkolnym 2011/2012”  
[http://www.bc.ore.edu.pl/Content/426/Powszechnosc\\_nauczania\\_jezykow\\_2011\\_2012\\_17.04\\_final.pdf](http://www.bc.ore.edu.pl/Content/426/Powszechnosc_nauczania_jezykow_2011_2012_17.04_final.pdf) (Zugriff am 2. 2. 2015).
- Osterloh** (2014): „Ärzte beklagen Kostendruck.“ Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(15): A-618 / B-534 / C-514.
- Piatkowska, M.** (2015): „Mobilnosc Polakow receptura na bezropocie.” Herausgeber: Gazeta wyborcza. „Wyborcza.pl/ Gazeta Wyborcza/ Projekt Praca.“ 2. 2 2015.  
[http://wyborcza.pl/1,132486,17344481,Mobilnosc\\_Polakow\\_recepta\\_na\\_bezrobocie\\_.html](http://wyborcza.pl/1,132486,17344481,Mobilnosc_Polakow_recepta_na_bezrobocie_.html) (Zugriff am 9. 2. 2015).

- Popovic, M.**(2000). „Ärztliche Ausbildung auf dem Prüfstand.“ Deutsches Ärzteblatt 2000; 97(14): B-749.
- Schmidt, S.; Gresser, U.**(2014) „Entwicklung und Konsequenzen des Ärztemangels in Bayern. Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit Darstellung der aktuellen Personalsituation anhand einer Befragung bayerischer Krankenhäuser.“ Versicherungsmedizin 66(1):25-29
- Sikora, D.** (2014): „Specjalizacja lekarska“ Herausgeber: gazetaprawna.pl. [http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339212,specjalizacja\\_lekarska.html#](http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339212,specjalizacja_lekarska.html#) (Zugriff am 29. 06. 2014).
- Smolinska, I.** (2014): „Wprost. Kolejna fala emigracji Polaków na Zachód?“ Herausgeber: Wprost. 21. 10 2014. <http://www.wprost.pl/ar/475682/Kolejna-fala-emigracji-Polakow-na-Zachod/> (Zugriff am 10. 2. 2015).
- Statistisches Bundesamt** (Destatis) (2013): „Fast 7500 ausländische Berufsqualifikationen im Jahr 2012 anerkannt. Pressemitteilung Nr. 347 vom 15. 10. 2013“ [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13\\_347\\_212.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_347_212.html) (Zugriff am 31. 10. 2015).
- Statistisches Bundesamt** (Destatis) (2014a). „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2013.“ <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegrati on/AuslaendBevoelkerung2010200137004.html>.
- Statistisches Bundesamt** (Destatis) (2014b): „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Vorläufige Wanderungsergebnisse 2013.“ [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/vor laeufigeWanderungen5127101137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/vor laeufigeWanderungen5127101137004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 31. 10. 2015).
- Statistische Bundesamt** (Destatis) (2015a): „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2012, Fachserie 1, Reihe 2.2.“ [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegrati on/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegrati on/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?__blob=publicationFile).
- Statistisches Bundesamt** (Destatis) (2015b): „Studienanfängerzahl Medizin.“ Herausgeber: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015, Stand 25.2.2015 <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- Stiftung für Hochschulzulassung** (2014):. „hochschulstart“ [www.hochschulstart.de](http://www.hochschulstart.de) (Zugriff am 22. 12. 2014).
- Sygut, M.**(2013): „Mamy coraz mniej lekarzy, a limity na studia medyczne wciaz sa niewystarczajace.“ rynekzdrowia.pl, 2013.
- Uniwersytet Rzeszowski** (UR) (2014): „Uniwersytet Rzeszowski. Zgoda na prowadzenie kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Rzeszowskim.“ <http://www.ur.edu.pl/home-zakladki/wydarzenia/14316,zgoda-na-prowadzenie-kierunku-lekarskiego-na-uniwersytecie-rzeszowskim.html> (Zugriff am 28. 1. 2015).

**Vertrag über die Arbeitsweise der europäischen Union (AEUV) (2009):** „Fassung aufgrund des am 1.12.2009 in Kraft getretenen Vertrages von Lissabon in der Version vom 1.7.2013.“ <http://dejure.org/gesetze/AEUV> (Zugriff am 15. 11. 2015).

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b>	Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland .....	10
<b>Abbildung 2:</b>	Entwicklung der Anzahl berufstätiger ausländischer Ärzte.....	18
<b>Abbildung 3:</b>	Herkunft der ausländischen Ärzte in Deutschland 2013.....	18
<b>Abbildung 4:</b>	Herkunftsländer der ausländischen Ärzte am 31.12.2013 nach Häufigkeit.....	19
<b>Abbildung 5:</b>	Anzahl der polnischen Ärzte in Deutschland 2010-2013 .....	20
<b>Abbildung 6:</b>	Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte in Polen 2004-2014.....	22
<b>Abbildung 7:</b>	Altersverteilung aller zugelassener Ärzte in Polen im Jahr 2013 .....	23
<b>Abbildung 8:</b>	Entwicklung der Zahl der Studierenden im Fach Humanmedizin .....	24
<b>Abbildung 9:</b>	Entwicklung der Anzahl ausgestellter Ausbildungsnachweise nach Polens EU-Eintritt 2004.....	26
<b>Abbildung 10:</b>	Anzahl der Deutschlerner in den wichtigsten Zuwanderungsländern für Ärzte in Deutschland .....	30
<b>Abbildung 11:</b>	Anerkennung am Arbeitsplatz.....	69
<b>Abbildung 12:</b>	Erlernen der Sprache .....	70
<b>Abbildung 13:</b>	Bewertung der eigenen Sprachkenntnisse.....	71
<b>Abbildung 14:</b>	Beurteilung des C1-Sprachniveaus .....	71
<b>Abbildung 15:</b>	Sprachförderung des Arbeitgebers .....	72
<b>Abbildung 16:</b>	Gehalt in Deutschland .....	73
<b>Abbildung 17:</b>	Einschätzung des Lohnunterschieds zwischen Deutschland und Polen.....	73
<b>Abbildung 18:</b>	Empfehlung der Arbeitsmigration.....	74

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Differenz zwischen Neumeldungen und Absolventen.....	25
<b>Tabelle 2:</b>	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen für die Berufsanerkennung im europäischen Ausland nach 2005/36/EG seit 2004 .....	26
<b>Tabelle 3:</b>	5.1.1 Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung aus Anhang V der EU-Richtlinie .....	35
<b>Tabelle 4:</b>	5.1.2 Ausbildungsnachweise für den Facharzt nach Anhang V der EU-Richtlinie .....	37
<b>Tabelle 5:</b>	Weiterbildungszeiten Anästhesiologie in Deutschland und Polen im Vergleich.....	53
<b>Tabelle 6:</b>	Vergleich der Untersuchungs-und Behandlungsverfahren Anästhesiologie .....	54
<b>Tabelle 7:</b>	Weiterbildungszeiten Innere Medizin in Deutschland und Polen im Vergleich.....	56
<b>Tabelle 8:</b>	Vergleich der Untersuchungs-und Behandlungsverfahren Innere Medizin .....	57
<b>Tabelle 9:</b>	Weiterbildungszeiten Allgemeinmedizin Deutschland und Polen im Vergleich.....	61
<b>Tabelle 10:</b>	Wesentliche Unterschiede zwischen den medizinischen Ausbildungssystemen in Deutschland und in Polen .....	64
<b>Tabelle 11:</b>	Ausschöpfung der Online-Befragung .....	66
<b>Tabelle 12:</b>	Arbeitsplatz und Status .....	67
<b>Tabelle 13:</b>	Beweggründe für Arbeitsaufnahme in Deutschland .....	68
<b>Tabelle 14:</b>	Umfrageergebnisse zum Themengebiet „potentielle Arbeitsaufnahme in Deutschland“ .....	75
<b>Tabelle 15:</b>	Umfrageergebnisse zum Themengebiet „Beweggründe für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland“ .....	77
<b>Tabelle 16:</b>	Kenntnisse der Deutschen Sprache .....	78
<b>Tabelle 17:</b>	Erlernen der Deutschen Sprache .....	78
<b>Tabelle 18:</b>	Berufliche Perspektiven .....	79

## Abkürzungsverzeichnis

AdH	Auswahlverfahren der Hochschulen
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
BAEK	Bundesärztekammer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BÄO	Bundesärzteordnung
BGBL	Bundesgesetzblatt
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz
BQFG	Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej (Meinungsforschungszentrum)
CEM	Centrum Egzaminów Medycznych (Zentrum medizinischer Examina)
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (Zentrum postgradueller ärztlicher Weiterbildung)
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia ( Informationszentrum über das Gesundheitswesen)
CSM	Centrum Symulacji Medycznych (Zentrum medizinischer Simulationen)
Destatis	Statistisches Bundesamt
EC	Europäische Kommission
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EU-RL	Richtlinie der Europäischen Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum



---

GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GUS	Główny Urząd Statystyczny ( Zentrales Statistikamt)
LEP/LEK	Lekarski Egzamin Państwowy/Koncowy (ärztliches Staatsexamen)
MNiSW	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Schul- und Bildungsministerium)
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
MZ	Ministerstwo Zdrowia (Gesundheitsministerium)
NIL	Naczelna Izba Lekarska
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ORG	Okręgowa Rada Lekarska (Bezirksärztekammer)
WBO	Weiterbildungsordnung

## Anhang

### Fragebogen Zielgruppe: Ärzte mit polnischem Examen die in Deutschland arbeiten

**Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,**

Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an der Untersuchung.

Ärztmangel in Deutschland ist immer wieder ein aktuelles Thema in den Medien. In diesem Fragebogen interessieren wir uns für Ihre individuelle Einschätzung zur Situation als Mediziner mit polnischem Examen in Deutschland.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten. Die Daten werden anonym erfasst und nur für wissenschaftliche Forschungszwecke ausgewertet.

Mit freundlichen Grüßen, Monika Kolodziej

---

1. Seit wann arbeiten Sie in Deutschland als Arzt? [AD01]

Bitte geben Sie das Jahr an.

---

2. In welchem Bundesland sind Sie tätig? [AD02]

Bitte auswählen. (aus allen Bundesländern auszuwählen)

---

3. Wo arbeiten Sie? [AD03]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Klinik  
Krankenhaus  
Praxis  
Sonstiges

4. Wie wurden Sie angeworben? [AD04]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Fachmesse  
Arbeitsagentur  
Eigeninitiative  
Sonstiges

---

5. Welche Gründe waren wichtig und haben Sie motiviert in Deutschland zu arbeiten?  
[MT01]

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwort aus.

unwichtig sehr wichtig



Höhere Vergütung  
Besserer Zugang zu einer Facharztausbildung  
Weiterbildungsmöglichkeiten  
Arbeitsbedingungen  
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung  
Mehr Freizeit durch geregelte Arbeitszeiten  
Sonstiges

---

6. Verdienen Sie unter Berücksichtigung der Lebenshaltungskosten mehr Geld als Ihre Kollegen in Polen? [MT02]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja                      Nein

---

7. Um wie viel mehr verdienen Sie in Deutschland im Vergleich zu Polen? [MT05]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

1x  
2x  
3x  
>3x  
weiß ich nicht

---

8. Sind Ihren Erfahrungen nach die Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland besser als in Polen? [MT03]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus und begründen Sie diese.

Ja Nein

---

9. Sehen Sie ihre berufliche Zukunft in Deutschland? [Z001]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus und begründen Sie diese.

Ja Nein

---

10. Haben Sie Pläne wieder in Polen zu arbeiten? [Z002]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  
Nein  
Vielleicht  
Ich arbeite in Polen als (Form der Arbeit)

---

11. Was muss sich im polnischen Gesundheitssektor ändern, damit eine Arbeitsaufnahme in Polen für Sie attraktiv wird? [Z003]

Mehrfachauswahl möglich.

Höhere Löhne  
Geringere Arbeitszeiten  
Verbesserung der Arbeitsbedingungen  
Sonstiges

---

12. Würden Sie jungen polnischen Ärzten eine Arbeitsaufnahme in Deutschland empfehlen? [Z004]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus und begründen Sie diese.

Ja Nein

---

13. Wie haben Sie Deutsch gelernt? [SI01]

Mehrfachauswahl möglich.

In der Schule  
Im Studium  
Durch Eigeninitiative  
In einem Sprachkurs in Deutschland  
Sonstiges

---

14. Wurden Ihnen von Ihrem Arbeitgeber Sprachkurse angeboten? [SI07]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja, die Kosten wurden übernommen  
Ja, die Kosten wurden teilweise übernommen  
Ja, die Kosten musste ich selbst übernehmen  
Nein

---

15. Gab es sprachliche Probleme bei Arbeitsbeginn? [SI02]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  Nein

---

16. Würden Sprach- und Integrationskurse ausländischen Ärzten beim Integrationsprozess helfen? [SI04]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  Nein

---

17. Ist Ihrer Ansicht nach das C1-Sprachniveau als Voraussetzung zur Arbeitsaufnahme ausreichend? [SI05]

Ja  Nein

---

18. Wie schätzen Sie selbst ihr Sprachniveau ein? [SI06]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.



Keine                  Grundkenntnisse                  gut                  fließend

---

19. Fühlen Sie sich von den Patienten anerkannt? [AD05]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  
Nein  
Sonstiges

---

20. Fühlen Sie sich von den deutschen Kollegen anerkannt? [AD06]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  
Nein  
Sonstiges

---

21. Wurden Sie von den deutschen Kollegen unterstützt? [AD07]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  
Nein  
Sonstiges

---

22. Wie kommen Sie mit den technischen Anforderungen in den deutschen Kliniken zurecht? [AD08]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Gut  
Schlecht  
Sonstiges

---

23. Wie kommen Sie mit den Arbeitszeiten in den deutschen Kliniken zurecht?[ AD09]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Gut  
Schlecht  
Sonstiges

---

24. Teilen Sie uns zum Schluss noch einige allgemeine Fragen zu ihrer Person mit.  
[AL01]

Bitte ausfüllen.

Herkunftsort  
Jahr des Studienabschlusses

---

25. An welcher Universität haben Sie studiert? [AL12]

Bitte auswählen (zur Auswahl stehen alle polnischen Universitäten)

sonstige Universität

---

26. Wie alt sind Sie? [AL10]

27. Welches Geschlecht haben Sie? [AL11]

männlich weiblich

---

28. Welche Stellung haben Sie derzeit? [AL09]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Assistenzarzt  
Facharztausbildung  
Facharzt  
Sonstiges

---

29. Wenn Sie Facharzt sind, geben Sie bitte ihre Fachrichtung an. [AL08]

---

30. Wo haben Sie ihre Facharztausbildung gemacht? [AL07]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

In Polen  
In Deutschland  
Anderes Land

---

31. Was möchten Sie uns noch mitteilen? [EN01]

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.



**Fragebogen Zielgruppe: Ärzte und Studenten polnischer Universitäten, die nicht in Deutschland arbeiten**

**Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,**

Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an der Untersuchung.

Ärztmangel in Deutschland ist immer wieder ein aktuelles Thema in den Medien. In diesem Fragebogen interessieren wir uns für Ihre individuelle Einschätzung zu einer Arbeitsaufnahme als Mediziner in Deutschland.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten. Die Daten werden anonym erfasst und nur für wissenschaftliche Forschungszwecke ausgewertet.

Mit freundlichen Grüßen, Monika Kolodziej

---

1. Können Sie sich vorstellen in Deutschland als Arzt zu arbeiten? [PE01]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja

Nein

---

2. Haben Sie konkrete Pläne in Deutschland zu arbeiten? [PE02]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus. Teilen Sie uns ihre Pläne mit.

Ja

Nein

---

3. Haben Sie konkrete Maßnahmen für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland unternommen? [PE08]

Bitte wählen Sie aus. Mehrfachauswahl möglich.

Sprachunterricht

Auslandsaufenthalt

Kontaktaufnahme zu Arbeitsvermittlungsagenturen

Kontaktaufnahme zu Kollegen in Deutschland

Sonstiges

---

4. Wie wurden Sie auf den deutschen Arbeitsmarkt aufmerksam gemacht? [PE03]

Mehrfachauswahl möglich.

Bekannte/Familie  
Eigeninitiative  
Fachmessen  
Arbeitsagenturen  
Anderweitig

---

5. Wann würden Sie in Deutschland arbeiten wollen? [PE04]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Direkt nach dem Studium  
Nach der Facharztausbildung  
Sonstiges

---

6. Für wie lange würden Sie gerne in Deutschland arbeiten wollen? [PE05]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Für die Zeit der Facharztausbildung  
Für eine begrenzte Zeit  
Unbegrenzt  
Sonstiges

---

7. Was wäre für Sie wichtig oder entscheidend um eine Arbeit in Deutschland anzunehmen? [PE06]

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwort aus.

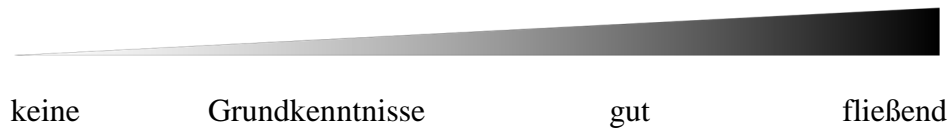
Höhere Vergütung  
Besserer Zugang zu einer Facharztausbildung  
Weiterbildungsmöglichkeiten  
Arbeitsbedingungen  
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung  
Mehr Freizeit durch geregelte Arbeitszeiten  
Integrationskurse angeboten vom Arbeitgeber  
Sprachkurse angeboten vom Arbeitgeber

Sonstiges [PE07]

---

8. Wie schätzen Sie selbst ihre Deutschkenntnisse ein? [JN01]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.



9. Wie haben Sie Deutsch gelernt? [JN02]

Mehrfachauswahl möglich.

In der Schule  
Im Studium  
Durch Eigeninitiative  
Sonstiges  
Keine Deutschkenntnisse vorhanden

---

10. Sehen Sie ihre beruflichen Perspektiven in Polen als positiv an? [SP01]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja                                  Nein

---

11. Wie schätzen Sie die Chancen ein, nach dem Studium einen Platz für die Facharzt-  
ausbildung in Polen zu bekommen? [SP02]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Gut  
Schlecht  
Sonstiges

---

12. Denken Sie, dass die derzeitige Änderung der Facharzt-  
ausbildung in Polen in ein  
Modulsystem für Sie Vorteile bringt? [PO01]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus und begründen Sie ihre Entscheidung.

Ja  Nein

---

13. In Polen herrscht ein großer Ärztemangel. Würden Sie trotzdem in Deutschland arbeiten, wenn Sie dort eine passende Anstellung fänden? [PO02]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja  Nein

---

14. Wie alt sind Sie? [AL06]

---

15. Welches Geschlecht haben Sie? [AL07]

Weiblich  Männlich

---

16. Welchen Status haben die derzeit? [AL05]

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Bitte geben Sie die Fachrichtung an.

Student   
Assistenzarzt   
Arzt in Facharztweiterbildung   
Facharzt  (Fachrichtung)   
Sonstiges

---

17. In welchem Studienjahr sind Sie? (für Studenten) [AL03]

Bitte auswählen.

---

18. An welcher Universität studieren Sie/haben Sie studiert? [AL02]

Bitte auswählen.

Sonstige Universität [AL08]

19. Was möchten Sie uns noch mitteilen? [EN01]

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

---

[Monika Kolodziej](#), Ludwig-Maximilians-Universität München – 2015

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof Dr. med. Dr. med. habil. Ursula Gresser für die Überlassung des Themas und die ausgezeichnete Betreuung und stets freundliche Unterstützung bei der Ausarbeitung der Dissertation.

Des Weiteren bedanke ich mich bei allen Teilnehmern der Umfrage, die sich Zeit genommen und mich somit bei meiner Arbeit unterstützt haben.

## Eidesstattliche Versicherung

Kolodziej, Monika

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Welchen Beitrag können in Polen ausgebildete Ärzte zur Behebung des Ärztemangels in Deutschland leisten?**

**Vergleich von Medizinstudium und Facharztweiterbildung in Deutschland und Polen unter exemplarischer Darstellung von Innerer Medizin, Allgemeinmedizin und Anästhesie.**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Doktorandin