

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,

Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann

***Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der
beruflichen Integration migrierter Ärzte in Deutschland***

Dissertation

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

vorgelegt von

Fatiha Ismail

aus München

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Georg Marckmann,

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Tobias Dreischulte
Prof. Dr. Rolf Holle

Mitbetreuung durch den

promovierten Mitarbeiter: Dr. Corinna Klingler,

Dr. Katja Kühlmeyer

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.10.2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	Seite 7
1.1 Die Relevanz der Ärztemigration für Deutschland	Seite 7
1.2 Die Situation migrierter Ärzte	Seite 9
1.2.1 Zulassung zur praktischen Tätigkeit in Deutschland	Seite 9
1.2.2 Herausforderungen bei der Integration - national und international	Seite 11
1.2.3 Der Umgang mit Herausforderungen - national und international	Seite 16
1.3 Verantwortung und Verantwortungsverteilung	Seite 22
1.4 Fragestellung und Ziel der Studie	Seite 25
2. Material und Methode	Seite 26
2.1 Methodische Vorüberlegungen	Seite 26
2.2 Studiendesign	Seite 27
2.2.1 Form der Datenerhebung	Seite 27
2.2.2 Sampling	Seite 29
2.2.3 Rekrutierung	Seite 33
2.2.4 Ethische Erwägungen	Seite 34
2.3 Datenerhebung	Seite 36
2.4 Auswertung	Seite 38
3. Ergebnisse	Seite 41
3.1 Identifizierte Probleme	Seite 41
3.1.1 Ärztemangel	Seite 42
3.1.2 Herausforderung bei der Integration	Seite 43
3.1.3 Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen	Seite 45
3.2 Lösungsvorschläge und Verantwortungszuschreibungen	Seite 47
3.2.1 Lösungsvorschläge für das Problem des Ärztemangels	Seite 47
3.2.1.1 Die Krankenhausleitung	Seite 47
3.2.1.2 Die Makro-Institutionen	Seite 48
3.2.2 Lösungsvorschläge für die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen	Seite 50
3.2.2.1 Die Makro-Institutionen	Seite 50
3.2.3 Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes vor der Anstellung	Seite 52
3.2.3.1 Der migrierte Arzt	Seite 52
3.2.3.2 Die Krankenhausleitung	Seite 53
3.2.3.3 Die Makro-Institutionen	Seite 53
3.2.4 Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes nach der Anstellung	Seite 55
3.2.4.1 Der migrierte Arzt	Seite 56
3.2.4.2 Die Krankenhausleitung und das Krankenhauspersonal	Seite 57
3.2.4.3 Die Makro-Institutionen	Seite 61

3.3 Begründungen der Verantwortungszuschreibung	Seite 61
3.3.1 Verantwortung ergibt sich aus juristischer Zuständigkeit und/oder aus der gesellschaftlich impliziten Rollenzuschreibung	Seite 62
3.3.2 Verantwortung ergibt sich aus der Schuld am Ärztemangel	Seite 65
3.3.3 Verantwortung ergibt sich aus (wirtschaftlichem) Eigeninteresse	Seite 66
3.3.4 Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen	Seite 67
3.3.5 Verantwortung ergibt sich aus weiteren moralischen Prinzipien	Seite 69
3.3.6 Weitere Gründe für Verantwortung	Seite 71
3.4 Weitere Modelle von Verantwortungszuteilung	Seite 71
3.4.1 Das Modell der absoluten Eigenverantwortung	Seite 72
3.4.2 Das Modell der Tandem-Verantwortung	Seite 73
3.4.3 Das Modell der Teilverantwortungsträger	Seite 73
3.4.4 Das Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung	Seite 74
3.4.5 Das Modell der „Gesamtverantwortung“	Seite 76
3.4.6 Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung	Seite 78
3.4.7 Das Modell der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“	Seite 81
3.5 Besonderheiten	Seite 83
3.5.1 Zentralisierung als Lösungsprinzip	Seite 83
3.5.2 Supererogatorische Handlungen und Gap Filler	Seite 85
4. Diskussion	Seite 88
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der bestehenden Literatur	Seite 88
4.2 Mögliche Faktoren für unzureichende Verantwortungsübernahme oder -abwehr	Seite 92
4.2.1 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Leugnung und/oder Bagatellisierung der Hilfsbedürftigkeit	Seite 95
4.2.2 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch den Vorwurf der Selbstverschuldung	Seite 96
4.2.3 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Abschieben der Verantwortung auf andere	Seite 97
4.2.4 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Zuschauereffekt, Verantwortungsdiffusion und/oder pluralistische Ignoranz	Seite 98
4.2.5 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch divergierende Denkmuster	Seite 100
4.2.6 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Umdefinition der Problematik	Seite 101
4.3 Limitationen der Studie	Seite 103
4.4 Schluss und Ausblick	Seite 105
Literaturverzeichnis	CVIII
Anhang A: Interviewleitfaden	CXIV
Anhang B: Einwilligungserklärung	CXVI
Anhang C: Teilnehmerinformation	CXVII
Anhang D: Auswertung	CXVIII
Affidavit	CXXVII
Publikationsliste	CXXVIII

Zusammenfassung

Das Thema migrierte Ärzte ist angesichts des Ärztemangels in Deutschland relevant. Der Mangel an Fachkräften in Deutschland kann die Patientensicherheit gefährden. Trotz entwickelter Unterstützungsansätze auf (inter-)nationaler Ebene werden in Deutschland nur wenige Lösungen umgesetzt, die berufliche Integration migrierter Ärzte zu erleichtern. Vor diesem Hintergrund liegt dieser Arbeit folgende Forschungsfrage zugrunde: Wie denken relevante Akteure über Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der Integration von migrierten Ärzten? Um diese Frage zu beantworten, wurde eine qualitative Telefoninterviewstudie durchgeführt. Die Auswertung der Studie orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) und ihren Schritten einer qualitativen Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse zeigen Lösungsansätze gemeinsam mit Verantwortlichkeiten auf Grundlage der identifizierten Probleme. Die Begründung der Verantwortungsverteilungen erfolgte in fünf Argumentationslinien. Zudem konnten die Denkmuster der relevanten Akteure in verschiedenen Verantwortungsmodellen rekonstruiert werden. Zusammenfassend wurde gezeigt, dass die Verantwortungsübernahme bzw. -verteilung unter potentiellen Verantwortungsträgern in Deutschland noch verbessert werden kann. In Anlehnung an Verantwortungsabwehrstrategien aus der Sozialpsychologie konnten Hinweise für mögliche Faktoren für diesen Zustand ermittelt werden.

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesgesundheitsministerium
bzw.	beziehungsweise
CRP	Communication-And-Resolution-Program
CK	Corinna Klingler
EG	Europäische Gemeinschaft
EK	Externe Krankenhausakademie
ERW	Europäischer Wirtschaftsraum
EU	Europäische Union
GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen
GfG	Gutachterstelle für Gesundheitsberufe
KK	Katja Kühlmeyer
mibeg	Mittelstandsberatungsgesellschaft
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
o.D.	ohne Datum
PEAP	Pre- entry Assessment Program
SPSS	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren
USA	United States of America
<i>USMLE</i>	United States Medical Licensing Examination
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1 Die Relevanz der Ärztemigration für Deutschland

Der Mangel an Fachkräften wird als eines der dringendsten Probleme im Gesundheitswesen weltweit beschrieben (Aluttis et. al, 2014). Der internationale Wettbewerb um die medizinischen Fachkräfte steigt dabei stetig an und Deutschland ist davon nicht ausgenommen.

Es gibt Gründe, warum ein Land Fachkräfte eher anzieht oder eher abstößt. Bei dem Wettstreit um die Fachkräfte gibt es klare Gewinner und Verlierer. Vielfältige Gründe wurden erforscht, warum ein migrierter Arzt ein Land verlässt, um ein neues Leben in einem anderen Land anzufangen. Bekannt geworden ist hier die Theorie der sogenannten Push-und Pull-(und Plant)-Faktoren: Push-Faktoren sind Gründe, warum ein migrierter Arzt¹ aus seinem Herkunftsland fortgehen will (z.B. wirtschaftliche Gründe), Pull-Faktoren hingegen ziehen den migrierten Arzt in ein anderes Land, in dem er sich vor allem eine Verbesserung seines Lebens- oder Arbeitsstandards erhofft (z.B. bessere Arbeitsbedingungen). Plant-Faktoren beschreiben Aspekte, warum sich ein migrierter Arzt entscheidet, dauerhaft in einem Land zu bleiben. Insbesondere ist es für den Arzt bedeutsam, wie leicht oder schwer der Berufszugang in den einzelnen Ländern ist, wenn die Entscheidung für die Migration gefallen ist (Klein et. al, 2009).

Die negativen Auswirkungen des Verlusts von Fachpersonal durch Emigration sind vor allem für arme Länder immens (Martineau et.al, 2002). Wegen internationaler Ungleichheiten wurde 2010 von der WHO (World Health Organization) ein „Global Code of Practice“ eingeführt, mit dem Ziel, diese Auswirkungen durch Regeln abzumildern. Da dieser jedoch für die einzelnen Länder nicht rechtlich bindend ist, ist der erwünschte Effekt ausgeblieben (Tam et. al, 2016).

Deutschland ist ein Industrieland mit einem hohen Lebensstandard und vor dem Hintergrund der Push-und Pull-Theorie ein beliebtes Migrationsziel. Hier gab es im letzten Jahrzehnt im Vergleich zu den anderen OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)-Ländern den steilsten Anstieg der Zahlen von migrierten Ärzten (OECDiLibrary, 2015).

Dabei ist bemerkenswert, dass Deutschland sowohl das Ziel als auch der Startpunkt vieler migrierender Ärzte ist. Deutschland verliert jedes Jahr mehr Ärzte durch Emigration als es durch Immigration gewinnt. Häufige Gründe für die Auswanderung deutscher Ärzte sind höhere Gehälter

¹Zur vereinfachten Darstellung verwende ich in dieser Dissertation die männliche Form stellvertretend für alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers)

und geregelte Arbeitszeiten im Ausland (Kopetsch, 2008). Zudem wird von den in Deutschland ausgebildeten Ärzten eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Leben durch bessere Arbeitsbedingungen im Ausland gesucht (Ognyanova et. al, 2014).

Der Ärztemangel wird aber auch verschärft durch den demografischen Wandel mit einer alternden Gesellschaft sowie durch den zunehmenden Nachwuchsmangel (Kopetsch, 2008; Ognyanova, Busse, 2011).

Zu den Zahlen: In Deutschland waren im Jahr 2018 laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer 392.402 Ärzte beruflich tätig, wobei sich insgesamt das Alter der Ärzte nach oben verschoben hat. Somit ist auch der demografische Wandel in der Ärzteschaft angekommen (Bundesärztekammer A, 2018). Es wurde erwartet, dass bis 2020 19.000 Klinikärzte in den Ruhestand gehen. Hinzu kommt, dass sich durchschnittlich 10 % der Medizinstudenten nach dem Studium nicht bei der Ärztekammer anmelden, da sie entweder ins Ausland abwandern oder einer nicht-ärztlichen Tätigkeit nachgehen (Elger, Hackenbroch, 2012).

„Wir zehren seit Jahren von der Substanz. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte wächst zu langsam, um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, vor denen unser Gesundheitssystem steht“, sagte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, damals Präsident der BÄK (Bundesärztekammer), in Bezug auf die Ärztestatistik 2018. Er betonte, dass der Zuwachs an migrierten Ärzten deshalb zur Abhilfe beitrage (Bundesärztekammer B, 2018).

Die Anzahl der ausländischen gemeldeten Ärzte war 2018 auf 55.000 angestiegen, wovon weniger als die Hälfte (25.000) aus dem Gebiet der Europäischen Union (EU) nach Deutschland migriert waren. Die meisten ausländischen berufstätigen Ärzte in Deutschland stammen in absoluten Zahlen absteigend aus Rumänien (4312), Syrien (3907), Griechenland (2776) und Österreich (2309) (Bundesärztekammer C, 2018). Bedeutsam ist dabei der rasante Anstieg der Anzahl ausländischer Ärzte in der Ärzteschaft: 1996 waren 13.353 ausländische Ärzte in Deutschland tätig (Bundesärztekammer A, o.D.²) und 2018 55.000 – das ist ein prozentualer Anstieg von 312%.

Die meisten ausländischen Ärzte finden in ländlichen Regionen und in den neuen Bundesländern (Ostdeutschland) eine Anstellung und tragen hier erheblich zur Kompensation des Ärztemangels bei: Sie stellen bereits ein Drittel des Personals. Die meisten Kliniken könnten ohne Rekrutierung von ausländischen Ärzten ihre Stellen nicht besetzen. Die Notwendigkeit für deutsche Kliniken, migrierte Ärzte anzustellen, wächst zunehmend (Kopetsch, 2008; Ognyanova, Busse, 2011).

²ohne Datum: der Quelle konnte kein Datum zugeordnet werden.

1.2 Die Situation migrierter Ärzte

Das Thema migrierte Ärzte ist angesichts des Ärztemangels in Deutschland sehr relevant. Die steigende Anzahl zu besetzender Arztstellen in Deutschland könnte kurz- bis mittelfristig einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung haben. Die Situation migrierter Ärzte in Deutschland muss deshalb vermehrt in den Fokus genommen werden: Wie stellt sie sich derzeit dar? Wie bekommen diese Ärzte Zugang in das Gesundheitssystem? Wie ergeht es ihnen, wenn sie diesen gefunden haben?

Im Folgenden werden die rechtlichen Grundlagen zur Berufszulassung, Herausforderungen bei der Integration und bereits etablierte Unterstützungsansätze auf nationaler sowie internationaler Ebene dargestellt.

1.2.1 Zulassung zur praktischen Tätigkeit in Deutschland

Der Berufszugang für Ärzte ist in Deutschland durch die Berufsordnung für Ärzte und die Approbationsordnung geregelt. Die Zulassung zur praktischen Tätigkeit kann entweder durch den Erhalt der Approbation oder der Berufserlaubnis eingeleitet werden (Bundesärztekammer B, o.D.).

Die Approbation ist die amtliche Genehmigung zur unbegrenzten Ausübung des ärztlichen Berufes in ganz Deutschland (Bundesamt für Justiz A: Bundesärzteordnung §2 und § 2a, 2019). Die Berufserlaubnis ist im Gegensatz zur Approbation auf Ort und Zeit eingeschränkt und wird nur in bestimmten Fällen vergeben. Zumeist wird die Berufserlaubnis nur für maximal zwei Jahre und nur für das Bundesland erteilt, in dem der Antragssteller einen Arbeitsplatz gefunden hat (Regierung von Oberbayern, o.D.). Die Berufserlaubnis soll der Vorbereitung zur Approbation dienen und kein Dauerzustand sein (Bundesamt für Justiz B: Bundesärzteordnung §10, 2019). Das Ziel für jeden migrierten Arzt, der langfristig und uneingeschränkt in Deutschland ärztlich arbeiten will, ist die Erlangung der Approbation. Diese zu beantragen ist durch das sogenannte „Anerkennungsgesetz“ vom April 2012 für Antragssteller jeder Staatsangehörigkeit möglich (Bundesärztekammer B, o.D.). Der migrierte Arzt muss sich vor der Antragstellung entscheiden, in welchem Bundesland er diesen stellen will. Denn ein Antrag auf Approbation oder Berufserlaubnis in Deutschland ist nur bei der jeweiligen Approbationsbehörde der einzelnen Bundesländer möglich (Marburger Bund, o.D.).

Es gibt aktuell nach Gesetzeslage in Deutschland zwei verschiedene Verfahrenswege zur Beantragung der Approbation: Für migrierte Ärzte, die in einem Land der EU oder des ERW (Europäischer Wirtschaftsraum) oder der Schweiz ihre medizinische Grundausbildung erworben

haben, gelten andere Regeln für die Anerkennung als für Ärzte, die ihre medizinische Ausbildung in einem Land außerhalb dieses Raumes, in sogenannten Drittstaaten, durchlaufen haben (Bundesärztekammer B, o.D.).

Migrierten Ärzten, die ihre medizinische Hochschulausbildung in einem EU/ERW-Land oder der Schweiz absolviert haben, wird nach Antragstellung an die Approbationsbehörde gemäß der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG die Approbation automatisch erteilt, wenn die Erfordernisse der Richtlinie an die Ausbildung und an den Arzt (u.a. Sprachkenntnis, Führungszeugnis, gesundheitliche Eignung) erfüllt sind (European Commission, o.D.; Bundesärztekammer C, o.D.). Falls diese nicht erfüllt sind und wesentliche Unterschiede zwischen der medizinischen Ausbildung in Deutschland und im Herkunftsland festgestellt werden, muss der Antragsteller sich einer mündlich-praktischen Eignungsprüfung unterziehen (Bundesamt für Justiz: Approbationsordnung für Ärzte § 36, 2020).

Bei Antragstellern aus Drittstaaten prüft die Approbationsbehörde des jeweiligen Bundeslandes, ob die medizinische Ausbildung in deren Herkunftsländern mit der in Deutschland gleichwertig ist. Bei dieser Gleichwertigkeitsprüfung werden die Inhalte der theoretischen sowie praktischen medizinischen Ausbildungen des Herkunftslandes mit denen in Deutschland verglichen. Dazu gibt es in der Regel ein gutachterliches Verfahren. Die Approbationsbehörde lässt dabei im Zweifelsfall auch Dokumente auf Echtheit prüfen. Gegebenenfalls werden hierzu externe Gutachter oder die seit 2016 von den Bundesländern eingerichtete zentrale Gutachterstelle für Gesundheitsberufe (GfG) hinzugezogen. Wird die Ausbildung an sich nicht als insgesamt „gleichwertig“ bewertet, kann nachgewiesene Berufserfahrung im Herkunftsland ausgleichend angerechnet werden (Wichmann, 2019).

Sind die Unterschiede zwischen der medizinischen Grundausbildung an deutschen Hochschulen und denen im Herkunftsland so gravierend, dass diese als nicht gleichwertig eingestuft wird, muss sich der ausländische Antragsteller einer mündlichen und praktischen Prüfung seiner Kenntnisse unterziehen. Die zuständige Behörde kann hierbei zu den Pflicht-Fächern, die sich am 3. medizinischen Staatsexamen orientieren (u.a. Innere Medizin, Chirurgie), weitere Fächer als prüfungsrelevant festlegen, falls im Herkunftsland in diesen Fächern wesentliche Unterschiede zur Ausbildung in Deutschland bestehen (Bundesärztekammer B, o.D.).

Zusätzlich müssen im Anerkennungsverfahren vom Antragsteller ausreichende deutsche Sprachkenntnisse nachgewiesen werden. Seit der Gesundheitsministerkonferenz 2014 haben sich die Landesregierungen auf Eckpunkte bezüglich der erforderlichen sprachlichen Kenntnisse geeinigt, die jedoch für die einzelnen Approbationsbehörden der Bundesländer nicht rechtlich

bindend sind. Somit muss der Antragsteller sich bei seiner Landesbehörde über die jeweiligen Anforderungen informieren. Die meisten Bundesländer orientieren sich jedoch an den konsentierten Eckpunkten: Hierin wurde das allgemeinsprachliche B2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) als Mindestanforderung an die Deutschkenntnisse vereinbart. Die zusätzlich geforderte mündliche Fachsprachenprüfung (Prüfung der fachlich-medizinischen Sprachkenntnisse) soll sich am Niveau C1 der GER (fachkundige Sprachkenntnisse) orientieren. Die Fachsprachenprüfung wird zumeist von den Landesärztekammern durchgeführt (Gesundheitsministerkonferenz, 2014; Bundesärztekammer B, o.D.; Marburger Bund, o.D.).

Zusammenfassend sind die Möglichkeiten des Berufszugangs für migrierte Ärzte in Deutschland stark durch die Qualifizierung im Herkunftsland geprägt. Zusätzlich unterscheiden sich die Richtlinien, die ein migrierter Arzt bei Antragstellung beachten muss, wegen der föderalen Struktur Deutschlands von Bundesland zu Bundesland.

1.2.2 Herausforderungen bei der Integration - national und international

Im nächsten Schritt wird zusammengefasst, vor welchen Herausforderungen migrierte Ärzte bei der Integration in Deutschland nach derzeitigem Kenntnis- und Forschungsstand stehen.

Integration spielt nicht nur im gesellschaftlichen, sondern auch für den beruflich-medizinischen Bereich eine Schlüsselrolle. Denn wenn diese misslingt, bringt das schwerwiegende (Folge-)Probleme mit sich. Die Definition des Begriffes Integration erstreckt sich auf ein breites, häufig differentes Spektrum, auf das ich hier nicht näher eingehen werde. Der Schwerpunkt meiner Studie liegt auf dem spezifischen Kontext der beruflichen Integration und nicht auf dem privaten und sozialen Kontext im Alltagsleben. Dennoch werde ich im Folgenden einzelne Aspekte, die sich aus dem gesamt-gesellschaftlichen Diskurs des Begriffes ergeben, hervorheben.

Ein Konzept, den Integrationsprozess zu verstehen, wurde beispielsweise von Castles et. al (2002) beschrieben. Der Begriff der Integration wird dabei nicht abschließend definiert, sondern als ein fortwährend im Diskurs stehender Begriff betrachtet. Ebenso wenig ist dabei klar, ob Integration einen Zustand oder einen Prozess darstellt. Castles beschreibt Integration folgendermaßen (Castles et. al, 2002):

„A two-way process of adaptation, involving change in values, norms and behaviour for both newcomers and members of the existing society. This includes recognition of the role of the ethnic community and the idea that broader social patterns and cultural values may change in response to immigration“ (Castles et. al, 2002 S.116)

Angewandt auf die vorliegende Arbeit bedeutet diese These, dass eine gelungene berufliche Integration eine gegenseitige Annäherung sowohl des migrierten Arztes als auch der Gesellschaft, die ihn empfängt, erfordert.

Darüber hinaus werden der Integration verschiedene Dimensionen zugeordnet: eine rechtlich-politische, eine sozioökonomische und eine kulturell-religiöse (Penninx, Garcés-Mascareñas, 2016). Vor diesem Hintergrund könnte man meinen, dass der migrierte Arzt für eine erfolgreiche Integration in allen drei Dimensionen eine subjektiv positiv-bewertende Position innehaben müsste. Demzufolge müsste sich der migrierte Arzt für eine gelungene berufliche Integration im Arbeitsleben sicher und (kulturell) anerkannt fühlen und ein angemessenes Einkommen erzielen.

Eine gelungene berufliche Integration migrierter Ärzte ist vor dem Hintergrund dieser beiden, nachfolgenden Aspekte wichtig: Wenn Integration durch beidseitige Annäherung und auf verschiedenen Ebenen nicht gelingt und durch verschiedene Herausforderungen zusätzlich erschwert wird, wird der migrierte Arzt möglicherweise nicht langfristig in Deutschland bleiben. Für das deutsche Gesundheitssystem ist es aber wichtig, nachhaltig gutes ärztliches Fachpersonal zu gewinnen.

Hinzu kommt ein zweiter wichtiger Aspekt: Der migrierte Arzt steht in unmittelbarem Kontakt zum Patienten. Misslingende Integration kann also auch Auswirkungen auf eine gute und sichere Patientenversorgung haben. Wenn der migrierte Arzt durch fehlende gegenseitige Annäherung der Beteiligten und/oder berufliche Unsicherheiten in seiner Rolle instabil ist, kann dies schwerwiegende Konsequenzen für ihn und sein medizinisches Umfeld haben. Beispielsweise wird eine unzureichende sprachliche Integration des migrierten Arztes die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation korreliert jedoch direkt mit einem erfolgreichen Ausgang der Behandlung des Patienten (Stewart, 1995). Hier kann es hilfreich sein, durch beidseitige Annäherung im Integrationsprozess die sprachlichen Kenntnisse des migrierten Arztes zu fördern.

Berufliche Integration kann nur gelingen, wenn man weiß, welche Integrationsbarrieren es gibt und wie sie beseitigt werden können. Dazu gibt es auf internationaler Ebene in einigen Ländern bereits Forschungen und Erkenntnisse³:

³Da nationale Kontexte sehr verschieden sein können, ist die Übertragbarkeit und der Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien nur begrenzt möglich. Deshalb steht in dieser Studie vor allem der deutsche Kontext im Fokus.

Interkulturelle Probleme vor allem in der Arzt-Patienten-Beziehung, etwa in der Umsetzung des Konzeptes der patientenzentrierten Versorgung, waren für die migrierten Ärzte herausfordernd, da sie dafür notwendige und geeignete Praktiken aus ihrem Herkunftsland nicht kannten. Mitunter wurden auch Sprachdefizite als herausfordernd benannt und zwar Defizite im Allgemeinen wie im Speziellen eines Gesprächs. Darüber hinaus fehlte ihnen häufig das Wissen darüber, wie das fremde Gesundheitssystem organisiert ist. (Michalski et. al, 2017). Als herausfordernd wurde auch der unterschiedliche Status als Arzt in ihrem Herkunftsland und dem im neuen Wirkungskreis genannt. Zum Beispiel wurde in diesem Kontext erwähnt, dass migrierte Ärzte das Mitspracherecht und die Fragen von Patienten bezüglich ihrer Behandlung als herausfordernd empfanden, weil sie beides zuvor nicht kannten.

Auch den „Rückfall“ in den „Studentenstatus“ anzunehmen, fiel ihnen schwer: Trotz der in ihrer im Herkunftsland bereits gewonnen Professionalität mussten sie nun wieder lernen. Dieses Lernen wurde durch ihnen unbekannte didaktische Vorgehensweisen in der Lehre zusätzlich erschwert. (Pilotto et. al, 2007, Australien). Als schwierig empfunden wurden auch fehlende Kenntnisse der Arbeitsprozesse im Krankenhaus des fremden Landes (Hall et. al, 2004, Kanada). Ethische, rechtliche und kulturelle Unwissenheit bezüglich der Arzt-Patienten-Beziehung wurden erwähnt (Slowther et. al, 2012, UK). Insbesondere war auch ein Mangel an Sensibilität der Umgebung, der bis zur Isolation des migrierten Arztes am Arbeitsplatz führte, ein Thema (Chen et. al, 2011, USA). Für viele migrierte Ärzte waren das Fehlen von Kollegialität gepaart mit der Unsicherheit über die ärztliche Rolle im neuen Land sowie Erschwernisse im Anerkennungsprozess Integrationsbarrieren (Skjeggstad et. al, 2015, Norwegen).

In Deutschland wurden die Herausforderungen für migrierte Ärzte trotz ihrer Relevanz erst spät erforscht (Jansen et. al, 2015; Kovacheva, Grewe, 2015; Klein, 2016; Klingler, Marckmann, 2016; Jansen et. al, 2018; Klingler et. al, 2018). Dies geschah vor allem im Rahmen qualitativer Studien, die die Situation migrierter Ärzte insbesondere in der Akutmedizin beschreiben. Hierbei wurde die Perspektive der migrierten Ärzte in den Fokus gestellt: Zusammengefasst lagen die Herausforderungen migrierter Ärzte in der Akutmedizin entweder in den eigenen unzureichenden Kenntnissen bzw. Kompetenzen, oder in der Beziehung zwischen dem migrierten Arzt und Institutionen des Gesundheitssystems oder dem Arzt und anderen Menschen (Team und/oder Patient) (Jansen et. al, 2015; Kovacheva, Grewe, 2015; Klein, 2016; Klingler, Marckmann, 2016; Klingler et. al, 2018). Im Bezug auf die eigenen Kompetenzen war hier oft ein „*begrenzt kontextspezifisches Wissen*“ (Klingler, Marckmann, 2016, S.2) im Bereich Sprache, Kultur, klinische Erfahrung/Professionalität und Gesundheitssystem zu erkennen. Die sprachliche Dimension umfasste hierbei nicht nur das Beherrschen der deutschen Sprache in Wort und Schrift, sondern

auch das Verständnis der regionalen Umgangssprache sowie der medizinischen Fachsprache. Zudem wurden bestimmte Aspekte des deutschen Gesundheitssystems als schwierig empfunden, beginnend mit dem erschwerten Zugang zur Berufsausübung bis hin zum Verstehen der Systemabläufe des deutschen Gesundheitssystems im Berufsalltag. Auch interpersonelle Probleme forderten migrierte Ärzte heraus, vor allem in Form von Zurückhaltung anderer gegenüber der eigenen Person, fehlendem Vertrauen bis hin zur Ablehnung oder sogar Diskriminierung (Jansen et. al, 2015; Kovacheva, Grewe, 2015; Klein, 2016; Klingler, Marckmann, 2016; Jansen et. al, 2018; Klingler et. al, 2018). Im rehabilitativen Bereich kommen weitere, spezielle Herausforderungen für migrierte Ärzte hinzu, vor allem durch das besondere Setting: Rehabilitative Medizin soll in Rehabilitationszentren Menschen wieder zur Teilhabe am Erwerbsleben befähigen und ist immer der Schritt vor der Erwerbsminderungsrente (Deutscher Rentenversicherung, 2020). Der rehabilitative Sektor im Krankenhaus wurde gesondert in einer Studie betrachtet, da dieser aufgrund seiner Stellung im Gesundheitssystem mehrere Besonderheiten aufweist (Jansen et. al, 2018): Die meisten Rehabilitationskliniken befinden sich in für junge Ärzte eher minder attraktiven Orten (zumeist außerhalb großer Städte). Auch die beruflichen Perspektiven sind eher eingeschränkt. Zudem unterscheiden sich die Arbeitsabläufe in Form und Intensität sehr von der Akutmedizin. Deshalb ist gerade der rehabilitative Sektor in Deutschland auf die Anstellung migrierter Ärzte in besonderem Maße angewiesen. Auch wenn die Rehabilitationskliniken migrierten Ärzten mehr Zeit zum Lernen und dadurch insgesamt mehr soziale Stabilität als der akutmedizinische Bereich geben können, berichteten die Teilnehmer der Studie, dass die geringen beruflichen Perspektiven gepaart mit der zumeist ländlichen, isolierenden Umgebung von ihnen als Nachteil empfunden wurden. Hinzu kommt, dass sich Ärzte im rehabilitativen Bereich sehr gut mit der Organisation des deutschen Gesundheitswesens sowie diversen Antragsverfahren und Dokumentationen auskennen müssen. Sie müssen beispielsweise wissen, was Erwerbsminderung bedeutet und ab wann Rentenzahlungen fällig sind. Beim Thema Rente kommt vor allem den psychosozialen Aspekten eine hohe Bedeutung zu und muss mit dem Team ebenso wie mit dem Patienten ausführlich kommuniziert und dokumentiert werden. Für migrierte Ärzte kann das heißen: Mögliche sprachliche Defizite oder fehlendes Wissen über die Struktur des Systems wiegen besonders schwer und rücken häufig in den Vordergrund. Das kann zu speziellen interpersonellen Konflikten zwischen Arzt und Patient führen: Manche Patienten hoffen nach der Rehabilitation auf die Bestätigung einer Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt. Erhalten sie diese nicht, geben betroffene Patienten häufig den sprachlichen Defiziten des migrierten Arztes die Schuld und reagieren enttäuscht oder sogar aggressiv (Jansen et. al, 2018).

Andere Studien aus Deutschland haben sich nicht nur mit den Herausforderungen aus der

Perspektive des migrierten Arztes beschäftigt, sondern die Reaktion und Perspektive des Teams auf diesen betrachtet (Jansen et. al, 2015; Klingler et. al, 2018). Dabei zeigt sich, dass Konflikte zwischen dem migrierten Arzt und seinen Kollegen häufig als Defizite des migrierten Arztes fehlinterpretiert werden. Derartige Konflikte entstehen jedoch meist durch unterschiedliche Vorstellungen von Aufgabenverteilung und Entscheidungskompetenzen oder -befugnissen in einem Team. Die Unterschiede in der Erwartungshaltung der einzelnen Teammitglieder können dabei in der unterschiedlichen beruflichen Sozialisierung ihren Ursprung haben. Durch die Fehlbewertung, dass diese Konflikte in der Inkompetenz des migrierten Arztes begründet seien, wird die Integration des Arztes ins Team erschwert (Jansen et. al, 2015). Zu dieser Erkenntnis passen die Ergebnisse einer weiteren Studie, die zeigen konnte, dass das umgebende Team dazu neigt, die Arbeit des migrierten Arztes zu problematisieren. Daraus resultiert eine starke Fokussierung auf mögliche Inkompetenzen migrierter Ärzte, die eine gewisse Toleranzgrenze nicht überschreiten dürfen. Andere Probleme – die im Team selbst zu verorten wären – werden so möglicherweise ausgeblendet (Klingler et. al, 2018).

Eine Studie aus Sachsen beschäftigte sich mit der Arbeitszufriedenheit von migrierten Ärzten in Deutschland und fand dabei heraus, dass migrierte Ärzte weniger zufrieden waren mit der Arbeitsatmosphäre und der Beziehung zu Kollegen als Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Sie empfanden auch weniger Freude an der Arbeit. Des Weiteren waren Bedürfnisse wie ein guter sozialer Status in Deutschland sowie Arbeitsplatzsicherheit für die migrierten Ärzte wenig befriedigend erfüllt (Pantenburg et. al, 2016). Auch wenn Arbeitszufriedenheit nicht gleichzusetzen ist mit den Herausforderungen während der Integration migrierter Ärzte, bietet diese Studie einen weiteren Einblick in die Erschwernisse des beruflichen Alltags, mit denen migrierte Ärzte in Deutschland konfrontiert sein können.

In einer Fokusgruppe, die sich mit der Thematik der Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Ärzte in Baden-Württemberg beschäftigte, konnten Unzulänglichkeiten dieser Prüfungsform hervorgehoben werden, die auch herausfordernd für alle Beteiligten sein können. Hier wurde vor allem die fehlende Klarheit und Einheitlichkeit bezüglich Inhalt und Form der Prüfung hervorgehoben (Farhan et. al, 2014).

Zusammenfassend konnten auf verschiedenen Ebenen mögliche Barrieren für eine erfolgreiche berufliche Integration aufgezeigt werden. Diese zu erkennen und klar zu benennen, ist der erste Schritt zur Bewältigung. Ob bereits Unterstützungsangebote existieren, um die beschriebenen Herausforderungen zu überwinden oder zumindest zu minimieren, wird im nächsten Abschnitt näher beleuchtet.

1.2.3 Umgang mit Herausforderungen – national und international

Die Erforschung der Herausforderungen in der Integration der migrierten Ärzte impliziert die Frage nach möglichen Lösungen. Mitunter forderten die bereits vorgestellten Forschungsarbeiten bezüglich Herausforderungen migrierter Ärzte mehr Unterstützungsmaßnahmen entweder in bereits implementierten oder in neuen Programmen (Pilotto et. al, 2007, McGrath, 2004, Australien; Hall et. al, 2004, Kanada; Slowther et. al, 2012, UK; Chen et. al, 2011, USA; Skjeggstad et. al, 2015, Norwegen).

Im internationalen Kontext sind zwei Strategien im Umgang mit den Herausforderungen zu beobachten: Manche Länder versuchen, eine gelungene berufliche Integration zu ermöglichen, indem sie den migrierten Arzt bereits vor Arbeitsbeginn so gut wie möglich schulen. Hier gibt es zumeist eher strenge Zugangsregelungen für die Berufszulassung. Damit soll einerseits das Entstehen möglicher späterer Probleme von vornherein verhindert werden. Andererseits wird aber eine neue Barriere aufgebaut: Denn in diesen Ländern können nur migrierte Ärzte arbeiten, die deren besonders strengen Anforderungen genügen. Andere Länder wiederum haben besonders niederschwellige Zugangsbestimmungen. Dies kann in einem extrem hohen Bedarf an zusätzlichem ärztlichem Personal begründet sein. Diese Länder versuchen aber zumindest teilweise, den migrierten Arzt zu unterstützen, indem sie Angebote zum Erwerb von Fertigkeiten machen.

In Kanada beispielsweise gibt es für migrierte Ärzte strenge Zugangsvoraussetzungen für die Berufsausübung. Erfüllt ein migrierter Arzt diese, ist er dann aber ein gleichwertiges Mitglied der Ärzteschaft. Im Gegensatz dazu ist der Zugang für migrierte Ärzte etwa in Australien relativ einfach. Die migrierten Ärzte können hier aber nur in weniger gut versorgten Orten und zeitlich begrenzt arbeiten. Allein diese beiden Beispiele machen deutlich, wie stark die staatlich regulierten Zugangsregelungen die berufliche Integration beeinflussen können (McGrath et.al, 2011).

Im Folgenden werden einige Beispiele aufgelistet, wie im internationalen Kontext mit den Herausforderungen migrierter Ärzte umgegangen wird:

In den USA (United States of America), Kanada und Großbritannien ist ein festgelegtes Verfahren entstanden. In diesen Ländern müssen migrierte Ärzte einen Englischtest, einen Test über medizinische Fachkenntnisse und klinisch-praktische Fähigkeiten bestehen, bevor sie den Beruf ausüben dürfen. In Kanada und den USA müssen die Ärzte zudem probeweise in einem Krankenhaus arbeiten, um die erforderlichen Kenntnisse nachzuweisen (Birrell, 2004).

Speziell in den USA müssen migrierte Ärzte das amerikanische Staatsexamen bestehen und erhalten im Anschluss ein eher verschultes Weiterbildungsprogramm (Elger, Hackenbroch, 2012). Das

Staatsexamen besteht dort aus drei Prüfungen („*United States Medical Licensing Examinations (USMLE Step 1-3)*“) (Wichmann, 2019, S.6). Weiterbildungsabschnitte aus anderen Ländern werden grundsätzlich nicht anerkannt und alle Ausbildungsdokumente werden auf ihre Echtheit geprüft (Wichmann, 2019).

In Kanada müssen migrierte Ärzte ein Zulassungsverfahren durchlaufen und werden vor Eintritt in die Berufswelt geschult. Sie werden zu einem „*Pre-entry Assessment Program (PEAP)*“ (Pippa et. al, 2004, S.120) der Universität Ottawa geschickt, die ein spezielles Curriculum zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten entwickelt hat. Derartige Integrationsmaßnahmen werden weiterentwickelt. Im Jahr 2004 wurde eine qualitative Studie durchgeführt, in der Forderungen nach Unterstützung im Bereich der gesprochenen und geschriebenen Sprache, Verstehen der Abläufe/ Rollenverteilung im Gesundheitssystem, spezifische Kommunikationsfähigkeiten zum Beispiel in Konflikt- oder Belastungssituationen ausgewertet wurden. Die hier befragten migrierten Ärzte wünschten sich darüber hinaus noch ein greifbareres Unterstützungssystem und eine Ausbildung zum Erwerb interkultureller Kompetenzen (Pippa et. al, 2004). Hervorzuheben ist die Forderung nach Evaluation durch weitere qualitative Studien, um die Ansätze fortzuentwickeln. Hierbei sollen die beruflichen wie persönlichen Bedürfnisse der migrierten Ärzte im Vordergrund stehen, um nicht nur die Integration zu verbessern, sondern diese auch nachhaltig zu gestalten (Curran et. al, 2008, Kanada).

Ebenso gibt es in Neuseeland Trainingsprogramme für migrierte Ärzte zur Vorbereitung auf den Berufsalltag. Auch hier werden die Integrationsangebote wissenschaftlich evaluiert und weiterentwickelt: Eine Umfragestudie zur Effektivität eines Programmes konnte zeigen, dass das Training eine bessere Vorbereitung auf Patientengespräche und eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit bewirkte (Hawken, 2005).

In Schweden sind die Zugangsvoraussetzungen eher niedrigschwellig gehalten, werden aber von Anfang an solange vom Staat durch intensive Sprachkurse unterstützt, bis der migrierte Arzt sprachlich in seinem Berufsalltag zurechtkommt. Zugleich erhält dieser die Möglichkeit einer persönlichen Betreuung zur bestmöglichen Integration (Elger, Hackenbroch, 2012).

In Australien gab es zunächst keine nationale Körperschaft, die – wie obenstehend für andere Länder beschrieben – spezifische Angebote für migrierte Ärzte implementiert hat. Deshalb wurde hier bereits Anfang des 21. Jahrhunderts eine Zusammenarbeit zwischen dem staatlichen Integrations-, Bildungs- und Gesundheitssystem gefordert. Dazu sollten Unterstützungsstrategien gehören, die den Informationsfluss und die Orientierung der migrierten Ärzte in Australien verbessern sollten (McGrath, 2004). Der Zugang zum Beruf war und ist wie oben beschrieben eher

leicht (wenn auch eingeschränkt) möglich, jedoch fehlten zunächst Maßnahmen zur Unterstützung bei der Integration. Als Reaktion auf die genannten Forderungen wurden ein Weiterbildungsprogramm vor dem Berufseinstieg entwickelt und pilotiert, sowie auch ein festgelegtes Prüfungsverfahren zur Berufszulassung. In Forschungsarbeiten wurden weitere Strategien zur möglichen Verbesserung der Integration evaluiert: Dazu gehörten unter anderem eine Erleichterung von Schwierigkeiten bezüglich der Prüfung, die digitale Bereitstellung von Informationen über die Regelungen zur ärztlichen Zulassung auch schon vor der Migration, das Aufheben der zeitlichen und örtlichen Berufseinschränkung, vermehrte Angebote von Programmen bzw. Kursen sowie von spezifischen Kontaktpersonen für migrierte Ärzte im Krankenhaus. Hinzu kamen interessanterweise, wie bereits oben beschrieben (Curran et. Al, 2008, Kanada), Angebote zur persönlichen Unterstützung beispielsweise im familiären Bereich (McGrath et. Al, 2009).

In einem systematischen Literaturreview (bis Oktober 2014) über internationale (Aus-)Bildungsmaßnahmen für migrierte Ärzte wurde festgestellt, dass trotz der hohen Bedeutung der Thematik die Erforschung und Auswertung von Unterstützungsmaßnahmen bis dahin noch sehr dürftig war und es vermehrter Anstrengungen bedarf, diese weiter voranzubringen. Diese Übersichtsarbeit kritisierte vor allem die fehlende wissenschaftliche Evaluation der Bildungsmaßnahmen (Lineberry et. Al, 2015).

Wie bereits oben erwähnt hinkt die Erforschung der Herausforderungen, die sich der Integration migrierter Ärzte stellen, in Deutschland trotz ihrer Relevanz für das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich eher hinterher. Bisher gibt es auch keine Antworten darauf, wie die bereits andernorts vorliegenden Erkenntnisse umgesetzt werden könnten. Stattdessen versuchen private Initiativen, migrierte Ärzte mit Angeboten zu unterstützen. Pilotprojekte, meist als Initiativen einzelner Kliniken gestartet, stehen nur bestimmten Gruppen offen und sind nicht für alle Betroffenen bestimmt (Kovacheva, Grewe, 2015). An weniger attraktiven Standorten, zum Beispiel in Krankenhäusern im ländlichen Raum, werden, wenn überhaupt, von Arbeitgeberseite mehr Angebote gemacht als von städtischen Einrichtungen in scheinbar attraktiverer Umgebung. Dadurch erhofft man sich, migrierte Ärzte zur eigenen Klinik zu locken und dort auch zu halten (Klein, 2016).

Um nur ein paar private Initiativen unter vielen zu nennen: So wurde beispielsweise die Externe Krankenhausakademie (EK) von einem ehemaligen Chefarzt mit osteuropäischen Wurzeln gegründet, der einen hohen Bedarf sah, junge Ärzte aus osteuropäischen Ländern auf den Berufsalltag in Deutschland vorzubereiten. Des Weiteren gibt es Unterstützungsprogramme einzelner Krankenhäuser, die für Fortbildungen zu Beginn der Arbeit zahlen, aber das Gehalt der

Ärzte für diesen Zeitraum kürzen. Darüber hinaus gibt es Mentoring-Programme einzelner Krankenhäuser für ihre Mitarbeiter. Das sechsmonatige Fortbildungsprogramm des Kölner „Mibeg“- (Mittelstandsberatungsgesellschaft) Instituts wurde speziell für spätausgesiedelte Ärzte entwickelt (Elger, Hackenbroch, 2012).

Dieser „Flickenteppich“ an Unterstützungsangeboten wirft Probleme auf: nur regionale Angebote, willkürliche Gehaltskürzungen seitens der Arbeitgeber, Beschränkungen für Fortbildungen auf nur bestimmte Gruppen von migrierten Ärzten. Verglichen mit anderen Ländern ist in Deutschland der Zugang zur praktischen Tätigkeit für den Arzt relativ leicht, aber es gibt keine national festgelegten Unterstützungsstrategien. Diese Kombination führt dazu, dass der migrierte Arzt in seinem Berufsalltag mit Herausforderungen je nach Standort mehr oder weniger alleine gelassen wird.

Dass Sprach- sowie Vorbereitungskurse essentiell sind zur besseren Integration migrierter Ärzte, und dass Deutschland in diesem Bereich eher zurückliegt, wurde in den letzten Jahren zunehmend deutlicher (Ognyanova et. al, 2014).

An den Beschlüssen der deutschen Ärztetage der vergangenen Jahre lässt sich sehen, dass die Politik aufgefordert wurde, zu handeln: Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 wurden mehrere Forderungen an die Gesetzgeber des Bundes und der Länder gestellt: Es sollen mehr Kursangebote für migrierte Ärzte bereitgestellt werden, um sie auf die Prüfungsverfahren vorzubereiten. Auch sollen die Prüfungen für die Bewerber aus den Drittstaaten für diese bezahlbar sein. Migrierte Ärzte, die eine Berufserlaubnis haben, sollen nicht unter Tarif bezahlt werden und unter ausreichender Supervision arbeiten. Zudem soll die zentrale Gutachterstelle (GfG) ausgeweitet werden, die, wie bereits erwähnt, die Approbationsbehörden als externe Gutachterstelle bei der Bearbeitung der Gleichwertigkeitsprüfung der Dokumente im Approbationsverfahren unterstützen kann (Bundesärztekammer, 2017).

Hierbei stellt sich jedoch die Frage, in welcher Form die Angebote implementiert werden sollen. Nur weil es mehr davon gibt, bedeutet das nicht zwingend eine höhere Qualität oder einen besseren Zugang zu ihnen. Sie können sogar demotivieren, wenn sie mit materiellen Einbußen einhergehen (ganz im Sinne der Push- und Pull-Theorie) (Klein et. al, 2009). Diese möglicherweise negativen Konsequenzen wurden in einer Umfragestudie mit polnischen Ärzten bestätigt. Im Vordergrund für die Motivation, nach Deutschland zu migrieren, stand für die Befragten eine Kosten-Nutzen-Analyse. Abschreckend waren die möglichen Kosten, die mit der Migration einhergehen. Vor allem waren mögliche Einkommenseinbußen durch nicht anerkannte Qualifikationen demotivierend (Fellmer, 2008).

Zusammenfassend liegt Deutschland in den Bildungsmaßnahmen zurück (Ognyanova et. al, 2014). Zudem fehlt eine wissenschaftlich fundierte Debatte, wie diese umzusetzen sind.

Beim 122. Deutscher Ärztetag 2019 in Münster wurde auch über das Anerkennungsprozedere diskutiert. In Anlehnung an die eher restriktiven Zugangsvoraussetzungen der USA wurde die Forderung geäußert, dass migrierte Ärzte aus den sogenannten Drittstaaten grundsätzlich das dritte Staatsexamen absolvieren müssen – sozusagen als Ersatz für die Gleichwertigkeitsprüfung bzw. Kenntnisprüfung (Wichmann, 2019). Im Beschlussprotokoll des 122. Ärztetages 2019 heißt es:

„Der hohe Anspruch an die Qualität der Ausbildung in der Medizin zur eigenständigen Behandlung von Patientinnen und Patienten in Deutschland darf nicht aufgeweicht werden. Die Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in den USA mit ausländischem Abschluss ist zwingend an die vorherige Durchführung der USMLE-Prüfung (United States Medical Licensing Examination) gebunden. Gleiche Standards müssen auch in einem medizinisch hochentwickelten Land wie Deutschland gelten. Insofern kann der Nachweis der Gleichwertigkeit nur durch Ableistung des dritten Staatsexamens erfolgen“ (Bundesärztekammer, 2019, Ib-64, S.1)

Die Konsequenzen einer solchen Entscheidung sind dabei schwer absehbar: Der Zugangsweg wird erheblich erschwert, wobei ungewiss ist, wie sich diese Forderung auf das Migrationsverhalten der Ärzte auswirkt. Unterschiede in den verschiedenen europäischen Ländern beeinflussen die Migrationsrouten der Ärzte aus Drittstaaten ungemein. Durch den vergleichsweise einfachen Weg zur Approbation ist Deutschland oft das Eintrittsland nach Europa (Schumann et. al, 2019). Das ist ein Anreiz. Doch danach fehlt es an Bemühungen, migrierte Ärzte auch hier zu halten, obwohl Deutschland auf sie angewiesen ist.

Dass eine Veränderung der Zulassungsbeschränkungen möglicherweise ungewollte Konsequenzen für die deutsche Versorgungslandschaft haben könnte, zeigt auch der folgende kleine Exkurs in die deutsche Einwanderungspolitik der vergangenen 50 Jahre: Nach dem vorherigen Anwerben von „Gastarbeitern“ wurde in den 70er Jahren ein „Anwerbestopp“ (Fellmer, 2008, S.3) erlassen, weil man keine zusätzlichen Arbeitskräfte mehr brauchte. Zu Beginn der 90er Jahren war allen Unionsbürgern der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt möglich, nach der EU-Erweiterung 2004 galt dies auch für die Bürger der neu hinzugekommen Staaten (Fellmer, 2008). Für Ärzte folgte 2012 das oben genannte „Anerkennungsgesetz“: Seitdem darf jeder Arzt, unabhängig von seiner Staatsangehörigkeit, einen Antrag auf Approbation stellen (Bundesärztekammer B, o.D.). Ein Grund für die strengeren Gesetze ist laut Fellmer (2008), dass Deutschland sich lange Zeit nicht als Immigrationsland gesehen habe. Im Verlauf der Zeit wurde die Notwendigkeit einer Öffnung für medizinisches Fachpersonal aus dem Ausland gesehen und daher der Zugang zum deutschen

Arbeitsmarkt erleichtert. Die jetzige Forderung nach restriktiveren Zugangsregelungen für migrierte Ärzte nach dem Vorbild der USA läuft dem zuwider.

Die Anerkennung zum Erreichen der Approbation verläuft derzeit weiterhin uneinheitlich. Insgesamt ist die Verfahrensdauer sehr langwierig, sodass die migrierten Ärzte lange auf ihren Prüfungstermin warten müssen. Die Kenntnisprüfungen werden je nach Bundesland unterschiedlich durchgeführt. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Erfolgsquoten für die migrierten Ärzte. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen steigt die Anzahl der Kenntnisprüfungen für migrierte Ärzte aus Drittstaaten in Deutschland prozentual an (Wichmann, Gehrlein, 2020). Kritik an der Durchführung der Kenntnisprüfungen wurde bereits laut: So wurden ein transparenter Leistungskatalog und die Evaluation der Prüfungsabschnitte nach wissenschaftlichen Kriterien gefordert, bislang aber nicht umgesetzt. Hingegen werden die föderalen Unterschiede bewusst in Kauf genommen (Iure/Marburger Bund Zeitung, 2019) sowie als weitere Hürde das Staatsexamen, wie bereits beschrieben, angedacht (Bundesärztekammer, 2019). Dabei ist bislang nicht einmal hinreichend erforscht worden, ob die fachliche Qualität migrierter Ärzte tatsächlich als geringer einzuschätzen ist oder ob es sich dabei nur um ein Vorurteil handelt. Auch deutsche Absolventen des Medizinstudiums haben mitunter Schwierigkeiten, problemlos in die Arbeitswelt des Krankenhauses einzusteigen (Hillienhoff, Osterloh, 2019). Welche Konsequenzen aber können Restriktion und intransparente Verfahrensweisen haben?

Nicht immer ist vorab ersichtlich, welche tatsächlichen Folgen bestimmte politische Entscheidungen haben können und wie Probleme richtig gelöst werden können. Patienten müssen vor fachlich fehlerhaftem Handeln geschützt werden. Höhere Zugangshürden können das möglicherweise gewährleisten. Allerdings stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, einem migrierten Arzt den Zugang zum Beruf zusätzlich zu erschweren, indem man pauschal davon ausgeht, dass dieser automatisch weniger fachliche Kenntnisse besitzt als ein deutscher Mediziner. Umso wichtiger ist es, dass die politisch Verantwortlichen bedenken, welche Konsequenzen ihre Entscheidungen nach sich ziehen.

In den vorhergehenden Abschnitten wurde gezeigt, dass es international wie national bereits Ansätze gibt, die Integration migrierter Ärzte zu erleichtern – auch wenn nicht immer klar ist, welches dabei die beste bzw. effektivste Strategie ist. In Deutschland existiert bis jetzt – wie bereits erwähnt – nur mancherorts begrenzte Unterstützung. Möglicherweise ist das ein Grund dafür, dass für die meisten migrierten Ärzte Deutschland vor allem ein Transitland ist, das ihnen den Zugang in andere europäische Staaten öffnet (Schumann et al., 2019). Das bedeutet, dass viele Ärzte, die nach Deutschland immigrieren, nicht nachhaltig in deutschen Kliniken arbeiten werden bzw. wollen. Da

Deutschland eine hohe Nachfrage nach migrierten Ärzten hat, sollte es die Anreize zur Migration erhöhen, beispielsweise, indem es Ausbildungsprogramme einführt (Integrationskurse, Mentoringprogramme, etc.), bürokratische Hürden für migrierte Ärzte verringert und Informationswege erleichtert, etwa zu Stellenangeboten für migrierte Ärzte (Fellmer, 2008).

Was fehlt, ist auch ein Konsens über ein möglichst einheitliches Vorgehen, um den Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte gerecht zu werden. Es ist deutlich ersichtlich, dass in Deutschland mögliche Unterstützungsansätze für eine bessere Integration migrierter Ärzte nicht (ausreichend) umgesetzt werden. Unklar ist dabei, warum dem so ist. Wie beschrieben gibt es durchaus konzeptionelle Ansätze zum konstruktiven Umgang mit Integrationsbarrieren. Es liegt nahe zu vermuten, dass deren Implementierung unter anderem auch daran scheitert, dass sich niemand für die Umsetzung verantwortlich fühlt: möglicherweise, weil Probleme gar nicht erst wahrgenommen werden oder weil viele die Verantwortung bei einem anderen Akteur als bei sich selbst sehen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu erfahren, wie die relevanten Akteure die aktuelle Situation und insbesondere die Rolle der verschiedenen Verantwortungsträger wahrnehmen und beschreiben. Diese Frage widmet sich die vorliegende Arbeit. Sie verspricht Einblick in und Verständnis dessen, woran die Umsetzung von möglichen Lösungsansätzen bislang scheitert. Im Folgenden wird das Konzept der Verantwortung, das dieser Arbeit zugrunde liegt, beleuchtet.

1.3 Verantwortung und Verantwortungsverteilung

Diese Studie beschäftigt sich mit der Wahrnehmung von Verantwortung. Vorab bedarf es deshalb einer Beschreibung und Definition des Begriffs Verantwortung. In der Ethik ist Verantwortung ein zentraler sowie komplexer Begriff, der in der Literatur unterschiedlich definiert und diskutiert wird. Verantwortung oder Verantwortlichkeit hat mehrere Ebenen, wobei die zeitliche Dimension von entscheidender Bedeutung ist: Man kann prospektiv oder retrospektiv für jemanden oder für etwas Verantwortung haben.

Bei der prospektiven Verantwortung handelt es sich um in die Zukunft gerichtete Verpflichtungen, die dabei nicht nur moralische, sondern auch juristische, gesellschaftliche und mitunter rollenspezifische Verpflichtungen beinhalten können. Es bedeutet die Beantwortung der Frage, „wozu wir überhaupt verpflichtet sind“ (Düwell et. al, 2011, S.542). Hingegen schaut die retrospektive Verantwortung rückblickend auf die Handlungsfolgen und darauf, wer für diese (möglicherweise negativen) Folgen zur Rechenschaft gezogen werden kann. Retrospektiv werden hier vor allem Kausalitätsketten betrachtet: Wer die Handlung verursacht hat, ist verantwortlich. Doch der Verantwortliche muss auch einen Einfluss auf die Handlung gehabt haben und dabei

zurechnungsfähig gewesen sein. Zudem gibt es Überschneidungen beider Verantwortungsdimensionen, da vielleicht nur, weil eine prospektive Verantwortung besteht, eine retrospektive angenommen werden kann. Der prospektive Verantwortungsbegriff hat sich aus dem Konzept der „Pflicht“ entwickelt, retrospektive Verantwortung eher aus dem Begriff der „Schuld“. Beide zeitlichen Perspektiven setzen voraus, dass es sich bei dem Verantwortlichen um ein autonomes und handlungsfähiges Subjekt handelt, das selbstständig handeln oder unterlassen kann (Düwell et. al, 2011). Die „Ambivalenzthese“ (Auhagen, 1999, S.45) beschreibt Verantwortung als Konstrukt, in der beide Dimensionen gleichzeitig vorhanden sein können:

„Verantwortung ist ambivalent. Ihr wohnen positiv bewertete Elemente sowie negativ bewertete Elemente inne (...) Verantwortung im Sinne einer Verantwortungsethik für Zu-Tuendes als Fürsorge und Pflicht sowie Verantwortung für Getanes im Sinne von Schuld und Rechenschaft“ (Auhagen, 1999, S.45-46)

Der Verantwortungsbegriff wird zumeist als „*mehrstelliger Relationsbegriff*“ (Düwell et. al, 2011, S.543) definiert:

„Jemand (Subjekt) ist für etwas (Gegenstand) vor oder gegenüber jemandem (Instanz) aufgrund bestimmter normativer Standards – prospektiv - verantwortlich. Bzw.: Jemand (Subjekt) verantwortet sich – retrospektiv - für etwas (Gegenstand) vor oder gegenüber jemandem (Instanz) unter Berufung auf bestimmte normative Standards (Normhintergrund)“ (Düwell et. al, 2011, S.543).

Die vierstellige Verantwortungsrelation nach Langanke präzisiert den Begriff der Verantwortung weiter (Langanke et. al, 2013):

„W ist für X gegenüber Y aufgrund bestimmter normativer Standards Z verantwortlich. Dabei sind W und Y Platzhalter für Personen/Institutionen (als Verantwortungssubjekt bzw. Verantwortungsinstanz), an der Stelle X (Verantwortungsgegenstand) kann eine Handlungs-/Unterlassungsfolge eingesetzt werden, während Z (Normenhintergrund) für eine Norm/ein Normensystem steht“ (Langanke et. al, 2013, S.245).

Der Verantwortungsbegriff lässt dennoch viele Diskussionspunkte offen. So werden beispielsweise die Grundvoraussetzungen für Verantwortung kritisch diskutiert und unterschiedlich bewertet. Diskussionspotenzial bieten vor allem die Fragen, wer ein Verantwortungsträger sein und wem Verantwortung zugeschrieben werden kann. Nach Langanke (2013) muss der Verantwortungsträger Handlungsalternativen zur Verfügung haben. Die Alternativen müssen für diese Person real vorhanden und bekannt sein. Sie muss sich ohne äußeren Zwang für oder gegen eine Handlung

entscheiden können, und dies auch im Wissen um die Folgen ihrer Entscheidung (Langanke et. al, 2013).

Durch mögliche Unklarheiten der Handlungsalternativen und -folgen, des Einflussbereiches und der Zurechnungsfähigkeit der Verantwortungsträger ist eine Zuschreibung von Verantwortung in einer Gesellschaft nicht immer eindeutig erkennbar. Zudem werden nicht nur einzelne Personen, sondern auch Unternehmen oder sogar Institutionen als Verantwortungsträger beschrieben, obschon deren Stellung im Gegensatz zu Einzelpersonen bezüglich ihrer moralischen Verantwortung kontrovers diskutiert wird (Düwell et. al, 2011).

Ebenfalls kontrovers diskutiert wird die Frage der Verteilung von Verantwortung. Mit diesem Thema setzte sich intensiv David Miller (2001) auseinander. Vor allem in Fällen, in denen dringend Abhilfe geschaffen werden und Menschen vor Schaden bewahrt werden müssen, ist es wichtig, dass die Zuteilung von Verantwortung für alle klar ist, da sonst im schlimmsten Fall niemand handelt (Miller, 2001): „*But who has the responsibility for putting it right?*“ (Miller, 2001, S.453). Auch im Gesundheitswesen können durch unklare Verantwortlichkeiten potenziell Menschen zu Schaden kommen. Deswegen ist es wichtig, einen Blick darauf zu werfen, welche Prinzipien bei der Verantwortungsverteilung relevant sein können. Drei Kriterien wurden dabei in einer Publikation identifiziert, die sich konkret auf Verantwortlichkeiten im Gesundheitskontext bezog: die Nähe der Person zum Geschehen, die Fähigkeit der Person zu handeln und der Beitrag der Person, das Geschehen (mit-)verursacht zu haben (Marckmann, Synofzik, 2007).

Es gibt weitere Publikationen, die sich mit Verantwortlichkeit in der Medizin beschäftigen. Zum Beispiel ist hier die Veröffentlichung über die eigene gesundheitliche Verantwortung bei Typ-2-Diabetikern anzuführen, die normativ von prospektiver und retrospektiver Seite erörtert wird (Marckmann, Gallwitz, 2007). Eine empirische Studie in Australien zeigte auf, dass dem klinischen Personal bei Übergaben oft die Verantwortungsverteilung unklar ist. Das kann zur Folge haben, dass die Übernahme von Verantwortung für betroffene Patienten vorerst ausbleibt, was diese wiederum in Gefahr bringen kann (Chin et. al, 2012).

Jedoch gibt es bislang weder eine theoretisch-normative noch empirische Auseinandersetzung mit dem Verantwortungsbegriff bezüglich der Integration von migrierten Ärzten oder migriertem Gesundheitspersonal.

1.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit

In Deutschland wird trotz entwickelter Unterstützungsansätze auf (inter-)nationaler Ebene die berufliche Integration migrierter Ärzte nicht ausreichend unterstützt. Das erstaunt, wenn man bedenkt, welche bedeutende Rolle migrierte Ärzte in Zeiten spürbar zunehmenden Ärztemangels in Deutschland spielen. Bisher weiß man wenig darüber, warum Lösungen nicht umgesetzt werden. Man kann vermuten, dass es etwas mit der Haltung möglicher Verantwortungsträger zu tun hat. Wenig erforscht sind aber auch Haltungen und Einstellungen relevanter Akteure im Gesundheitssystem.

Vor diesem Hintergrund stellt die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage: Wie denken relevante Akteure über Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der Integration von migrierten Ärzten? Das Ziel dieser Arbeit war dabei, diesbezügliche Denkmuster und Gedankenmodelle auf- und nachzuzeichnen. Ein tieferes Verständnis von Verantwortungszuschreibung kann dabei möglicherweise auch neue Ansätze zum Abbau von Integrationsbarrieren generieren, da eine Diskussion von Verantwortungszuteilungen die Identifizierung von Handlungsstrategien impliziert.

Um die Forschungsfrage handhabbar zu machen, mussten bestimmte Fragen den Verantwortungsbegriff betreffend vorab geklärt werden. Der Studie liegen dabei folgende Annahmen zugrunde: Zum einen konzentriert sich die Studie vor allem auf die prospektive Verantwortungsebene, da es nicht um Rechenschaft und Schuld gehen sollte, sondern um den produktiven Umgang mit Herausforderungen. Die Annahme war, dass bei einem Fokus auf retrospektive Verantwortung Studienteilnehmer eher defensiv reagiert hätten. Jedoch hängt die prospektive Verantwortung zum Teil mit der retrospektiven Sicht zusammen: Wenn wir die Verpflichtung für morgen kennen, können wir zumeist auch Rückschlüsse auf die Verpflichtungen von gestern ziehen. Insgesamt ist die Studie aber auf die Zukunft ausgerichtet. Des Weiteren wurde der mehrstellige Verantwortungsbegriff nach Langanke (2013) verwendet, da er für die Studie am besten handhabbar ist. Auch die potenziellen Verantwortungsträger sind in Anlehnung an Langanke (2013) Menschen mit relevanten Handlungsalternativen, die durch ihre Handlungen Einfluss auf die Integration des migrierten Arztes in seinem beruflichen Kontext haben können.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine qualitative Telefoninterviewstudie durchgeführt, die im Folgenden vorgestellt wird.

2. Material und Methode

Die COREQ- Checkliste zur umfassenden Beschreibung der Methode qualitativer Studien dient im folgenden Methodenteil als Orientierung, wird jedoch nicht in Vollständigkeit der 32 Punkte und in gleicher Reihenfolge angewendet (Tong et. al, 2007). Ihre leicht abgewandelte Nutzung soll der besseren Nachvollziehbarkeit der verwendeten Methoden dienen.

2.1 Methodische Vorüberlegungen

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, soll diese Arbeit die Fragestellung beantworten, wie relevante Akteure über Verantwortungsübernahme und Verantwortungszuteilung für Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte denken. Die Relevanz der Fragestellung wurde daraus abgeleitet, dass in Deutschland die Verantwortlichkeiten in diesem speziellen Kontext niemandem klar zugeschrieben sind und Ansätze zur Überwindung von Integrationsbarrieren bislang nur unzureichend implementiert wurden. Hierzu gab es nach meiner Recherche keine Studien, weder quantitative noch qualitative.

Um die Denkmuster für Verantwortlichkeiten zu erkunden, rückte ein qualitativ-explorativer Ansatz in den Vordergrund, da bisher in diesem Untersuchungsbereich relativ wenig erforscht worden ist. Dadurch konnte man nicht auf bekannte Hypothesen aufbauen, sondern musste sich dieser Thematik mit möglichst großer Offenheit zuwenden. Daher eignete sich aufgrund der erforderlichen Offenheit bei bislang wenig generiertem Wissen ein qualitativ-explorativer Forschungsweg (Bortz, Döring, 2006).

2.2 Studiendesign

2.2.1 Form der Datenerhebung

Die Fragestellung der Studie zielt auf eine Erhebung der subjektiven Wahrnehmung ab, sodass ein teilstrukturiertes Interview als methodisches Instrument sinnvoll erschien. Der halbstandardisierte Leitfaden wurde durch die SPSS (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren)-Methode nach Helfferich (2011) für diese Studie entwickelt. Hier wurden vor dem Hintergrund der Fragestellung zunächst Fragen gesammelt. Diese wurden dann geprüft: Der Befragte sollte durch die Fragen wirklich offen und ohne implizierte Erwartungen sein subjektives Erleben schildern können (Helfferich, 2011). Danach wurden die Fragen „*drastisch reduziert und strukturiert*“ (Helfferich, 2011, S.182). Insgesamt entstanden durch dieses Vorgehen fünf Leitfragen, die nach inhaltlichen Erwägungen sortiert wurden. Zum Beispiel wurde zuerst nach den Lösungen von Problemen gefragt und erst anschließend nach demjenigen, der sich um diesen Ansatz kümmern soll. Das Subsumieren erfolgte nach der Idee von Helfferich (2011) in drei Spalten (siehe Interviewleitfaden, Anhang 1): In der ersten Spalte befinden sich die Leitfragen, die sich als roter Faden durch das Interview ziehen. In der zweiten Spalte steht die „Checkliste“. Dort sind Fragen aufgelistet, die bei nicht Ansprechen des Teilnehmers speziell nachgefragt worden sind. In der letzten Spalte befinden sich weitere variable Zusatzfragen, die sich je nach der Gesprächssituation ergeben können. Diese wurden nicht, wie in der Beschreibung nach Helfferich (2011) obligatorisch, sondern situativ variabel ergänzt.

Es sind inhaltlich zwei Teile im Interviewleitfaden zu unterscheiden: Im ersten Teil des Interviews wurde der Teilnehmer zu seiner persönlichen Erfahrungswelt oder seinem Wissen über die Thematik⁴ und im zweiten Teil zu seiner normativen Verantwortungs idee befragt. Dadurch wurde von den Teilnehmern „*Erzählungen aus dem Stegreif*“ (Helfferich, 2011, S.106) und gleichermaßen reflektierte Aussagen (Helfferich, 2011) verlangt. Es stand insbesondere im Fokus, wie Verantwortungsübernahme von den Befragten erlebt und reflektiert wird. Das Interesse lag daran, mögliche Verantwortungsmodelle der Befragten zu erkunden.

Der Leitfaden wurde in zwei Fassungen erstellt: die erste Fassung für die Befragung des migrierten Arztes und die zweite für Befragungen aller Akteure ausschließlich des migrierten Arztes. Somit

⁴ Diese Zweiteilung ergibt sich auch daraus, dass die Daten zur Beantwortung zweier verschiedener Forschungsfragen genutzt wurden, die jeweils in zwei voneinander unabhängigen Promotionen beantwortet wurden. Die Ko-Betreuerin dieser Dissertation, Frau Dr. Corinna Klingler, hat dabei die Fragestellung „Wie sehen relevante Akteure des aufnehmenden Systems migrierte Ärzte und ihre Integration?“ vornehmlich auf der Grundlage der Daten aus dem ersten Teil des Leitfadens beantwortet (siehe auch Klingler et al. 2018), während die hier vorliegende Analyse vornehmlich auf dem letzteren Teil beruht.

wurde der Leitfaden situativ an den jeweiligen Akteur in seinem direkten oder indirekten Arbeitsbereich zum migrierten Arzt angepasst. Im Folgenden werden beide Fassungen hintereinander aufgeführt: Die erste Frage des Leitfadens richtet sich zunächst an den persönlichen Erfahrungsraum des Teilnehmers: „Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Arbeit als immigrierter Arzt gemacht?/ Inwiefern haben Sie sich in Ihrer Arbeit (als XY) mit immigrierten Ärzten beschäftigt?“ Hier war es zu Beginn des Leitfadens wichtig zu klären, welche positiven wie negativen Erfahrungen der Befragte wahrgenommen hatte. Falls er Probleme gesehen hatte, war dies die Überleitung zur zweiten Frage: „Welche Probleme erleben Sie in Ihrer Arbeit als immigrierter Arzt?/ Welche Probleme erleben Sie in Ihrer Arbeit mit immigrierten Ärzten?/ Welche Probleme mit immigrierten Ärzten wurden an Sie herangetragen? “. Der Leitfaden führte dann über die Problemwahrnehmung zu der Frage nach dem konkreten Umgang mit etwaigen Problemen: „Wie gehen Sie und Ihr Haus mit diesen Problemen um?/ Wie gehen Sie und Ihre (Institution) mit diesen Problemen um?“. Im weiteren Teil des Leitfadens erscheint dann die Frage zur Verantwortungsübernahme und normativen Verantwortungsidee: „Wer sollte sich an der Lösung dieser Probleme beteiligen?“ und „Warum sollte sich XY (als?) Akteur an der Lösung beteiligen?“. Es erfolgte damit ein Wechsel von der Befragung nach dem Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand, der gleichzeitig einen Wechsel von Indikativ zum Konjunktiv im Gespräch verlangte, um mögliche Verantwortungsmodelle der Befragten zu ergründen. Zum Abschluss wurden dem Befragten Platz für Ergänzungen oder Korrekturen eingeräumt: „Haben wir etwas Wichtiges vergessen zu erwähnen?“.

Der Interviewleitfaden wurde in der Entwicklungsphase in zwei Vorgesprächen mit Medizinstudenten getestet. Nach weiterer Bearbeitung wurden dann zusätzlich zwei Probeinterviews durchgeführt. Es wurden dabei ähnliche Teilnehmer gesucht, wie in unserer Samplingstrategie vorgesehen (Burke, Miller, 2001). Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus den Probeinterviews wurden keine maßgeblichen Veränderungen mehr am Leitfaden durchgeführt. Aufgrund der reichhaltigen Ergebnisse in den beiden Probeinterviews wurden diese in die Auswertung mit aufgenommen.

Die Interviews wurden allesamt am Telefon geführt. Die Autorin setzte sich zu Beginn der Datenerhebung mit der Literatur zur Durchführung von Telefoninterviews auseinander: Das Telefon ist heutzutage in der Arbeitswelt, sowie im Privaten eine Selbstverständlichkeit. Es ist eine kostengünstige Art und Weise, sich mit jedem jederzeit in Verbindung zu setzen (Cachia, 2011). Es ermöglichte den Zugang zu Personen, die sowohl örtlich als auch zeitlich nicht leicht erreichbar waren. Beispielsweise befanden sich die Interviewer im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität beziehungsweise in ihrem eigenen zu Hause, aber

auch die Befragten hielten sich während der Gespräche am Telefon entweder an ihrem Arbeitsplatz auf oder telefonierten von zu Hause aus. In einem Interview (Interview 13) wünschte der Befragte aus Zeitgründen ausdrücklich, auf der Heimfahrt im Zug mit seinem Mobiltelefon telefonieren zu können. Die Teilnehmer und die Interviewer konnten so die Interviews zeitlich effektiv führen. Telefoninterviews hatten bisweilen in Studien im Vergleich mit face-to-face Interviews gezeigt, dass die Ergebnisse zwar ähnlich waren, aber die Teilnehmerresponse erhöht werden konnte (Sturge, Hanrahan, 2004). Das Zurückgreifen auf Telefoninterviews erschien daher für den Erfolg der Rekrutierungsmaßnahmen enorm wichtig, weil viele der Befragten potenziell wenig Zeit hatten, da sie beruflich meist sehr eingespannt waren. Einen neuen Termin zu vereinbaren war außerdem jederzeit ohne Einschränkungen möglich. Darüber hinaus hatte dieses Setting den großen Vorteil der scheinbaren Anonymität. Die Teilnehmer konnten am Telefon ihre teilweise politisch sensiblen Aussagen erläutern, ohne dem Interviewer dabei ins Gesicht sehen zu müssen. Die Erkenntnis, dass man am Telefon eine größere Offenheit der Gesprächspartner bei teilweise problematischen Aspekten der Fragestellung erreichen konnte, war maßgeblich für die Entscheidung, die Daten auf diese Weise zu erheben. Ein Nachteil dieser Art von Kommunikation ist allerdings, dass diese ausschließlich durch Stimmen stattfinden musste und weitere nonverbale Aspekte entfielen (Opdenakker, 2006). Zusammenfassend war es wichtig, dass die Teilnehmer in einer natürlichen Umgebung, ohne großen Aufwand und somit möglicherweise offener durch die gegenseitige scheinbare Anonymität und Flüchtigkeit des Kontaktes kommunizieren konnten. Daher fanden hier Telefon- statt face-to-face Interviews statt.

2.2.2 Sampling

Vor dem Beginn der Rekrutierung wurde eine Samplingstrategie entwickelt, in deren Rahmen unsere Teilnehmer absichtsvoll ausgewählt worden sind. Gemäß dem qualitativen Ansatz dieser explorativen qualitativen Studie wurde nach dem „*purposeful sampling*“ (Patton, 1990, S.169) vorgegangen. Im Gegensatz zu den quantitativen Studien wird hier das Sample nicht nach dem „*probability sampling*“ (Patton, 1990, S.169) ausgewählt, das vor allem durch Zufallskriterien randomisierte und statistisch repräsentative Ergebnisse hervorbringen will, sondern es wurde versucht, je nach Fragestellung die zweckdienlichsten „*information-rich cases*“ (Patton, 1990, S.169) zu finden. Die Daten einer qualitativen Studie können somit keine repräsentativen Ergebnisse generieren.

In diesem Sample wurde nach dem Prinzip des „*Maximum Variation sample*“ (Patton, 1990, S.172) gearbeitet. Dabei wurden bestimmte Faktoren im Sample variiert, um ein breites Spektrum an Perspektiven einzufangen. Bei dieser explorativen Studie, die erstmal einen Überblick schaffen

sollte, war es wichtig, sich nicht nur auf eine Gruppe von potenziellen Verantwortungsträgern zu konzentrieren, sondern beispielsweise durch die verschiedenen Rollen der Teilnehmenden und durch die verschiedene Auswahl der Krankenhäuser das Sample zu variieren.

Das Ziel war es, potenzielle Verantwortungsträger im Kontext der beruflichen Integration migrierter Ärzte zu finden. Mögliche Verantwortungsträger wurden dabei als die Personen definiert, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Integration von migrierten Ärzten haben oder sogar die Fähigkeit haben, an möglichen Problemen etwas direkt oder indirekt zu verändern. Somit war vor allem die Identifizierung von bestimmten Akteuren bzw. Rollen im System, auf die oben genannte Kriterien zutreffen, von entscheidender Bedeutung. Es erschienen dabei zwei Kontexte relevant: das Krankenhaus und seine Akteure, die einen direkten Einfluss auf die Situation des migrierten Arztes haben sowie diverse politische Akteure außerhalb des Krankenhauses, die diesen Einfluss indirekt durch Ausgestaltung des Systems ausüben können. Die ausgewählten Krankenhäuser sollten von einem gewissen Ärztemangel betroffen sein, um Erfahrungen im Umgang mit migrierten Ärzten als Personal zu haben. Heterogenität bezüglich des Standortes sowie der ökonomischen Struktur der einbezogenen Krankenhäuser waren erwünscht.

Es wurde daraufhin ein Samplingplan erstellt, bei dem für bestimmte Gruppen auch Zusatzkriterien definiert wurden, die sie für eine Aufnahme in die Studie erfüllen sollten. Die Zusatzkriterien wurden zum Teil aus theoretischen als auch praktischen Erwägungen aufgenommen. Zum Beispiel sollte ein ärztlicher Kollege überhaupt Erfahrungen mit migrierten Ärzten aufweisen (theoretische Erwägung) oder ein migrierter Arzt sollte die deutsche Sprache so gut beherrschen, dass ein Telefoninterview keine Sprachbarriere darstellen würde (praktische Erwägung).

Welche Akteure aus welchen Gründen theoretisch als potenzielle Verantwortungsträger identifiziert wurden, wird nachfolgend verkürzt in tabellarischer Form dargestellt:

a) Akteure im Krankenhaus:

Akteur	Hauptkriterien	Zusatzkriterien
Der migrierte Arzt	- Direkte Betroffene, direkte Einflussnahme auf Probleme möglich	- Medizinisch ausgebildet in einem nicht deutschsprachigen Land - Muttersprache darf nicht Deutsch sein - keine allzu hohe Sprachbarriere - befindet sich weitestmöglich in der Weiterbildung zum Facharzt in einem Krankenhaus - Migrationserfahrung sollte nicht allzu lange zurück liegen - Heterogenität der Herkunftsländer gewünscht
Pflegekräfte/Pflegedirektor	- Direkte Betroffene, direkte Einflussnahme auf Probleme möglich	- Zusammenarbeit mit migrierten Ärzten
Kollege	- Direkte Betroffene, direkte Einflussnahme auf Probleme möglich	- Zusammenarbeit mit migrierten Ärzten - medizinische Ausbildung an einer deutschen Hochschule
Vorgesetzter (Ober- und/oder Chefarzt)	- Direkte Betroffene, direkte Einflussnahme auf Probleme möglich - im Zweifelsfall zumindest teilweise juristische Verantwortung für etwaige Fehler	- Vorgesetzte von migrierten Ärzten
ärztliches und/oder kaufmännisches Personal und/oder Vertreter der Krankenhausleitung	- Direkte Betroffene, direkte Einflussnahme auf Probleme möglich - im Zweifelsfall zumindest teilweise juristische Verantwortung für etwaige Fehler - strategische Ausrichtung durch Führungsrolle des Krankenhauses - Entscheidungsmacht über finanzielle Ressourcen	- Vorgesetzte von migrierten Ärzten

b) Akteure außerhalb des Krankenhauses:

Akteur	Hauptkriterien	Zusatzkriterien
Politik	- Grundsätzlich für die Organisation des Gesundheitssystems verantwortlich in der Ausführung sowie Reglementierung	- mindestens ein Akteur pro Landes- und Bundesebene
Ärztékammer	- Grundsätzlich zuständig für die Wahrung der Berufsordnung, Sicherung der medizinischen Versorgung, Einhaltung der Weiterbildungsordnung sowie Förderung von Fortbildungen	- mindestens ein Akteur pro Landes- und Bundesebene
Krankenhausgesellschaft	- Interessenvertretung der Krankenhäuser	
Ärztliche Standesvertretung	- Interessenvertretung der Ärzte	
Pflegeverband	- Interessenvertretung der Pflegekräfte	
Patientenberatungsstelle	- Interessenvertretung der Patienten und Angehörigen	

Exemplarisch werden nun zwei Akteure und die Begründung ihrer Aufnahme in das Sample erläutert: Der ärztliche Kollege beispielsweise kann durch die Zusammenarbeit mit dem migrierten Arzt direkt seine Herausforderungen miterleben. Er könnte beispielsweise Defizite in der Kommunikation des migrierten Arztes mit Patienten oder in der Dokumentation der Briefe mitbekommen. Der migrierte Arzt könnte ihn auch um Hilfe und Unterstützung bitten, seine Integration am Arbeitsplatz zu erleichtern. Der Kollege kann somit zu einem direkt betroffenen potenziellen Verantwortungsträger werden. Um auch ein Beispiel außerhalb des Krankenhauses anzuführen, blicken wir auf die ärztlichen Standesvertretungen. Diese sind für Wahrung der Interessen der Ärzte zuständig: Sie helfen Ärzten jeglichen Fachgebietes bei rechtlichen Fragen, unterstützen in tariflichen Belangen und treten als Interessenvertretung der Ärzte an die Politik heran und in der Öffentlichkeit auf. Sie können deswegen auch die Interessen migrierter Ärzte vertreten und damit Verantwortung für deren Herausforderungen potenziell übernehmen.

Es wurde versucht, für jeden möglichen Verantwortungsträger mindestens ein, jedoch höchstens zwei Interviews durchzuführen. Die Datenerhebung sollte nach Erfüllung des Samplingplans beendet werden.

2.2.3 Rekrutierung

Bei der Rekrutierung der Akteure im Krankenhaus wurde im ersten Schritt durch eine zielgerichtete Recherche im Internet nach Krankenhäusern gesucht, die aufgrund von Ärztemangel migrierte Ärzte öffentlich rekrutieren. Die Krankenhäuser, die in sogenannten Ärztemangelversorgungsgebieten lagen und migrierte Ärzte aktiv rekrutierten und dies öffentlich kommunizierten, stellten mögliche erste Ansprechpartner dar. Beispielsweise waren öffentliche Stellenbörsen mit bestimmten Suchmasken für migrierte Ärzte ein Weg, potentielle Krankenhäuser für die Rekrutierung von Teilnehmern zu finden. Durch die Methode der Telefoninterviews gab es deutschlandweit keine Einschränkungen in der Rekrutierung potenzieller Teilnehmer, etwa aus Mangel an Ressourcen. Nach der Identifikation von zwei Krankenhäusern in unterschiedlichen Bundesländern erfolgte eine direkte Anfrage per Email. Beide Krankenhäuser lagen in eher ländlichen Gegenden. Im zweiten Schritt ermöglichten ein oder mehrere Gatekeeper auf der Krankensebene – hier vor allem auf der Leitungsebene – Zugang zu spezifischen Akteuren gemäß der Samplingstrategie. Gatekeeper sind sozusagen Türöffner, die den Kontakt zu verschiedenen potenziellen Verantwortungsträgern ermöglichen (Helffferich, 2011). Zudem wurden vier Teilnehmer aus dem eigenen beruflichen Netzwerk der Autorin und des betreuenden Teams⁵ gewonnen.

Außerhalb des Krankenhauses wurde im ersten Schritt durch eine zielgerichtete Recherche im Internet eine Vorauswahl getroffen. Dies erfolgte zum Beispiel anhand von beruflichen Beschreibungen der Aufgabenbereiche, der Verbände oder bestimmter Referate der jeweiligen Ministerien im Netz. Gleichzeitig waren auch öffentliche Äußerungen der potenziellen Teilnehmer oder Mitorganisatoren von Fortbildungsveranstaltungen oder Prüfungsmodalitäten für migrierte Ärzte wichtige Indikatoren. Es war von großer Bedeutung, dass die Beteiligten einen beruflichen Bezug zum Thema hatten. Im zweiten Schritt wurde durch Nachfragen bei der ersten direkten Kontaktaufnahme kontrolliert, inwiefern sich der Akteur selbst als erfahren in der Thematik/Fragestellung einstufte. Hatte er dazu keinen Bezug, wurde die potenzielle Teilnahme wieder verworfen. Gegebenenfalls wurde man dann an eine andere Person oder Institution verwiesen, bei der davon ausgegangen wurde, entsprechende Erfahrungen zu haben. Dies wurde dann wiederum überprüft. Der Einsatz dieses Schneeballsystems (Helffferich, 2011) wurde sowohl bei Personen im als auch außerhalb des Krankenhauses eingesetzt. Dabei wurden Personen gefragt, ob sie potenzielle Ansprechpartner kennen, die den Einschlusskriterien der Studie entsprechen

⁵Bestehend aus Prof. Dr. Georg Marckmann, Dr. Corinna Klingler (CK) und Dr. Katja Kühlmeyer (KK)

könnten (Helfferrich, 2011). Dies half vor allem auf der Ebene der Makroinstitutionen dabei, auch Personen zu identifizieren, die sich ansonsten in der Öffentlichkeit eher wenig oder gar nicht zu der Thematik äußerten.

Es wurden auch Teilnehmer aufgenommen, die nicht eindeutig in ihre prä-identifizierte Rollenzuschreibung passten, weil sie Doppel- oder sogar mehrere Rollen einnahmen. Diese wurden dann entsprechend ihrer dominanten Rolle nach der Samplingstrategie kategorisiert.

2.2.4 Ethische Erwägungen

Die Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München erteilte nach Antragstellung eine Unbedenklichkeitserklärung unter der Voraussetzung, dass alle Daten irreversibel anonymisiert werden (Prüfnummer 076-14).

Hier soll im Folgenden auf die forschungsethischen Erwägungen eingegangen werden (Hopf, 2000), die dem Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt wurden. Dabei stehen zwei ethische Prinzipien im Zentrum der Überlegungen: Das Prinzip der Nicht-Schädigung und das Prinzip des Respekts der Autonomie.

Zum Prinzip der Nicht-Schädigung: Eine Schädigung durch das Durchführen von Telefoninterviews in Form etwa einer zu hohen Belastung der Befragten ist nicht eingetreten und war auch bei der Fragestellung im Rahmen der Vorüberlegungen nicht zu erwarten. Vor Beginn des Interviews wurde der Befragte aufgeklärt und über einen jederzeit möglichen Abbruch informiert. Die Interviewerinnen⁶ hätten bei eventuellem spürbarem Unbehagen des Teilnehmers die Befragung abgebrochen. Angesichts der Gesprächssituation am Telefon wäre es dem Befragten jederzeit möglich gewesen, die Situation selbst abubrechen. Allerdings kam es in keinem Fall zu einer solchen Situation. Die Mehrheit der Befragten waren auch nicht direkt persönlich, sondern höchstens beruflich von der Thematik betroffen.

Es war für diese Studie von Interesse, die Eindrücke der Befragten eines Arbeitsbereiches zu erkunden. Dadurch, dass einige Teilnehmenden am gleichen Krankenhaus tätig waren und sich möglicherweise kannten, wurde streng darauf geachtet, eine mögliche Identifizierung der Teilnehmenden bzw. eine klare Zuordnung von Aussagen zu einer bestimmten Person auf der Grundlage der Daten zu vermeiden. Dies wurde durch die Anonymisierung der Daten erreicht. Die Anonymisierung der Daten fand durch neutrale Begrifflichkeiten wie beispielsweise Name A, Stadt

⁶Die Autorin sowie Dr. Corinna Klingler und Dr. Katja Kühlmeyer

B statt. Durch die Befragung verschiedener Akteure in unterschiedlichen Krankenhäusern wurde eine mögliche indirekte Identifizierung durch Mitarbeiter stark erschwert, da Aussagen nicht einem konkreten Kollegen zugeordnet werden konnten. Die Herkunftsländer der insgesamt drei teilnehmenden migrierten Ärzte hatten keine Bedeutung und wurden anonymisiert. Die Berufsbezeichnungen wie beispielsweise Mitarbeiter der Landesärztekammer, Bundesland A oder Beschwerdemanagementbeauftragter, Krankenhaus A, wurden aus Gründen der Nachvollziehbarkeit von Teilnehmeraussagen nicht gelöscht, da die Gefahr einer Identifizierung auf der Grundlage dieser Information als verschwindend gering eingeschätzt werden konnte. Zudem wurden Interviewpassagen im Ergebnisteil nicht spezifischen Akteursgruppen zugeordnet, so dass aus dieser Information nicht mehr als die bloße Teilnahme einer Person hätte abgeleitet werden können. Alle anderen persönlichen Daten wurden durch Anonymisierung zum Schutz der Privatsphäre/ Persönlichkeitsrechte der Teilnehmenden in den Transkripten sowie Postskripten irreversibel gelöscht. Die Audiodateien wurden ebenfalls irreversibel gelöscht.

Zum Prinzip des Respekts der Autonomie: Vor jedem Telefoninterview war die informierte Einwilligung verpflichtend (siehe Anhang 2). Bei der Vereinbarung des Termins der Befragung wurde der Teilnehmer über die Studie, ihr Anliegen und die Verwendung der Daten inklusive Anonymisierung informiert. Die Studieninformationen sowie die Einwilligungserklärung wurden ihm daraufhin per Mail oder Fax zugesendet. Vor der Befragung sollten sie unterschrieben zurückgeschickt werden. 21 Teilnehmer willigten schriftlich ein, vier Teilnehmer taten dies nur mündlich. Vor Beginn der Interviews hatten die Teilnehmer Zeit für Fragen und konnten Einschränkungen anmelden. Eine Teilnehmerin wünschte sich, vor Veröffentlichung ihrer Zitate Rücksprache zu halten, was respektiert wurde.

2.3 Datenerhebung

Die Erhebungsphase der 25 Interviews belief sich vom ersten Probeinterview am 15.09.2014 bis zum letzten Interview am 13.09.2015. Die Dauer erklärt sich durch das aufwendige Rekrutieren der Teilnehmer.

Die Teilnehmer wurden entweder von der Autorin oder von den wissenschaftlichen Betreuern (KK und CK) angeschrieben, außer bei zwei Interviews, die aufgrund von beruflichen Kontakten von Prof. Marckmann angefragt worden sind. Schlussendlich wurden 25 Interviews durchgeführt und stellen somit das Sample:

Akteure innerhalb des Krankenhauses	Migrierter Arzt	Kollege	Ober- oder Chefarzt	Pflegedirektion	ärztlicher Direktor	Vertreter der kaufmännischen Abteilung	Verwaltungsdi- rektor/ Vertreter der Leitungsebene der Krankenhaus- gruppe
Insgesamt 14	3	3	2	2	2	1	1
Akteure außerhalb des Krankenhauses	Vertreter Politik (je Landes- und Bundesebene)	Vertreter Ärztekammer (je zwei Landes- und einer auf Bundesebene)	Vertreter ärztlicher Standesvertretungen	Vertreter einer Krankengesellschaft auf Landesebene	Vertreter eines Pflegeverbands	Vertreter Patientenbe- ratungsstelle	
Insgesamt 11	2	3	2	1	1	2	

Die Dauer der Interviews war mit jedem Teilnehmer für je 30 Minuten vereinbart. Die tatsächliche Zeit betrug von minimal 15 Minuten bis zu maximal einer Stunde. Die Interviews wurden allesamt auf Deutsch geführt. Die Interviews mit unterschiedlichen Gesprächspartnern wurden von drei Personen geführt: Die Autorin (weiblich, zum damaligen Zeitpunkt Medizinstudentin) moderierte vierzehn Interviews sowie die beiden Probeinterviews. Dr. Katja Kühlmeyer (weiblich, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München) leitete acht weitere Gespräche und Dr. Corinna Klingler (weiblich, zum damaligen Zeitpunkt wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und noch nicht promoviert) führte ein Interview. Bei den drei Interviewerinnen war es von großem Vorteil,

dass zwei von ihnen, darunter nicht die Autorin, bereits eigene Erfahrungen in der qualitativen Forschung gemacht hatten. Dr. Katja Kühlmeyer trainierte die Autorin in der Methode der Interviewdurchführung und besprach die ersten drei geführten Interviews mit ihr nach, um die Qualität der Interviews sicherzustellen.

Bei den Telefoninterviews war es wichtig, die technischen Besonderheiten zu beachten, wie beispielsweise die Lautsprecherfunktion oder das rechtzeitige Auffüllen des Telefonakkus (Burke, Miller, 2001). Die Telefoninterviews wurden mittels eines Audioaufnahmegeätes aufgezeichnet. Dafür musste die Lautsprecherfunktion des Telefons des Interviewers eingeschaltet werden, was ausschließlich bei einem Interview zu einer Doppelschallwahrnehmung bei der befragten Person geföhrt hatte. Die Teilnehmer wurden bei den Gesprächen nie visualisiert. Es kam aus Gründen der telefonischen Verbindung bei zwei Interviews zu einer kurzzeitigen Unterbrechung des Gespräches, was jedoch die Qualität des Interviews nicht maßgeblich beeinträchtigte. Es kam auch zum wiederholten Einschalten des Aufnahmegeätes durch die sogenannte „Off-the-Record-Situation“. Insgesamt in vier Interviews wurde das Aufnahmegeät nach dem erstmaligen Abschalten wieder eingeschaltet, da der Befragte nach der erstmaligen Beendigung der Aufnahme wichtige Informationen weiter ausführte. Einige Teilnehmer wollten den Leitfaden vorab ausgehändigt bekommen, um sich vorbereiten zu können. Dieser Bitte kamen wir nach.

Jeder Interviewer fertigte ein Postskriptum direkt nach seinem Gespräch an. Darin wurden das Gesagte noch einmal kurz zusammengefasst, die Stimmung und Begebenheiten erfasst sowie mögliche weitere Inhalte aus dem Gedächtnis nach dem Abschalten des Aufnahmegeätes notiert. Diese Informationen konnten dann für die Auswertung der Interviews ergänzend genutzt werden. Vor oder während der Interviews wurden keine Protokolle angefertigt.

Die Interviews wurden alle mithilfe „F5“⁷ transkribiert und zwar nach dem vereinfachten Transkriptionssystem aus dem „Praxisbuch für Transkription“ (Dresing, Pehl, 2012). Bei der Transkription wurden Emotionen, Pausen, Tonfall sowie parasprachliche Ausdrücke nicht verschriftlicht, da es bei der Fragestellung um die Auswertung von Inhalten und nicht um die Auswertung von Emotionen ging. An der Transkription waren zusätzlich zu der Autorin drei Hilfskräfte beteiligt, die alle Vorerfahrungen im Transkribieren hatten: Frau Anna Doppelhammer (Soziologiestudentin), Frau Jasmin Ugurel (Studentin für Mediendesign) und Frau Christina Merhold (Werkstudentin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München). Alle Transkripte wurden von der Autorin nochmals kontrolliert

⁷F5.app, Version 1.5.6, Copyright 2011, <https://www.audiotranskription.de/downloads>

und im Anschluss anonymisiert.

2.4 Auswertung

Die Auswertung der Studie orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) und ihren Schritten einer qualitativen Inhaltsanalyse. Es wurde dabei eine Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen gewählt (Schreier, 2012). Der deduktive Weg oder „*concept-driven way*“ (Schreier, 2012, S.84) basiert auf einem Codiersystem auf der Grundlage einer Theorie, ohne zuerst die Daten hinzuzuziehen, der induktive Weg oder „*data-driven way*“ (Schreier, 2012, S.84) gründet sein Kategoriensystem auf dem Material der Studie ohne theoretischen Hintergrund. Hier wurden beide Vorgehensweisen kombiniert verwendet (Schreier, 2012), die im Folgenden erläutert werden.

Ausgehend von unserer Fragestellung nach Verantwortungskonzepten wurde ein deduktives Kategoriensystem (vier Oberkategorien) aus der Theorie abgeleitet und half, so die Auswertung zu strukturieren. Das Konzept, das verwendet wurde, um die deduktiven Oberkategorien zu definieren, hat ihr Fundament in der vierstelligen Verantwortungsrelation nach Langanke et al. (2013). Dieses wurde bereits in der Einleitung beschrieben und wird hier aus Gründen der Übersicht noch einmal kurz vorgestellt:

„W ist für X gegenüber Y aufgrund bestimmter normativer Standards Z verantwortlich. Dabei sind W und Y Platzhalter für Personen/Institutionen (als Verantwortungssubjekt bzw. Verantwortungsinstanz), an der Stelle X (Verantwortungsgegenstand) kann eine Handlungs-/Unterlassungsfolge eingesetzt werden, während Z (Normenhintergrund) für eine Norm/ein Normensystem steht“ (Langanke et. al, 2013, S.245).

Es wurde anhand des Verantwortungskonzepts nach Langanke ein Kategoriensystem erarbeitet (siehe auch Auswertungsschema nach dem Ergebnisteil). Die vier definierten deduktiven Oberkategorien sind:

1. Welche Probleme werden überhaupt benannt? (P)
2. Wer soll bei den benannten Problemen handeln? (W-P-Interaktion)
3. Was soll getan werden? (W-X-Interaktion)
4. Aufgrund von welchen normativen Maximen soll genau dieser Mensch handeln? (W-Z-Interaktion)

Die deduktive Oberkategorie der Instanz (W-Y-Interaktion) (Langanke et. al, 2013) schlossen wir zunächst in unseren Auswertungsleitfaden mit ein. Da jedoch keiner der ersten zehn Interviewbefragten eine Antwort auf die Frage: „Gegenüber welcher Instanz ist dieser Akteur verantwortlich?“ gab, entfernten wir diese aus der Auswertung bzw. aus dem sich entwickelnden Kategoriensystem, sodass unserer Studie angelehnt an Langanke das Konzept einer dreistelligen Verantwortungsrelation zugrunde lag.

Mit diesem groben Kategoriensystem wurden nun die Interviews analysiert, um die deduktiven Kategorien um induktive Kategorien zu ergänzen und diese so auszudifferenzieren. Zunächst wurde jedes einzelne Interview nach mehrfachem, sorgfältigem Lesen, in relevante und nicht relevante Daten eingeteilt (Schreier, 2012). Das relevante Material eines Interviews wurde nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) paraphrasiert und es wurden induktive Codes (induktive Kategorien) entwickelt. Nach Beendigung dieses Vorgangs wurden alle so entstandenen Codes aller Interviews verglichen, zusammengefasst und auf eine verallgemeinerte Ebene übertragen (abstrahiert). Somit entwickelte sich ein Codiersystem, das ausgehend von den vier deduktiven Oberkategorien viele induktive Unterkategorien beinhaltet. Im Folgenden wird zur Veranschaulichung ein Beispiel angeführt:

Deduktive Oberkategorie:

Aufgrund von welchen normativen Maximen soll genau dieser Mensch handeln?

Zitat:

„Aber die Arbeit wird ja vor Ort getan. Und deswegen glaube ich, kann man es sich nicht so einfach machen und die Verantwortung ganz alleine irgendwo anders hinschieben, sondern die Verantwortung liegt immer auch dort, wo der Kollege dann eingesetzt wird/ angestellt wird“ (Interview 8)

Paraphrase: Arbeit und Verantwortungsübernahme müssen am selben Ort liegen.

Interview-Code: Arbeit als lokal verorteter Prozess macht lokale Verantwortungsträger notwendig.

Induktive Unterkategorie:

Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen

Verantwortung aller am Arbeitsablauf beteiligten Personen: Arbeit als lokaler Prozess: beste Handlungsfähigkeit bei Problemen durch Nähe am Geschehen

Darüber hinaus gab es viele Aspekte in den Interviews, die nicht in die deduktiven Oberkategorien einsortiert werden konnten, die aber für die Beantwortung der Forschungsfrage von besonderer Relevanz erschienen. Diese zusätzlichen Besonderheiten waren Modellvorstellungen/Denkmuster der Befragten, wie Verantwortung verteilt werden kann. Diese wurden aufgrund ihrer Relevanz zur Fragestellung als weitere induktive Oberkategorien mit ihren jeweiligen spezifizierenden Unterkategorien hinzugefügt. Die Daten zeigten hierbei besondere Denkmuster der Akteure, die durch die oben genannten deduktiven Oberkategorien keine Abbildung fanden. Relevante Textpassagen wurden zunächst gelesen und paraphrasiert. Das Denkmuster wurde daraufhin in einer Oberkategorie aufgelistet und gegebenenfalls mit Unterkategorien verdeutlicht.

Im Folgenden auch hierfür ein Beispiel:

Zitat:

„Also ich denke, das wären die drei wichtigen Partner, die Versicherer, die politischen Kräfte (...) oder eben nun auch die Ärzteschaft (...) Wer sonst? Wer sollte sonst dazu etwas unternehmen können? Ich sehe da sonst niemand. Es ist also wie gesagt aus der Analyse der/ unseres Gesundheitssystems erfolgt die Definition oder die Identifi/ nicht Definition sondern Identifikation der Entscheidungsträger, die dieses System steuern, mittragen und prägen“ (Interview 14)

Paraphrase: Die „Entscheider“ des Gesundheitssystems: Versicherungsträger, organisierte Ärzteschaft, Politik können als einzige Verantwortungsträger Verantwortung übernehmen.

Induktive Oberkategorie: Das Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung

Insgesamt wurden zwei Interviews mit Dr. Klingler gemeinsam ausgewertet sowie einzelne Teile verschiedener Auswertungsabschnitte regelmäßig auf ihre Nachvollziehbarkeit überprüft.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews mit den relevanten Akteuren zur Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der beruflichen Integration migrierter Ärzte präsentiert. Der Aufbau der Ergebnisdarstellung folgt im ersten Abschnitt dem Aufbau der deduktiven Oberkategorien:

1. Welche Probleme werden überhaupt benannt? (P)
2. Wer soll bei den benannten Problemen handeln? (W- P- Interaktion)
3. Was soll getan werden? (W-X- Interaktion)
4. Aufgrund von welchen normativen Maximen soll genau dieser Mensch handeln? (W-Z- Interaktion)

Die Lösungsansätze wurden in der Darstellung mit den jeweiligen Akteuren zusammengefasst, die für diese Handlung Verantwortung übernehmen sollen, um den inhaltlichen Kontext zu erhalten.

Im weiteren Teil der Ergebnisse werden die induktiven Kategorien in Form der Modellvorstellungen von Verantwortungsverteilung betrachtet. Am Ende der Ergebnisbeschreibung findet sich die Auswertungstabelle, die die Ergebnisse in Codes zusammenfasst.

3.1 Identifizierte Probleme

Aufgeführt werden hier die identifizierten Problembereiche, die in den Interviews benannt worden sind. Der Ärztemangel wurde als Problem von den Befragten ohne direkt ersichtlichen Bezug zu den Interviewfragen genannt. Die Frage nach Erfahrungen bzw. Problemen im Zuge der Arbeit mit migrierten Ärzten assoziiert nicht selbstverständlich das Problem des Mangels an qualifizierten Ärzten in Deutschland. Dieses Problem wurde aber interessanterweise häufig in diesem Kontext genannt. Eine unzureichende Integration des migrierten Arztes in den Arbeitsablauf des Krankenhauses wird bei den Befragten zudem als problematisch angesehen. Hierunter subsumieren die Teilnehmenden die unzureichende Anpassung an sprachliche, fachliche, kulturelle und private Anforderungen. Zu guter Letzt sei auch die Sicherstellung der Qualifikation beim Anerkennungsverfahren der Berufserlaubnis bzw. Approbation sowie die Verfahrensweise an sich problematisch. Im Folgenden werden die identifizierten Probleme im Detail beschrieben.

3.1.1 Ärztemangel

Der Mangel an qualifiziertem ärztlichen Fachpersonal in Deutschland wurde mehrfach von Befragten als Problem benannt. Vor allem wurde hier das Angewiesensein des Arbeitgebers auf eine Stellenbesetzung mit migrierten Ärzten als Fachpersonal als problematisch beschrieben: Von den Teilnehmenden wurde angenommen, dass migrierte Ärzte gegebenenfalls mehr Anforderungen an die Arbeitsstelle vorerst nicht erfüllen können als Absolventen eines Humanmedizinstudiums an einer deutschen Universität. Das Problem des Ärztemangels wird hierbei ursächlich zumeist auf zu wenig ausgebildete Medizinabsolventen an deutschen Hochschulen zurückgeführt:

„Klagen höre ich schon oft, warum wir ausländische Ärzte beschäftigen müssen, die unter Umständen nicht einmal das Ausbildungsniveau haben, wie es bei uns ist. Und bei uns durch den Numerus Clausus diese Engstelle da ist, die es verhindert, dass wir mehr Absolventen haben/ mehr Absolventen für den Beruf dann, für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen“ (Interview 10)

Das Problematische sei dabei die Abhängigkeit von – so die Annahme – sprachlich und/oder fachlich geringer qualifizierten Ärzten aus dem Ausland, um die Personalbesetzung im Krankenhaus aufrechtzuerhalten. Dabei wurde jedoch auch von Unterschieden in der Qualifikation der migrierten Ärzte gesprochen, so gelte: *„ausländischer Arzt ist nicht gleich ausländischer Arzt“* (Interview 10). Diese Abhängigkeit betreffe dabei laut den Befragten vor allem Krankenhäuser mit geringer Attraktivität für Absolventen aus deutschen Universitäten. Die Attraktivität setze sich aus mehreren Faktoren zusammen. Um einige zu benennen: der Standort des Krankenhauses, die Länge der Weiterbildungsermächtigung, die Personalbesetzung, die Dienstbelastung, die Abteilungsvielfalt und Struktur des Krankenhauses. In diesem Zusammenhang wird von einer erhöhten Anforderung in der Stellenbesetzung für weniger attraktive Krankenhäuser gesprochen, die zumeist in ländlichen Regionen liegen. Diese müssten sich vermehrt mit dem Problem des Ärztemangels auseinandersetzen, sodass es hier zu einem Ungleichgewicht in der Besetzung komme:

„Aber leider ist das Mischungsverhältnis nicht mehr stimmig. Man müsste mehr deutsche Assistenzärzte haben, dann würde man sicher auch den ein oder anderen Assistenzarzt in einer anderen Nationalität eher verkraften können“ (Interview 20)

Angemerkt worden ist, dass es keine bis wenige Strategien der Politik oder Krankenhäuser gebe: zum einen wenig Strategien, um das Problem des Ärztemangels ohne Einbeziehung von migrierten Ärzten zu lösen, und zum anderen wenig Strategien, um den Mangel durch Anstellung von ärztlichem Personal aus dem Ausland effizient und qualitativ hochwertig zu managen.

Beispielsweise werden hier die erschwerten Einreisebedingungen für Ärzte aus Nicht-EU-Ländern erwähnt, die eine Rekrutierung für Deutschland erheblich beschränken.

Interessant ist, so die Argumentation einiger Teilnehmenden, dass der Ärztemangel politisch nicht anerkannt werde, sondern als Problem zu vieler Krankenhausbetten verstanden werde:

„Es ist ja ein offenes Geheimnis. Wir haben in Deutschland zu viele Klinikbetten. Und die Politik setzt erstmal im Klinikbereich auf eine Selbstbereinigung des Marktes. Und die Politik sieht das relativ entspannt, was die Personalengpässe anbetrifft, weil die natürlich ohnehin davon ausgeht, dass im/ am deutschen Klinikmarkt erheblich zu viel Angebot vorhanden ist“ (Interview 25)

Daraus ergebe sich, dass für das Problem des Ärztemangels mit all seinen Ursachen und Folgen keine politischen Lösungen entwickelt werden:

„Also man muss wirklich sagen, das ist ja ein Problem, das in der Politik negiert wird eigentlich also die offizielle deutsche Gesundheitspolitik sagt, wir haben ja genug Ärzte, wir haben nur zu viele Krankenhausbetten und schließt mal ein paar Krankenhausbetten, dann sind auch genug Ärzte auf dem Markt (...) das heißt, wir dürfen uns da nicht allzu viel von der Politik und von der Gesundheitspolitik erwarten“ (Interview 9)

Darüber hinaus sei auch die Öffentlichkeit durch den Einfluss falscher oder verzerrter Informationen der Medien unzureichend bis schlecht über das Problem des Ärztemangels aufgeklärt.

3.1.2 Herausforderungen in der Integration

Herausforderungen in der Integration des migrierten Arztes in den Arbeitsalltag sind das häufigste Problem, das in den Interviews erwähnt wurde. Hierbei wurde die Integration in verschiedenen Bereichen beleuchtet. Die sprachliche Integration wurde dabei als Hauptproblem diskutiert:

„Ja, zum einen das Sprachproblem, das ist ein sehr zentrales Problem, also wie gut spricht jemand deutsch, wie gut kann er sich verständigen, wie gut kann er die medizinische Terminologie in Deutsch bringen, wie gut kann er die Patienten, die hier Dialekt sprechen, verstehen und Fragen beantworten“ (Interview 9)

Im Allgemeinen wird hier zwischen Defiziten in der mündlichen und in der schriftlichen Verständigung unterschieden. Im Mündlichen sei die Herausforderung für den migrierten Arzt, eine einwandfreie Konversation zwischen ihm und dem medizinischen Personal bzw. zwischen ihm und den Patienten zu führen – mitunter sei dies besonders erschwert durch regionale Dialekte im Deutschen, als auch zum Anderen, sich richtig in der Umgangssprache auszudrücken. Sowohl im

Mündlichen als auch im Schriftlichen manifestiere sich der unzureichende Umgang mit der medizinischen Terminologie bzw. Fachsprache. Das „Nicht-Erfüllen“ der sprachlichen Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit sei nicht nur das zentrale Problem, sondern auch das essenziellste. Ohne diese Integration führten auch die weiteren folgenden Bereiche zu keinem Erfolg.

Des Weiteren sei die kulturelle Integration der migrierten Ärzte herausfordernd. Dazu sei gesagt, dass besonders häufig Situationen beschrieben wurden, in denen es zu Konflikten zwischen migriertem Arzt und dritten Personen aufgrund unterschiedlicher ethischer oder moralischer Vorstellungen kam. Diesbezüglich ist vor allem die unterschiedliche kulturelle Auffassung vom Status der Frauen als Kolleginnen oder als Vorgesetzte gehäuft als Beispiel genannt worden.

„Ich sage mal konservatives Frauenbild, insbesondere bei männlichen Ärzten aus dem muslimischen Kulturkreis, die sich nur sehr ungerne an Arbeitsanweisungen von weiblichen Vorgesetzten geben lassen oder von weiblichen Mitarbeitern“ (Interview 25)

Zudem seien die unterschiedlichen Ansichten der Arbeitsweise und Arbeitseinstellung als störend für eine gelungene kulturelle Integration empfunden worden. Darüber hinaus seien aber auch die Vorstellungen von einem adäquaten Weiterbildungsprinzip auseinandergegangen. Wie die Lehre für einen Arzt in Deutschland vermittelt werde, könne in einem anderen Kulturkreis als unhöfliche Kritik aufgefasst werden. Insgesamt seien hier Unterschiede in den kulturellen Vorprägungen von Bedeutung, die den migrierten Arzt gegebenenfalls daran hindern könnten, die genannten Anforderungen auf Anhieb zu erfüllen.

Die Integration auf privater Ebene sei für migrierte Ärzte zusätzlich erschwert – und zwar nicht nur, weil sie Neuankömmlinge in der Arbeit seien, sondern insbesondere, weil ihnen vieles an Vorgängen zu Beginn fremd sei, wie beispielsweise die Steuererklärung oder die Anmeldung des Wohnsitzes funktioniert.

Insbesondere problematisch wird es für viele Befragte, wenn die fachlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind.

„Aber es gibt auch genauso einen Riesenpool, wo ich frage, wie die studiert haben, wie die hier in diesem Land eine Arbeitserlaubnis bekommen. Weil das doch irgendwo nicht ein Zündkerzenwechsel in einer KFZ-Werkstatt ist/ hier geht es also um viel Verantwortung, und dass da einfach dann ja solche Kollegen mit quasi einem Dokument auf die Menschheit losgelassen werden, das erstaunt mich schon immer wieder. Da sind teilweise auch die Anerkennungsprüfungen meines Erachtens nicht ausreichend, denn die Ausbildung im Ausland ist ja na ganz klar von Land

zu Land sehr unterschiedlich“ (Interview 22)

Viele beschreiben es als besonders problematisch, wenn die fachliche Qualifikation des Arztes erst erkennbar werde, nachdem die sprachliche Integration gelungen sei, sodass die Unterscheidung zwischen fehlendem sprachlichen und fehlendem fachlichen Wissen erst mit der Zeit sichtbar werde. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass durch die unterschiedlichen Schwerpunkte der verschiedenen universitären Studiengänge je nach Herkunftsland fachliches Wissen in manchen Bereichen über das in Deutschland Gelehrte hinausgehe oder im Gegensatz dazu manches gar nicht vermittelt werde. Teilweise komme es deshalb in einzelnen Fachbereichen zu starken Schwankungen im Wissen. Es gebe jedoch auch fachliche Wissenslücken, die so fundamental seien, dass der migrierte Arzt die fachlichen Anforderungen gar nicht erfüllen könne und somit entlassen werden müsste.

Zuletzt wird auch benannt, dass der migrierte Arzt oft organisatorische Abläufe innerhalb des deutschen Gesundheitssystems nicht kenne und es somit zu Störungen in den Arbeitsabläufen kommen könne.

3.1.3 Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen

Probleme, die sich auf die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen beziehen, wiederholen sich in den Interviews auf unterschiedlichste Art und Weise.

Die Sicherstellung der Qualifikationen der migrierten Ärzte bezieht sich dabei vor allem auf zwei Bereiche: die sprachliche und die fachliche. Schwierig sei hier die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen sprachlichen und fachlichen Zertifikate, so die Teilnehmenden. Der „*absolut identische Ausbildungsstand*“ (Interview 16) müsse im Anerkennungsverfahren sichergestellt werden, da Defizite beispielsweise in den Weiterbildungsprüfungen zum Facharzt bei migrierten Ärzten sichtbar würden, „*die eigentlich gar nicht da sein dürften*“ (Interview 16). Die fachliche Qualität der unterschiedlichen universitären Ausbildungen sei aber kaum zu vergleichen. Bei der Sicherstellung der sprachlichen Qualifikation sei zum einen problematisch, dass die Fachsprachenprüfung bundesweit unterschiedlich durchgeführt werde, zum anderen sei auch die Vergleichbarkeit der sprachlichen Zertifikate, die zum Erhalt der Berufserlaubnis oder Approbation erworben werden müssen, erschwert, da diese stellenweise bereits im Ausland absolviert worden seien.

Prozesse zur Anerkennung von Qualifikationen wurden oft als inadäquat geregelt empfunden. Die Anerkennung der Approbation sei ein zu langwieriges und zu kompliziertes Verfahren. Eine

migrierte Ärztin aus einem EU-Land beschrieb ihren Weg zur Approbation als schwieriger als erwartet:

„Erstens war es schwierig überhaupt hier die Approbation zu bekommen oder schwierig/ es hat halt viel Papierkram/ Bürokratie gebraucht, bis du das alles durchhast. Da war ich recht enttäuscht, weil das hätte ich nicht erwartet“ (Interview 1)

Bei der Approbation sowie bei der Berufserlaubnis sei das Verfahren für migrierte Ärzte zu undurchsichtig. Oft wird es im Prozess als individuelle Entscheidung und somit als rechtsunsicher wahrgenommen. Vor allem die bundesweiten Unterschiede bei den Anerkennungsverfahren für migrierte Ärzte aus Drittstaaten seien unter Qualitätsgesichtspunkten besonders schwerwiegend.

Bei der Berufserlaubnis wurde auch speziell ein Vorgehen kritisiert: Dabei muss der migrierte Arzt der Behörde für den Erhalt der Berufserlaubnis einen Arbeitsvertrag vorzeigen. Diesen erhält er jedoch erst, wenn er dem Arbeitgeber eine Berufserlaubnis vorlegen kann (Problem der örtlichen Zuständigkeit). Dieser Prozess sei für jeden Beteiligten verwirrend und letztendlich nicht zielführend.

3.2 Lösungsvorschläge und Verantwortungszuschreibungen

Im Folgenden wenden wir uns den Lösungsansätzen für die identifizierten Problembereiche zu. Dabei wurden die Lösungen an die jeweiligen Akteure, die Verantwortung dafür übernehmen sollen, gekoppelt und werden hier gemeinsam dargestellt. Von Bedeutung ist, welcher Akteur für welche Handlung verantwortlich sein soll.

3.2.1 Lösungsvorschläge für das Problem des Ärztemangels

3.2.1.1 Die Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung hat einen großen Einfluss auf die Struktur des Krankenhauses. Die Leitung besteht aus unterschiedlichen Akteuren: Verwaltungsdirektor, ärztlicher Direktor, Personalleitung, Chefarzte der einzelnen Abteilungen und Pflegeleitungen werden hierunter subsumiert. Interessanterweise werden Verantwortlichkeiten für Lösungsvorschläge, die das Problem des Ärztemangels betreffen, allein dieser Gruppe auf der Krankenhausebene zugeschrieben (die politische Ebene wird untenstehend diskutiert). Somit sei laut den Teilnehmern die Entwicklung und Implementierung von Lösungsstrategien für das Problem des Ärztemangels eine Angelegenheit der Leitung und Führung im Krankenhaus.

Die Leitung solle hierbei Maßnahmen ergreifen, um sich vor den Auswirkungen des Ärztemangels zu schützen. Dies sei vor allem dadurch zu erreichen, dass die Leitung die Attraktivität der Arbeitsstelle erhöhe und somit das Angebot an Bewerbern steigere. Somit sei die Leitung nicht darauf angewiesen, auf „minder qualifiziertes“ ärztliches Personal zurückzugreifen.

„Und wir haben in den letzten Jahren einige auch gute Assistenzärzte, auch deutsche gehabt, die aber relativ schnell einfach nur gesagt haben: „Das ist nicht ein Haus für die Dauer“, sondern einfach nur, bis man eine richtige große Ausbildungsstätte kriegt. Und dann sind wir halt leider Gottes in dieser Situation und es halt dann auch jetzt zweit- und drittklassigen Personal behelfen zu müssen. So ist es halt heute“ (Interview 22)

Die Bezeichnungen werden dabei vermischt, sodass geringer qualifiziertes Personal teilweise mit migrierten Ärzten gleichgesetzt wird. Dabei nehmen die Befragten bei ihren Antworten häufig die Interviewfrage nach Problemen im Zusammenhang mit migrierten Ärzten in den Fokus.

Die Interviewteilnehmer machten mehrere Lösungsvorschläge, die Attraktivität des Krankenhauses als Arbeitsplatz für Absolventen deutscher Universitäten zu erhöhen, die zumeist Hand in Hand mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen einhergehen: höherer Personalschlüssel, niedrigere

Dienstbelastung, bessere Bezahlung, Dauer der Weiterbildungsbefugnis, mehr Weiterbildungsangebote sowie effizientere Strukturen zur Erleichterung der Arbeitsabläufe. All diese Strategien könnten durch die Krankenhausleitung eingesetzt werden, um ein Abwandern von deutschen Absolventen in andere Krankenhäuser oder in andere medizinische Arbeitsbereiche außerhalb des Krankenhauses oder gar ins Ausland zu verhindern.

Zudem solle das ärztliche Personal der Leitungsebene des Krankenhauses seine beruflichen Netzwerke nutzen, um nach geeigneten Bewerbern zu suchen und so die besten Ärzte für die jeweiligen Abteilungen zu finden.

Falls die Krankenhausleitung die Attraktivität nicht durch entsprechende Maßnahmen erhöhen könne, eventuell auch aufgrund bestehender unabänderlicher Bedingungen, wie beispielsweise den Standort, solle sie sich gezielt auf das Anwerben von gut qualifiziertem, ausländischem ärztlichen Personal konzentrieren. Hierbei spiele vor allem die aktive Rekrutierung eine große Rolle.

Ein Mitarbeiter einer kaufmännischen Abteilung sagte dazu:

„Aus meiner Sicht ist es auch unabdingbar, dass man ärztliche Mitarbeiter und Pflegekräfte aus dem Ausland gezielt anspricht und anwirbt“ (Interview 25)

Die Strategien dafür sollen durch die Leitungsebene entwickelt werden, um die erforderliche Zahl an ärztlichem Personal für die Abteilungen decken zu können.

3.2.1.2 Die Makro-Institutionen

Verantwortung für die Implementierung von Lösungsansätzen, mit denen dem Ärztemangel entgegengetreten werden soll, wird auch Akteuren auf der Makroebene zugewiesen. Allem voran steht dabei der Wunsch nach mehr deutschen Absolventen, die als Assistenzärzte in Deutschland tätig sein sollen. Deshalb ist der Lösungsansatz naheliegend, die Studienplätze an den deutschen Universitäten für das Studium der Humanmedizin zu erhöhen. Eine Mitarbeiterin einer Krankenhausgesellschaft berichtet:

„Es gab schon mal Anfang 2000/ war mal so die Idee, auch politisch zu versuchen die Studienplätze zu erhöhen. Das war dann auch ein Thema oder das ist es eigentlich schon auch immer mal wieder noch bei unserem Dachverband, der deutschen Krankenhausgesellschaft, dass da Diskussionen geführt werden. Aber da gibt es eben viele, ja, Partikularinteressen, die letztlich, also zumindest bisher nicht dazu geführt haben, dass sich da wirklich was tut“ (Interview 10)

Diese Aufgabe solle das Wissenschaftsministerium übernehmen, indem es nicht nur die Anzahl der

Studienplätze erhöhe, sondern auch Zugangsvoraussetzungen für das Studium verändere, um mehr deutschen Abiturienten die Möglichkeit zu geben, diesen Berufsweg einzuschlagen. Beispielsweise solle die Abschaffung des Numerus clausus als Lösung diskutiert werden oder aber auch das Anbieten von mehr Studienplätzen durch private Hochschulen.

Hier sowie später wird häufig von den Befragten der Akteur „Politik“ benannt, jedoch nicht unmittelbar weiter konkretisiert, sodass hier eine Bandbreite an Akteuren gemeint sein kann. Generell, so wird gefordert, solle „die Politik“ sich das Problem des Ärztemangels eingestehen und mit Maßnahmen reagieren. Dabei solle nicht nur die Anzahl der deutschen Absolventen erhöht werden, um den Mangel langfristig zu decken, sondern es sollen auch, vor allem kurzfristig, weniger attraktive Krankenhäuser finanziell gefördert werden. Diese könnten es aus eigener Kraft nicht schaffen, ihren Mangel an ärztlichem Personal zu beheben. Für die Erhöhung ihrer Attraktivität benötigten sie Gelder, die sie selbst nicht erwirtschaften können. Zum Beispiel wird hier die Finanzierung von mehr Personal für die Ausbildung in den verschiedenen Abteilungen erwähnt.

„Also da sehe ich auch Potenzial auch und Unterstützungsmöglichkeit, die letztendlich auch der Staat oder das Gesundheitssystem uns geben müsste, um eben die Leute optimal auf den Beruf vorzubereiten (...) wir machen mit der gleichen Personaldecke und den gleichen Kosten machen wir erstmal auf eigene Faust Einarbeitung und uns hilft/ und uns wird nicht sehr geholfen ja sage ich jetzt mal so. Wir können uns es andererseits es uns auch nicht leisten, diese Leute jetzt erstmal nur halb zu bezahlen, weil es gibt genug andere Kliniken, die die Leute natürlich sofort abnehmen würden“ (Interview 9)

Die Medien als „vierte Gewalt“ sollen auch die Bevölkerung für den Ärztemangel sensibilisieren und ihren Informationsauftrag besser erfüllen. Somit solle mit der Problematik politisch und gesellschaftlich offen umgegangen werden, um Lösungsansätze zu finden, den Ärztemangel zu beseitigen.

Zusammenfassend ist hier erwähnenswert, dass die präferierte politische Lösung für das Problem des Ärztemangels für die Befragten nicht das Anwerben von (entsprechend qualifiziertem) ausländischem Personal ist, sondern dass der Personalbedarf im besten Fall durch inländische Absolventen gedeckt werden soll:

„Klagen höre ich schon oft, warum wir ausländische Ärzte beschäftigen müssen, die unter Umständen nicht einmal das Ausbildungsniveau haben, wie es bei uns ist. Und bei uns durch den Numerus Clausus diese Engstelle da ist, die es verhindert, dass wir mehr Absolventen haben/ mehr Absolventen für den Beruf dann, für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen“ (Interview 10)

3.2.2 Lösungsvorschläge für die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen

3.2.2.1 Die Makro-Institutionen

Für das Beheben von Defiziten in der Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen wurden ausschließlich Makro-Institutionen als Verantwortliche benannt.

Die politischen Lösungsstrategien für die Sicherstellung der Qualifikationen sind vielfältig und beziehen sich auf zwei Teilbereiche: sprachliche und fachliche Defizite.

Zuerst sollen die sprachlichen Zertifikate, die im In- oder Ausland erworben worden sind und zur Sicherstellung des sprachlichen Niveaus dienen sollen, besser von der Politik auf einheitliche Qualität überprüft werden. Es bestünden, so die Befragten, bundesweite Unterschiede sowohl in der Festlegung des geforderten Sprachniveaus, als auch in der Durchführung der sogenannten Fachsprachenprüfung. Kriterien für die Durchführung der Prüfungen sollen von der Politik für alle Bundesländer vereinheitlicht werden. Konkret wurde von einigen Teilnehmern gefordert, dass für die Fachsprachenprüfung eine einheitliche, qualitätsgesicherte und obligate Prüfung für jeden migrierten Arzt eingeführt werden solle – ohne Berücksichtigung des Herkunftslandes.

Auch die Sicherstellung der fachlichen Kompetenzen solle durch die Politik mehr überwacht werden, indem beispielsweise das Ablegen des deutschen Staatsexamens für jeden migrierten Arzt als Pflicht erhoben werde. Hierbei solle sich die deutsche Politik an anderen Ländern ein Beispiel nehmen, die die Erlaubnis, in ihrem Land ärztlich tätig sein zu können, abhängig von dem Bestehen ihres eigenen Examens machen.

Ein anderer Lösungsvorschlag in diesem Zusammenhang ist, eine zentrale Gutachterstelle einzurichten. Diese solle den Landesbehörden dabei helfen, die Vergleichbarkeit der Abschlüsse unterschiedlicher Länder zu verbessern, indem sie den Behörden auf Anfrage Auskunft über die Inhalte der verschiedenen Studiengänge geben könne. Beispielsweise könne dies durch einen Staatsvertrag der einzelnen Bundesländer beschlossen werden, sodass Kompetenzen der Länder an eine zentrale Stelle abgegeben werden könnten. Diese zentrale Gutachterstelle könne dann an eine etablierte Makro-Institution wie die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen angedockt werden. Als weiterer Vorschlag wurde eingebracht, die Kompetenz könne auch bei den jeweiligen

Behörden der Länder belassen werden, wenn diese dann Gutachten bei der Gutachterstelle beantragen könnten. Alle diese politischen Maßnahmen sollen die fachlichen Fähigkeiten der migrierten Ärzte besser vor dem Arbeitsbeginn sicherstellen und eine Gleichbehandlung der Verfahren ermöglichen.

Bei den Anerkennungsverfahren der Qualifikationen sei es für den Erhalt der Approbation, einer Berufserlaubnis oder das Anerkennen von bereits im Ausland erworbener Berufserfahrungen für die Weiterbildung notwendig, dass es von politischer Seite verschiedene Maßnahmen gebe, die das Verfahren insgesamt transparenter, schneller und unkomplizierter machen würden. Diese Vereinfachungen sollen zumeist durch eine Zentralisierung des Anerkennungsverfahrens oder durch Abstimmung eines einheitlichen Prüfverfahrens der Bundesländer geschehen. Um mehr Transparenz für den migrierten Arzt zu schaffen, solle es ein einheitliches Informationsportal geben, das ihm die Möglichkeit gebe, schon im Ausland einen guten Überblick über die Anforderungen einer Berufszulassung sowie Ansprechpartner zu bekommen. Die Verfahren sollen insgesamt durch weniger Bürokratie verkürzt werden. Auch das Problem der örtlichen Zuständigkeit solle von politischer Seite behoben werden, da sich der migrierte Arzt ansonsten in einem Teufelskreis zwischen Behörden und Arbeitgeber wiederfinde.

Um die Tür für migrierte Ärzte aus Drittstaaten zu öffnen, sollen politisch auch die Einreisebedingungen für diese vereinfacht werden, sodass die Hürde, nach Deutschland zu migrieren, nicht zusätzlich durch Bürokratie erhöht werde.

Gegensätzliche Ansichten gibt es zu folgender Thematik: Bei einem Anerkennungsverfahren kann es dazu kommen, dass der migrierte Arzt für den Erhalt der Approbation noch eine Prüfung ableisten muss (z.B. Kenntnisstandprüfung). Die Landesbehörden sollen für ihre eigenen Prüfungen Kurse einrichten und hierfür gegebenenfalls Gelder von entsprechenden Ministerien (z.B. BAMF) abrufen können. Auf der anderen Seite wurde auch die Meinung vertreten, dass diejenigen, die die Prüfung durchführen, nicht gleichzeitig Kurse anbieten sollen. Bei den oben genannten Prüfungen sei in Deutschland bundesweit unterschiedlich geregelt, wer Kurse und wer Prüfungen anbieten dürfe. Zumeist führe jedoch die Landesärztekammer beides durch:

„Es ist offenbar aber nicht ganz einheitlich, wer die Prüfung abnimmt, ob es also flächendeckend immer die Ärztekammern sind. Und es gibt auch unterschiedliche Auffassungen darüber, ob diejenigen, die später die Sprachprüfung abnehmen, auch Kurse anbieten sollen. Soweit ich das verfolgt habe, spricht aus meiner Sicht viel dafür, das zu trennen. Also dass derjenige, der den Kurs anbietet, nicht derjenige ist, der später auch prüft“ (Interview 24)

Die meisten Landesärztekammern in Deutschland haben nach Auskunft der Befragten bereits neue Aufgaben übernommen: die Durchführung der Fachsprachenprüfung und das Anbieten von Kursen für migrierte Ärzte im Rahmen ihrer Fortbildungsakademien.

Die Landesärztekammern sollten auf Bundesebene viel enger zusammenarbeiten, um die Verfahren für die Anerkennung durch Absprachen zu vereinheitlichen. Auch auf internationaler Ebene sollten sich die Bundesärztekammern der Länder untereinander besser abstimmen. Dabei sollten sie sich für die Sicherstellung und die Vereinfachung der Verfahren einsetzen, sodass alle beteiligten Länder, also Ziel- und Herkunftsland des Arztes, sich gegenseitig unterstützen könnten.

Die Landesvertretungen der Ärzteschaft sollten nach Auffassung der Befragten politische Lösungen zur Vereinfachung der Anerkennungsverfahren suchen und diese gegenüber der politischen Entscheidungsebene einfordern.

3.2.3 Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes vor der Anstellung

Die Lösungsvorschläge für ein besseres Integrationsgeschehen teilen sich zeitlich in zwei Kategorien: Entweder ist der migrierte Arzt bereits in einer ärztlichen Anstellung, oder er befindet sich noch vor seinem ersten Arbeitseinsatz. Die Intensität der gegebenenfalls rechtlichen Konsequenzen wird hierbei berücksichtigt, denn vor einem wirklichen Patientenkontakt kann es auch zu keinem effektiven Schaden durch mögliche Defizite kommen. Präferiert wurde von den Interviewten deshalb die Umsetzung von Strategien vor der Anstellung, da es auf diese Weise gar nicht zu problematischen Situationen aufgrund des fehlenden Patientenkontaktes kommen könne. Allerdings wurden auch Vorschläge für die Zeit nach der Arbeitsaufnahme diskutiert, da es nun einmal häufig der Fall sei – so zumindest die Wahrnehmung der Teilnehmer –, dass migrierte Ärzte nur ungenügend auf die ärztliche Tätigkeit in Deutschland vorbereitet seien. Im Folgenden werden die Vorschläge für eine Vorbereitung vor der Anstellung aufgeführt und bestimmten beteiligten Akteuren als Verantwortlichen zugewiesen.

3.2.3.1 Der migrierte Arzt

Die Teilnehmenden argumentierten teilweise, dass der Arzt, der sich zur Migration entschieden habe, die deutsche Sprache vor seiner ersten Anstellung so gut wie möglich erwerben solle. Denn er habe hier eine „*gewisse Bringschuld*“ (*Interview 21*). Dies solle er entweder durch Kurse oder eigenständig schaffen, wobei der Erwerb der Sprachkenntnisse auch schon vor der Migration erwünscht sei, sodass eine berufliche Eingliederung auf dieser Ebene von seiner Seite aus besser

gelingen könne. Auch solle er sich der kulturellen Unterschiede zu seinem Herkunftsland bewusst sein und diese sensibel diese reflektieren, *„weil irgendwo ist auch ja der Arzt gefordert sich mit der Kultur auseinanderzusetzen, in der er im Augenblick lebt, wohnt oder in der er arbeiten will“ (Interview 12).*

Zudem solle der migrierte Arzt auf fachlicher Ebene schon vor der Migration kompetent sein und gegebenenfalls sogar einen Großteil seiner Weiterbildung bereits abgeschlossen haben. Alles in Allem trage der migrierte Arzt die Verantwortung dafür, seine beruflichen Kompetenzen zu reflektieren und sich dementsprechend in den Arbeitsmarkt einzuordnen. Das bedeute im Gegenschluss, dass er sich, bis er die nötigen fachlichen, sprachlichen und kulturellen Kenntnisse habe, nicht auf eine Anstellung einlassen solle: *„und sagen, ich kann dem Patienten hier möglicherweise schaden/ ich darf ihn gar nicht behandeln/ ich bin gar nicht in der Lage dazu/ ja und eine Selbstkritik auch von diesen Leuten gefordert wäre“ (Interview 14).*

3.2.3.2 Die Krankenhausleitung

Das Krankenhaus, so einige Befragte, solle ausschließlich auf der Leitungsebene prospektiv Verantwortung für eine gute Integration des migrierten Arztes übernehmen. Beispielsweise solle die Krankenhausleitung Ärzte aus dem Ausland rekrutieren und sie dann im Aus- sowie Inland schulen. Gezielte Schulungen als Vorbereitung auf die Arbeitsstelle sollen allen Anforderungen an eine gelungene Integration genügen, sodass der migrierte Arzt optimal auf die für ihn zugeschnittene Stelle im jeweiligen Krankenhaus passe. Ein einheitlich formuliertes Anforderungsprofil für die Bewerber aus dem Ausland solle für die Leitungsebene eine Hilfestellung sein, den Richtigen auszusuchen. Die Erfüllung dieses festgelegten Anforderungsprofils solle im In- und Ausland kontrolliert werden, um die Qualität der Bewerber zu sichern. So sollten Defizite, die im Arbeitsalltag zum Tragen kommen könnten, bereits im Vorfeld, also vor einer Anstellung durch das kontrollierte Auswahlverfahren und Vorschulungen ausgeglichen werden.

3.2.3.3 Die Makro-Institutionen

Als einziger Verantwortlicher in dieser Untergruppe der Makro-Institutionen wird der nur vage definierte Akteur „Politik“ oder „Staat“ benannt. Nur er solle sich der gezielten Vorbereitung der migrierten Ärzte vor der Anstellung annehmen. Wahrnehmbar ist hier, dass die Angebote aus Schulungen bestehen sollten, die allen migrierenden Ärzten offen stehen. Oft werden die vorzuschaltenden politischen Möglichkeiten, die den migrierten Arzt sowie den Arbeitgeber entlasten könnten, als bisher noch nicht ausgeschöpft bezeichnet:

„Staatliche Unterstützung oder Unterstützung des Gesundheitssystems für diese Problematik bekommen also, dass man eben den Leuten gezielt fachspezifische Deutschkurse auch anbietet und also damit wäre also schon geholfen, dass bevor sie überhaupt anfangen schon eine adäquate sprachliche Ausbildung hätten, also wenn das gefördert würde, also das würden wir natürlich schon begrüßen (...) also da sehe ich auch Potenzial auch und Unterstützungsmöglichkeit, die letztendlich auch der Staat oder das Gesundheitssystem uns geben müsste, um eben die Leute optimal auf den Beruf vorzubereiten (...) wenn sie dann schon mal in der Klinik arbeiten ja, dann ist die wenig zeitlicher Spielraum dann noch Deutschkurse zu machen, also das muss man auch dazu sagen, weil die haben alle ihre 50, 60-Stundenwoche mit Bereitschaftsdiensten und/ also da noch zu sagen, jetzt gehst du am Abend noch zur Volkshochschule und lernst noch deutsch das/ und musst dich auch noch fachlich weiterbilden, also das wird nicht gelingen (...) man kann sich auch wünschen, dass wir auch da Personal dafür hätten, um jetzt immigrierte Ärzte eigentlich erst in den Beruf einzuarbeiten (Interview 9)

Die Politik solle berufsspezifische Kurse organisieren und diese finanziell fördern. Bei einem solchen Sprachunterricht sollen auch regionale Unterschiede im Dialekt eine Rolle spielen.

„Politisch, das habe ich ja gesagt, dass ich mir vorstelle, dass entsprechend bei Anwerbung für dieses Personal gezielt Sprachkurse für Beruf läuft, aber eben auch für dieses Patienten-Kommunikationsgespräche, dass das trainiert wird, bevor es vielleicht sogar zu einer Anstellung kommt“ (Interview 5)

Der Lösungsvorschlag beinhaltet auch die Vorstellung, hierbei professionelle Hilfe zu organisieren, indem die Politik die Lehrstühle für Deutsch als Fremdsprache als Partner für solche Kurse gewinnt.

Zur Sensibilisierung für kulturelle (Wert-)Unterschiede solle die Politik „Ethikschulungen“ (Interview 7) für alle migrierten Ärzte vor der ersten Anstellung in Deutschland organisieren:

„Ja ich finde, eine politische Aufgabe wäre auf jeden Fall diese Ethikgeschichte. Also dass man von den Leuten schon verlangt, dass ihnen bewusst ist, dass hier ein anderer Kulturkreis ist“ (Interview 7)

In Gesamtheit, aber sehr ähnlich zu den vorausgegangenen Lösungsvorschlägen, zeigt sich folgende Idee: Eine zentrale politische Institution solle eine standardisierte obligate Vorbereitungszeit für migrierte Ärzte in Form eines „Modellkrankenhauses“ (Interview 10) implementieren, in dem die Ärzte aus dem Ausland sprachlich, fachlich und kulturell auf ihre Arbeitsstelle in Deutschland vorbereitet werden könnten:

„Wenn die kommen, dass die bei uns in Deutschland in einer, ich würde es mal nennen, in einem Krankenhaus, das nur zum Lernen da ist. Also nur Dummy-Patienten hat, nur Schauspieler, die Patienten spielen und nur Ärzte, die lernen können. Dass die da in so einer Einrichtung unser Gesundheitssystem kennen lernen und auch die Arbeit im Krankenhaus so lernen, dass sie, wenn sie in die Krankenhäuser kommen, so einsetzbar sind, wie die vergleichbar/ also vom Abschluss her/ vergleichbar deutsch ausgebildeten Kollegen oder den deutschen Kollegen, tatsächlich deutschen Kollegen. Das wäre ein Traum“ (Interview 10)

All dies verpflichtend als vorgeschaltete Einheit, um im Vorfeld dafür zu sorgen, dass beobachtete Integrationsprobleme erst gar nicht entstehen.

„Ideale Lösung aus meiner Sicht wäre, dass man natürlich Assistenzärzte, die hier/ oder überhaupt Ärzte, die hier immigrieren erstmal sozusagen standardisierten/ also deutschlandweit standardisierten Vorbereitung, das man die obligat macht/ also nicht nur ein Sprachtest, der ja wohl, soviel wie ich weiß, von Bundesland zu Bundesland momentan noch unterschiedlich ist, sondern einfach mal eine grundsätzliche Vorbereitung/ also wie sind denn die Umgangsformen hier und wie ist die Kommunikation und die Mentalität“ (Interview 3)

Doch nicht jeder ist für eine vermehrte politische Einmischung, die gegebenenfalls mit einer zentralisierten Vorgehensweise einhergehen könnte. Ein ärztlicher Direktor sah die Einmischung der Politik als unnötige Begrenzung seiner Auswahl an Bewerbern. Zudem äußerte er, dass diese *„schon genug Vorgaben“* (Interview 18) mache und er sie *„gar nicht mehr da bemühen“* (Interview 18) wolle, da er diese *„für ziemlich ungerecht“* (Interview 18) halte.

3.2.4 Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes nach der Anstellung

Für die Zeit nach der Anstellung des migrierten Arztes gibt es mannigfaltige Lösungsvorschläge, wie bestimmte Akteure mit Herausforderungen für dessen Integration umgehen sollen. Grundsätzlich zeigte sich, dass Lösungen für die Phase davor meist für besser erachtet wurden. Häufig wurde jedoch berichtet, dass die relevanten Fähigkeiten nicht rechtzeitig sichergestellt werden können: Aufgrund des Ärztemangels sei die Not so groß, dass keine Zeit bleibe, den migrierten Arzt im Vorfeld ausreichend auf seine neue Stelle vorzubereiten. Gleichwohl gebe es die Sorge, dass eine unzureichende Vorbereitung zu Komplikationen, Fehlern oder Missverständnissen führen könnten. Mitunter würden Defizite erst im Arbeitsalltag entdeckt und könnten erst dann behoben werden. So berichteten etwa Arbeitgeber von fachlichen Defiziten, die erst nach Behebung der sprachlichen Defizite aufgedeckt worden seien und zuvor bei der Auswahl des Bewerbers nicht

wahrgenommen werden konnten.

3.2.4.1 Der migrierte Arzt

Von den Teilnehmenden wird teilweise argumentiert, dass die Verantwortung des migrierten Arztes sich darauf erstrecken sollte, dass er den Willen hat, sich stetig weiterzubilden und den Erwerb aller Fähigkeiten anzustreben, die für das Ausüben des ärztlichen Berufes relevant seien (auch über die gesetzlichen Grundvoraussetzungen hinaus):

„Natürlich auch den Willen, die Sprache zu lernen und den Willen, auch sich einzufühlen in das deutsche Arbeitsleben und die deutsche Kultur ein wenig. Weil das ist natürlich so, dass das Arzt-Patientengespräch/ ist ja sehr, sehr wichtig und da könnte natürlich auch ein bisschen Einfühlung mit rein, was eben die deutsche Kultur anbelangt/ was ja nicht überall gleich ist. Und ich denke mal, da muss die Bereitschaft da sein“ (Interview 17)

Beginnend bei der Sprache sollte er sich entweder autodidaktisch weiterbilden oder an Kursen teilnehmen, die entweder angeboten oder auf eigene Initiative hin aufgesucht werden. Dies sollte alles während und nach der Arbeit geschehen, um sich gegebenenfalls auch nach Erfüllung der gesetzlichen Mindestanforderung an das Sprachniveau stetig zu verbessern. Angebote, die von seinem Umfeld organisiert werden, sollte er nicht ignorieren, sondern als Hilfestellung annehmen. Auch sollte die deutsche Sprache im Privatleben des migrierten Arztes benutzt und gepflegt werden.

Falls der migrierte Arzt selbst bemerken sollte, dass er manchen Anforderungen nicht gerecht werde, sollte er sich an seine unmittelbare Umgebung wenden und dies offen kommunizieren, um Unterstützung zu erhalten. Dabei sei nicht zwingend das berufliche Umfeld angesprochen, sondern es könnten auch private Unterstützer gesucht werden. Es liege in der Verantwortung des migrierten Arztes, so einige Befragte, sich bei Problemen Hilfe von außen zu suchen.

Seine Arbeit sollte der migrierte Arzt wie alle Ärzte gewissenhaft und vollständig ausführen und in seinem Handeln den ärztlichen Richtlinien Folge leisten, die in Deutschland teilweise sogar gesetzlich festgelegt sind. Persönliche moralische und/oder kulturelle innere Konflikte mit der ärztlichen Tätigkeit dürften den Arzt nicht daran hindern, diese Richtlinien auszuführen. Als Beispiel diene hierzu das Zitat eines ärztlichen Direktors, der nach eigener Aussage bemüht ist, auch kulturelle oder religiöse Freiräume zu schaffen, aber auch ganz klar seine Grenzen dafür benennt:

„Es kann und darf nicht sein, dass ein Arzt aus religiösen oder moralischen Gründen irgendwelche

ja Handhabungen oder Sonstiges eben nicht macht. Da tue ich mir dann eben schwer. Das sind wir eben/ dann sind sie eigentlich doch nicht richtig. Das müssen sie sich einfach überlegen. Religion hin- oder her. Ich habe auch ein Herz und ich habe auch eine Seele und mir tut das auch manchmal leid oder fällt mir schwer, irgendwelche Tätigkeiten auszurichten. Aber die muss ich letztendlich auch machen. Das wird ja auch von mir verlangt“ (Interview 18)

Ein Lösungsvorschlag bezüglich Herausforderungen im Bereich der kulturellen Integration, die im Krankenhausalltag auch eng verknüpft sein kann mit der privaten Integration in das Arbeitsteam, ist die Anpassung des migrierten Arztes an das vorhandene System. Es wird gefordert, dass er offen auf das Team zugehen, empathisch mit jedem, Patient oder Mitarbeiter, umgehen und sich an die deutsche Kultur anpassen solle, damit eine gelungene Integration in das Kulturelle und das Private seines Umfelds stattfinden könne.

Falls der migrierte Arzt wahrnehmen sollte, dass er sich in seiner Assistenzarztzeit im Krankenhaus auf der Ebene der Weiterbildung nicht genügend weiterentwickeln kann, solle es in seiner Verantwortung liegen, bessere Bedingungen für sich zu finden, beispielsweise durch Aufsuchen einer neuen Weiterbildungsstelle.

3.2.4.2 Die Krankenhausleitung und das Krankenhauspersonal

Nach der Anstellung des Arztes sehen die Teilnehmer die Verantwortung im Krankenhaus nicht allein bei der Leitungsebene. Auch das Personal solle als möglicher Akteur zur Lösung von Problemen miteinbezogen werden.

Dennoch solle die Krankenhausleitung den Hauptteil der Verantwortung tragen, indem sie Defizite benennt und behebt, etwa durch die Organisation von Schulungen oder anderen Lehrmöglichkeiten:

„Es ist der Anstellungsträger, der hier gefragt ist, wenn ich eben entsprechend qualifiziertes Personal anwerbe, dann muss ich auch dafür sorgen, dass es denen gut hier geht und dass es aber eben auch den Patienten mit diesem Fachpersonal gut geht“ (Interview 5)

Die Konditionen für die Angebote werden vielfältig beschrieben: Die Angebote sollen entweder während oder nach der Arbeit, in- oder außerhalb des Krankenhauses, individuell auf den Arzt zugeschnitten oder in Kursen, gegebenenfalls in Kooperation mit externen Fortbildungsanbietern wie beispielsweise Sprachschulen stattfinden.

Von der Leitungsebene solle dem migrierten Arzt kontinuierlich Feedback gegeben werden, um Defizite auch durch Aufklärungsarbeit zu korrigieren. Dies solle vor allem im direkten Gespräch mit allen Beteiligten ausgehend von der Leitung geschehen. Hierbei könne ein Beauftragter für

Beschwerdemanagement im Krankenhaus eine wichtige Rolle als Mittler zwischen Leitungsebene, migriertem Arzt und Patienten oder auch Angehörigen spielen, indem er zu Gesprächen etwa nach Beschwerden von Patientenseite einlädt, um diese gemeinsam zu lösen.

Um Defizite nachhaltig zu beseitigen, sollen Krankenhauspersonal und -leitung diese, sobald sie festgestellt werden, ohne Wertung und ohne Emotionalisierung direkt ansprechen und gemeinsam einen Weg suchen, um die Situation zu verbessern. Dies könne auch durch ein Delegieren bestimmter Aufgaben geschehen. Als Beispiel wurde hier die Beobachtung erwähnt, dass ein migrierter Arzt bei Telefonaten mit Kollegen sprachlich überfordert war. Dies wurde dann direkt angesprochen und andere Ärzte wurden miteinbezogen bzw. die spezielle Aufgabe, hier für Abhilfe zu sorgen, wurde an sie vergeben. Die Delegation der Telefonate wurde bis zur Behebung des sprachlichen Defizits des migrierten Arztes beibehalten.

Bei schwerwiegenden Fahrlässigkeiten und/oder unlösbaren Problemen solle die Krankenhausleitung allerdings sofort intervenieren und den migrierten Arzt notfalls sogar entlassen.

Um zu vermeiden, dass es überhaupt zu Entlassungen komme, solle die Leitungsebene sicherstellen, dass ein migrierter Arzt solide eingearbeitet wird. Im Idealfall könne die Einarbeitung durch Einrichten einer eigenen Personalstelle geschehen, um die anderen Mitarbeiter weitgehend zu entlasten. Das Gesamtkonzept eines befragten ärztlichen Direktors sieht beispielsweise folgendermaßen aus:

„Erstens sie im Auswahlverfahren gewissenhaft prüfen: Ist der Mitarbeiter für das, wo er eingesetzt werden soll, geeignet. Das betrifft aber unabhängig jeglicher Kultur oder des Herkommens ganz allgemein im Auswahlprozess einfach wirklich darauf achten, ist der Mitarbeiter genau das auch, was ich suche und was ich brauche. Wird er glücklich bei uns. Werden wir glücklich mit ihm. Dann eine wirklich gute Einarbeitung, eine solide Einarbeitung. Und im Nachgang auch die Möglichkeit, begleitet zu werden, supervidiert zu werden, immer wieder Rückmeldungen zu kriegen und quasi dann in unser Gesundheitssystem, in unserem kulturellen Umgang eingearbeitet zu werden. Und dann natürlich halt gucken, was braucht jeder vielleicht individuell.“ (Interview 8)

Die Krankenhausleitung könne dem migrierten Arzt zudem einen offiziellen, konkreten Ansprechpartner zur Verfügung stellen – sei es ein Personaloberarzt pro Abteilung oder ein Migrationsbeauftragter oder ein Tutor gleicher oder anderer Herkunft oder ein Assistenzarztbetreuer. Die Aufgabe sei für alle dieselbe: den migrierten Arzt möglichst an alle Anforderungen heranzuführen und ihn dabei unterstützen, dass er ihnen gerecht werden kann:

„Also ein Tutor zum Beispiel. Das wäre für mich so eine gute Lösung. Dass man jemanden einfach

ja an die Hand gibt, wo aber alle Beteiligten wissen auch der Arbeitgeber, dass derjenige hier der als Tutor arbeitet auch entsprechend mehr Zeit braucht und ja dann zum Beispiel so einen Kollegen einfach sprachlich und bürokratisch und auf allen Wegen so ein bisschen einarbeitet und ihm zur Seite steht. Sowohl im Privaten also auch in den beruflichen Sachen.“ (Interview 13)

Beide, das Krankenhauspersonal sowie die Leitung, sollen sich der besonderen (Belastungs-)Situation des migrierten Arztes bewusst sein und Verständnis dafür zeigen:

„Also letztlich eigentlich nichts anderes wie jeder andere Arbeitnehmer auch, aber da sollte man eben noch einmal ein besonderes Augenmerk drauf werfen und sich der besonderen Verantwortung bewusst sein.“ (Interview 13)

Speziell die Ober- und Fachärzte als Vorgesetzte sollen als erste Ansprechpartner für den migrierten Arzt da sein. Die Chefärzte sollen sich insbesondere für die Förderung der Weiterbildung des migrierten Arztes engagieren. Überhaupt solle von der Krankenhausleitung eine gute Führungskultur gelebt werden – und dies unabhängig von der Situation des migrierten Arztes: Dazu gehörten Teambesprechungen, offene Evaluationen, das gemeinsame Festlegen von Zielen und Werten im Team sowie integrative Angebote wie etwa gemeinsame Unternehmungen. Wo eine solche Führungskultur gelebt werde, falle der migrierte Arzt in ein Netz, das ihm dabei helfe, Defizite zu beheben bzw. konstruktiv mit diesen umzugehen:

„Da ist der ärztliche Direktor gefordert, der im Krankenhaus ja für übergreifende Aufgaben zuständig ist. Da sind die jeweiligen Chefärzte, in den einzelnen Kliniken gefordert. Und was heißt jetzt gefordert? Die/ wenn ein Krankenhaus als arbeitsteilige Organisation davon lebt, dass in den einzelnen Bereichen sich ein gutes kollegiales Klima einstellt, dann entsteht das ja nicht von alleine, sondern es entsteht dadurch, dass man/ dass Führungskompetenzen da sind. Da ist ein Krankenhaus neben dem Fachlichen nicht anders zu sehen wie jedes andere Unternehmen auch. Und Führung bedeutet, dass man für eine bestimmte Aufgabe die richtigen Menschen an der richtigen Stelle einsetzt, Menschen fördert und motiviert, eine konstruktive Fehlerkultur aufbaut. Also solche insgesamt notwendigen und wichtigen Kompetenzen, die jeder, der in einer leitenden Rolle ist, auch kennen und kennen muss und können muss/ die kriegen noch einmal durch den Anteil an Ärzten mit Migrationshintergrund noch einmal so einen besonderen Spin“ (Interview 16)

Bei sprachlichen Verständigungsproblemen mit dem und durch den migrierten Arzt sei das Krankenhauspersonal in einer besonderen Verantwortung, nämlich der, den unmittelbaren Vorgesetzten zu informieren und die für die Patientenversorgung notwendigen Informationen von jemand anderem als dem migrierten Arzt zu beschaffen.

Diskriminiere ein migrierter Arzt hierarchisch untergeordnete, nicht-ärztliche Mitarbeiter oder Patienten, sollen die Betroffenen damit offensiv umgehen, sich verbal wehren und gegebenenfalls Vorgesetzte über das Fehlverhalten informieren.

3.2.4.3 Die Makro-Institutionen

Interessanterweise werden Makro-Institutionen hier nur verantwortlich für die Weiterbildung gemacht. Wie oben bereits beschrieben, solle zwar die Politik unattraktiv gelegene Krankenhäuser finanziell unterstützen, doch wofür die Förderung eingesetzt werden soll, wird nicht konkret benannt.

Für Weiterbildung von Assistenzärzten seien die Landesärztekammern mitverantwortlich: Als Makro-Institutionen sollen sie die Einhaltung der Weiterbildungsordnung durch alle Beteiligten kontrollieren. Insbesondere die Weiterbildungsbefugten sollen vermehrt kontrolliert werden, ob diese die Lehre auch hinreichend genug durchführen.

Das Problem der unzureichenden Lehre in der Weiterbildungszeit betreffe migrierte Ärzte in besonderer Weise. Abhilfe könne etwa eine nicht näher spezifizierte Behörde schaffen, deren Aufgabe es sein könne, die Chefärzte als Weiterbildungsbefugte zu kontrollieren und nötigenfalls zu sanktionieren, wenn sie die dafür notwendigen Anforderungen innerhalb einer bestimmten Frist nicht erfüllen:

„Und falls die Ärzte hat nichts gemacht, dann gucken/ „Sie waren mit welche Chefarzt? Warum dieser Arzt bis jetzt hat noch nichts gemacht in seine Weiterbildung?“ (Interview 23)

Sprich: Nicht der Assistenzarzt solle die Folgen unzureichender Lehre tragen, sondern der Chefarzt solle dafür zur Verantwortung gezogen werden.

3.3 Begründungen der Verantwortungszuschreibung

Zu begründen, warum Verantwortung genau diesen Akteuren zugeschrieben werden solle, fiel den Befragten häufig schwer, es sei denn, sie hatten bereits ein Lösungsmodell mit allen Details parat. Ansonsten wurde die Frage nach der Begründung entweder gar nicht beantwortet oder nur zögerlich. Für viele Teilnehmer war es offensichtlich schwer, ihr intuitives Gefühl von Verantwortungszuschreibung rational zu fassen und zu begründen. Im Folgenden werden die Konzepte aufgeführt, mithilfe derer die Befragten ihre Verantwortungszuschreibungen begründeten.

3.3.1 Verantwortung ergibt sich aus juristischer Zuständigkeit und/oder aus der gesellschaftlich impliziten Rollenzuschreibung

Häufig wurde Verantwortung an Funktionen, Aufgabenbereichen oder juristischen Zuständigkeiten festgemacht und erklärt.

Als offensichtlichstes Beispiel dafür wurde angeführt, dass es in der Verantwortung des migrierten Arztes liege, sich darum zu kümmern, dass er die gesetzlich geforderten Sprachkurse wahrnehme.

Insbesondere wurde zudem auch die berufsrechtliche Verantwortung angeführt, der ein migrierter Arzt wie jeder andere Arzt auch nach Erhalt der Approbation gerecht werden müsse. Tue er dies nicht, habe dies berufsrechtliche und sogar weitere juristische Konsequenzen:

„Es gibt/ jeder Arzt in Deutschland unterliegt, wenn er oder sie die Approbation hat, dem ärztlichen Berufsrecht und das verpflichtet, dass der Arzt alles zu tun hat, was ihn überhaupt in die Lage versetzt, ärztlich tätig zu sein. Das ist eine sehr platte wie auch juristisch relevante Aussage“ (Interview 19)

Auf der Ebene des Berufsrechts werden mitunter die Kollegen und Vorgesetzten im Krankenhaus als Verantwortliche wahrgenommen, die verpflichtet seien, den migrierten Arzt durch ihre Zusammenarbeit bei Herausforderungen zu unterstützen. Dabei wird die Rolle als Kollege oder als Vorgesetzter als (juristisch) Verantwortung begründendes Konzept angeführt:

„Aber der rechtliche Rahmen ist im Prinzip die Kollegialität, dass Führen mit Kollegen/ die Patientenversorgung zielführend und ethisch wie rechtlich korrekt auf einen Weg gebracht werden muss. Da ist eine Verantwortung im Berufsrecht zum einen niedergelegt, zum anderen entspricht das dem in unserer sozialen Gemeinschaft gefordertem Zusammenleben“ (Interview 19)

Vorgesetzte des Krankenhauspersonals sowie die Krankenhausleitung stünden auch deshalb auf bestimmten Hierarchiestufen, um aufgrund der jeweiligen Machtposition Arbeitsabläufe bewusst und gezielt zu regeln. Aufgrund dieser Arbeitsteilung und -strukturierung sei es die Aufgabe jeden Mitarbeiters, je nach der ihm zugeschriebenen Rolle und Position den migrierten Arzt zu unterstützen. Kurz zusammenfassen lässt sich die Argumentation folgendermaßen: Bestimmte Positionen sind mit bestimmter Verantwortung assoziiert, um Erwartungssicherheit in der Arbeitsteilung zu gewährleisten. Dem Chefarzt komme dabei eine herausragende Rolle zu, wobei er die Verantwortung auch delegieren könne:

„Der Chef kann nicht alles selbst machen, also muss er seiner rechten Hand, dem Oberarzt, und der vielleicht wiederum dem Assistenzarzt die Dinge in die Hand geben mit dem Hinweis, die dann so und so umzusetzen. Und dafür muss natürlich der Chef schlussendlich geradestehen“ (Interview 20)

An den Chefarzt der Abteilung werden hohe Maßstäbe gesetzt, schon und auch aufgrund seiner Rolle als Chef und Weiterbildungsbefugter:

„Aber ich sage jetzt einfach mal, die letztendlich Verantwortung für eine Station/ für eine Abteilung obliegt letztendlich dem Chef und der muss sich kümmern, wie er die Organisation eben dann in den Griff bekommt. Das muss er nicht alles selbst machen, aber dann muss er eben Leute beauftragen, die sich dann entsprechend kümmern, dass es läuft. In seinem Sinne läuft. Ja. Fehler dürfen nicht passieren“ (Interview 18)

In Bezug auf die Leitungsebene ergibt sich eine ähnliche Argumentationsstruktur: Hier entstehe, so einige Teilnehmende, Verantwortung durch die Rolle als Arbeitgeber und dessen teils gesetzlich verankerte Fürsorgepflicht. Sprich: Der Arbeitgeber sei für die Sicherheit im Betrieb sowie effiziente Arbeitsabläufe zuständig. Dies schließe seine Fürsorgepflicht sowohl für die Mitarbeiter, als auch für die Patienten mit ein. Dazu gehöre es, ein gutes Arbeitsklima und eine angemessene Patientenversorgung sicher zu stellen:

„Ja gut, sie haben letztendlich als Leitung eine gewisse Verantwortung dem Patienten gegenüber und haben einen sicheren Dienstbetrieb sicher zu stellen und haben auch ja eine Fürsorgepflicht für die restlichen Mitarbeiter. Und wenn das im Team nicht funktionieren kann, dann ist die Leitung gefordert“ (Interview 12)

Mit der Rolle des Arbeitgebers gehe zudem eine juristische Haftung einher: *„Natürlich, die persönliche Schuld trifft den Arzt. Aber das Krankenhaus haftet“ (Interview 7)*. Selbst wenn der migrierte Arzt einen Fehler verschuldet habe, stehe die Krankenhausleitung auf der angeklagten Seite:

„Ich kenne das von den Gerichtsverfahren. Letztendlich ist ja nicht der Arzt angeklagt, der im Krankenhaus etwas falsch gemacht hat, sondern der Unternehmensträger. Und das wird immer damit begründet, dass die Fürsorgepflicht gegenüber der adäquaten Patientenversorgung bei den Einrichtungen liegt. Und nicht bei den einzelnen Leuten, die die Verrichtungen ausführen“ (Interview 7)

Auch in der Diskussion um die Verantwortung von Makro-Institutionen wird auf gesetzlich

kodifizierte Normen verwiesen: Was die Politik anbelangt, sei die Daseinsfürsorge für die Bürger im Grundgesetz verankert. Deshalb habe sie für eine flächendeckende und angemessene Gesundheitsversorgung zu sorgen. Daraus ergäben sich eben auch Verpflichtungen in Bezug auf die Integration migrierter Ärzte.

Dieselbe Argumentation wird auch bei Lösungsansätzen zur Verhinderung möglicher Diskriminierung von Mitarbeitern durch migrierte Ärzte angeführt: Die Schutzfunktion des Staates wird hier in den Vordergrund gestellt:

„Weil eigentlich ist es ja so der Grundgedanke mal gewesen, dass Politik gemacht wird für die Bürger und auch um die Bürger zu schützen, was ja auch zum Teil hemmungslos übertrieben wird vom Staat. Das wäre mal so ein Grundargument, wo man sagen könnte, das schützt ja die Bürger in Deutschland und die Bürgerinnen vor Diskriminierung“ (Interview 7)

Konkreter fielen die Antworten aus, wenn einzelne Behörden angeführt wurden: So sei zum Beispiel das Wissenschaftsministerium zuständig für die Anzahl der Studienplätze und somit auch für die Lösung des Ärztemangels. Die Landesbehörden seien gesetzlich für die Anerkennung der Approbation zuständig und somit auch für deren reibungslose Durchführung. Das Bundesgesundheitsministerium wiederum sei zuständig für die Regulierung der Gesundheitsberufe. Als weitere politisch-gesellschaftliche Akteure wurden auch die Ärztekammern erwähnt: Die werden aus sowohl juristischer, als auch rollenspezifischer Perspektive als Verantwortungsträger identifiziert. Die Ärztekammern hätten einen bestimmten gesetzlichen Aufgabenbereich, zu dem die Ausstellung/Anerkennung und die Kontrolle von Qualifikationen während und nach der Weiterbildung ebenso gehören wie die Definition des Berufsrechtes. Damit einher gehe eine eigene rollenspezifische Sichtweise, die Verantwortlichkeit mit sich bringe:

„Weil ich schon von der Aufgabenstellung her, aber auch von unserem Selbstverständnis her, sage, wir wollen unseren Beitrag leisten für eine Zukunftssicherung guter Versorgung. Und eine der Kernaufgaben, wenn nicht sogar die zentrale Aufgabe der Kammer ist die Definition der Weiterbildung (...) Und weil das eine der zentralen Kammeraufgaben ist, für die gute Qualifizierung Sorge zu tragen und uns dafür verantwortlich zu fühlen, fühlen wir uns gleichermaßen ohne jeden Unterschied für die gute Ausbildung von ausländischen Ärzten mitverantwortlich“ (Interview 16)

Des Weiteren wird auch die Rolle der Standesvertretung näher definiert, um daraus Verantwortung ableiten zu können. Die Standesvertretungen der Ärzte, so einige Teilnehmende, erbrächten Dienstleistungen auf der Grundlage von Verträgen. Die Mitglieder der Standesvertretungen leisteten

ja explizit Beiträge, damit die Standesvertretungen sich für sie und ihre Interessen einsetzten. Daher seien die Standesvertretungen mitverantwortlich dafür, die Mitglieder bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsalltag zu unterstützen – sei es, indem sie politische Forderungen stellen oder ganz konkret durch Beratungs- und Informationsangebote, auch was die Probleme der Zusammenarbeit und Qualifikation von migrierten Ärzten anbelange.

Im gesellschaftlichen Bereich wurden zu guter Letzt auch die Medien als Verantwortungsträger vor dem Hintergrund gesetzlicher Regelungen oder Rollendefinitionen identifiziert: Sie sollen die Menschen ausreichend und wahrheitsgemäß über den Ärztemangel informieren. Das gehöre zu ihren Aufgaben als „vierte Gewalt“ in einer Demokratie.

3.3.2 Verantwortung ergibt sich aus der Schuld am Ärztemangel

Wenn es um den Ärztemangel geht, wird von den Interviewten ein klarer Schuldiger benannt: Die Politik sei der Verursacher des Problems durch Fehler in der Vergangenheit. Deshalb trage die Politik Verantwortung für die Folgen. Denn ohne den Ärztemangel wäre laut Antworten der Befragten die hier behandelte Problematik der Herausforderungen migrierter Ärzte gar nicht erst aufgetreten:

„Denn wenn man jetzt sagt, es werden mehr Ärzte aus dem Ausland eingestellt, weil es nicht genug Absolventen in Deutschland gibt, dann ist das ja nicht die Schuld vom Krankenhaus sondern vom System“ (Interview 2)

Dabei wird nicht nur die geringe Anzahl an Medizinabsolventen an deutschen Hochschulen bemängelt, sondern auch politische Missstände, die zur Abwanderung von Fachpersonal führen könnten: *„Also dieser Ärztemangel der ist ja auch hausgemacht“ (Interview 4).*

Die Verantwortung für den Ärztemangel wird dabei aus zwei zeitlichen Perspektiven betrachtet, die einander bedingen: aus der mangelnden Vorsorge, um einen solchen zu verhindern, und aus der unzureichenden Nachsorge. Als „Schuldige“, dass es Ärztemangel in Deutschland gibt, trage die Politik auch die Verantwortung dafür, Lösungen zu finden, um die Ursache zu beheben, sowie für eine Schadensbegrenzung, zum Beispiel durch finanzielle Beteiligung an der Implementierung und Durchführung von Qualifizierungsangeboten für migrierte Ärzte.

3.3.3 Verantwortung ergibt sich aus (wirtschaftlichem) Eigeninteresse

Als drittes verantwortungsbegründendes Konzept wurde Eigeninteresse – nicht nur, aber insbesondere finanzielles – in den Interviews identifiziert.

So solle sich der migrierte Arzt selbst um den Erwerb aller relevanter Fähigkeiten für seine Stelle kümmern, weil er ein hohes, nicht nur finanzielles Interesse daran habe, seine eigene Karriere voranzubringen. So sagt eine migrierte Ärztin über die Position eines migrierten Arztes: *„Also wer soll für ihn die Verantwortung übernehmen? Er will das/ etwas erreichen oder haben“ (Interview 11)*. Auch für sein Wohlbefinden sei ein positives Arbeitsklima wichtig. Deshalb müsse er selbst dazu beitragen, dass ein solches entsteht.

Ebenso ergibt sich für die Krankenhausleitung – aus der Perspektive der Teilnehmenden – Verantwortung aus wirtschaftlichen Gründen: Wenn eine Klinik finanziellen Profit erzielen wolle, brauche sie ausreichend und gut qualifizierte Mitarbeiter. Denn nur so könne sie eine gute Patientenversorgung gewährleisten und verhindern, dass Patienten ihr Haus wegen mangelhafter oder sogar Fehlversorgung meiden, so die Argumentation. Im Folgenden beschreibt ein Pflegedienstleiter, warum es letztlich für alle Mitarbeitenden im Krankenhaus im Eigeninteresse liege für das *„Funktionieren“ (Interview 20)* Verantwortung zu übernehmen:

„Wenn die Chefärzte sich nicht auf ihre Assistenten verlassen können, dann haben alle ein Problem. Nicht nur der Patient, nicht nur der Chef und nicht nur das Pflegepersonal. Eigentlich hat das Auswirkungen auf das gesamte Haus (...) dann versucht man sogar, am Haus vorbeizufahren. Dann hat das auch wirtschaftliche Probleme zur Folge und das muss natürlich eigentlich vermieden werden“ (Interview 20)

Wenn Angestellte aus dem Rettungsdienst oder andere Krankenhäuser das besagte Krankenhaus mieden, weil die Versorgungsstruktur dort nicht gut sei, läge es in der Verantwortung eines solchen Krankenhauses, Lösungen für eine bessere Besetzung und Qualifizierung zu finden und diese mitzufinanzieren, um überhaupt auf dem Markt zu überleben.

Ein solches (wirtschaftliches) Eigeninteresse und darin begründete Verantwortung für die Lösung des Problems hätten auch Makro-Institutionen.

So sei etwa die Politik an einer stabilen Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung interessiert, was ohne qualifiziertes ärztliches Personal nicht möglich sei:

„Also ich denke, wenn ich als Polit/ als Regierung sozusagen sage, ich habe einen bestimmten Mangel an Fachpersonal und hole mir diese/ kompensiere diesen Defizit mit ja entsprechend Fachpersonal aus dem Ausland, dann muss ich dieses Personal auch unterstützen und kann es nicht einfach herbestellen und die Probleme, die dann auftreten, klein reden oder negieren. Ich will ja nicht nur, dass die sozusagen hier die Probleme lösen, sondern ich möchte ja, dass sie sich auch aktiv integrieren und dazu braucht es Anstrengungen“ (Interview 5)

Des Weiteren seien etwa auch die Versicherungsträger an einer guten Integration des ärztlichen Personals interessiert, da Missverständnisse vor allem auf der Kommunikationsebene zu unnötigen Kosten führen könnten. Diese zu vermeiden stünde deshalb in deren wirtschaftlichem Eigeninteresse. Auch die kassenärztliche Vereinigung solle ihren finanziellen Beitrag für eine bessere Qualifizierung der migrierten Assistenzärzte leisten. Denn auch sie profitiere von der erfolgreichen Weiterbildung ärztlichen Personals bei einer möglichen späteren Niederlassung dieser Ärzte.

3.3.4 Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen

Für manche Befragte ergibt sich Verantwortung auch – je nach Formulierung – aus der Fähigkeit, der Macht oder dem Vermögen, bestimmte Probleme zu lösen. Dem können finanzielle, rollenspezifische oder pragmatische Möglichkeiten des jeweiligen Akteurs zugrunde liegen.

Ein zentraler Aspekt ist dabei die räumliche Nähe zu und damit Wahrnehmbarkeit von möglichen Herausforderungen in der praktischen Tätigkeit der migrierten Ärzte: Weil Arbeit ein lokaler Prozess ist, sollen Personen, die direkt an einem Ablauf beteiligt sind, Verantwortung übernehmen. Denn sie hätten die beste Voraussetzung dafür, Lösungen praktisch und effektiv umzusetzen:

„Aber die Arbeit wird ja vor Ort getan. Und deswegen glaube ich, kann man es sich nicht so einfach machen und die Verantwortung ganz alleine irgendwo anders hinschieben, sondern die Verantwortung liegt immer auch dort, wo der Kollege dann eingesetzt wird/ angestellt wird. Und deswegen kann man das nicht wegdelegieren“ (Interview 8)

Auf der Leitungsebene des Krankenhauses würden viele Verantwortungszuweisungen vorgenommen aufgrund der wahrgenommenen Entscheidungsmacht. Diese Entscheidungsmacht ermögliche und befähige dazu, Probleme zu verhindern oder zu lösen. So müsse sich etwa die Leitung als letzte Instanz vor dem Arbeitseinsatz des migrierten Arztes im Krankenhaus ihrer besonderen Verantwortung bewusst sein und die Eignung dieses Arztes nochmals gründlich prüfen. Denn nach dem Bewerbungsgespräch und der Entscheidung für diesen konkreten Arzt gebe es ja

eigentlich keine Hürde mehr, die ein neu eingestellter Arzt vor dem Patientenkontakt zu überwinden habe. Auch stehe es in der Macht der Leitung, einen Ansprechpartner für den migrierten Arzt einzusetzen, der sich im Arbeitsalltag um ihn kümmern könne. Dasselbe gelte dafür, Personal als Schreibhilfe zur Unterstützung der Ärzte, insbesondere der migrierten einzustellen. All diese Maßnahmen lägen nach dieser Argumentation in der Entscheidungsgewalt der Krankenhausleitung, denn sie habe die Macht, Ressourcen entsprechend einzuteilen. Daraus ergebe sich auch die Verantwortung dafür:

„Der Arbeitgeber ist einfach auch meiner Ansicht nach verantwortlich für seine Mitarbeiter und sollte, wenn er da auch Kollegen einstellt, wo es vielleicht am Anfang Anlaufschwierigkeiten gibt, diese Verantwortung übernehmen, weil er eben einfach am Nahesten dran ist, da auch am schnellsten reagieren kann und am besten handeln kann“ (Interview 13)

Die Machtposition des Chefarztes sei besonders hervorzuheben. Dies sei besonders deutlich bei der Weiterbildung sichtbar. Die Weiterbildung angemessen zu fördern und den Assistenzarzt in allen Bereichen des Faches auszubilden, obliege allein dem Chefarzt aufgrund seiner Rolle als Weiterbildungsbefugter. Dies sei entscheidend für die Karriere des Assistenten. Auch habe er aufgrund seiner Machtposition Befugnis über den Arbeitsumfang des migrierten Arztes in dessen Anfangszeit. Falls der Chefarzt etwa kein besonderes Augenmerk auf Belastungen in dieser Zeit habe, könne dies für den migrierten Arzt zu einer Überlastung führen.

Auf der Ebene der Makro-Institutionen wird auf der Grundlage des Zuschreibungskriteriums „Macht“ vor allem die Politik als Verantwortungsträger ins Spiel gebracht (ähnliche Argumentationsmuster finden sich aber auch für die Ärztekammern bzw. die Versicherungsträger): Denn sie habe als einziger Akteur den Handlungsspielraum, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einstellung migrierter Ärzte zu verändern. Ein Teil der befragten Arbeitgeber wünschen sich eine Vereinfachung der Verfahren zur Anerkennung der Qualifizierungen und gleichzeitige Sicherstellung eines angemessenen Qualifikationsniveaus. Dies würde dem Arbeitgeber einerseits eine leichtere Auswahl aus bereits vorselektierten Ärzten erlauben, andererseits auch schnelleren Zugriff auf Bewerber ermöglichen. All dies könne jedoch nur durch die Entscheidungsmacht der Politik realisiert werden und stünde außerhalb der Fähigkeiten anderer Akteure.

Die Politik müsse sich des Weiteren dort an der Finanzierung von diversen Maßnahmen für das migrierte ärztliche Personal beteiligen, wo kleinere Krankenhäuser dies aus eigener Kraft nicht leisten können. Hier ergibt sich die Verantwortung insbesondere aus den fehlenden Fähigkeiten anderer Akteure.

3.3.5 Verantwortung ergibt sich aus weiteren moralischen Prinzipien

In den Interviews werden weitere moralische Prinzipien genannt, aus denen sich Verantwortungszuschreibungen ergeben. Dabei werden moralische Grundsätze zumeist aus der eigenen subjektiven moralischen Haltung abgeleitet.

Der migrierte Arzt beispielsweise solle sich an die Gegebenheiten des Teams im Krankenhaus anpassen. Dabei liege diese Verantwortung bei ihm, weil er der Neankömmling ist. An diesen Zustand sei seine moralische Verpflichtung geknüpft:

„Ja, die Person an sich/ wenn ich irgendwo also/ das ist jetzt meine Grundhaltung, wenn ich irgendwo arbeiten möchte, dann muss ich mich auch mit den Gepflogenheiten vor Ort auseinandersetzen und nicht zurücklehnen und kann sagen „ich mache alles so wie das bei mir üblich war“, sondern ich habe mich ja irgendwo an die Bedingungen, die vor Ort sind anzupassen“ (Interview 12)

Das „Prinzip der Kollegialität“ wird von einigen Teilnehmenden in Bezug auf verschiedene Verantwortungsträger erwähnt. So kann aus diesem Prinzip durchaus Verantwortung für den migrierten Arzt abgeleitet werden – wie von einer migrierten Ärztin im untenstehenden Zitat indirekt argumentiert wird. Durch ihre Schwächen in der deutschen Grammatik ließ sie die ärztliche Dokumentation ihrer Patienten von ihren ärztlichen Kollegen schreiben. Ein Hauptgrund, warum sie eine Verantwortung bei sich selbst sehe, ihre sprachlichen Fähigkeiten zu verbessern, sei, dass sie ihre Kollegen damit erheblich entlasten würde:

„Ich denke schon, dass ich damit meine Kollegen, dass ich sie damit belastet habe. Natürlich, das ist mehr Arbeit/ das gibt es schon. Das wäre auch eine gute Grund/ das wäre auch ein Hauptgrund für mich, um mich daran zu verbessern, weil das nicht schön ist, wenn ich natürlich meine Kollegen damit belaste“ (Interview 1)

Verantwortung ergebe sich außerdem insbesondere auf Seiten des migrierten Arztes aus der Arbeit am Menschen und damit den weitreichenden Konsequenzen der eigenen Handlungen. Deshalb solle der migrierte Arzt bemüht sein, seine Arbeit gut zu machen und sich stetig weiterzubilden. All dies solle durch eine moralische Instanz in ihm selbst gewährleistet sein. Das Bewusstsein dessen solle sogar so weit reichen, dass er die Stelle wechseln müsse, falls ihm bestimmtes Handeln aus irgendwelchen Gründen nicht möglich sei. Im Folgenden beschreibt ein migrierter Arzt, der an einer Arbeitsstelle tätig ist, bei der die Lehre der Assistenzärzte nur einen geringen Stellenwert hat, seine eigene Verantwortung, wenn dieser Zustand sich nicht zukünftig verbessere:

„Wir behandeln Lebens, die nicht/ lebens/ die lebende Leute. Deswegen muss, egal, was hast du gefunden, egal, bist du müde, egal, bist du viel belastet, egal, du hast viele familiäre Probleme, du musst dein Arbeit sauber machen und falls das hat sich nicht verbessert, dann ich muss irgendwo anders suchen“ (Interview 23)

So wie der migrierte Arzt, wie oben bereits erwähnt, eine Verantwortung gegenüber den Menschen hat, so sollen auch die Vorgesetzten ihn selbst *als Menschen* wahrnehmen. Als Negativbeispiel hier die Aussage eines migrierten Arztes bezogen auf die Zusammenarbeit mit seinem Chefarzt:

„Das bei ihm interessiert ihn nicht. Aber ich bin ein Mensch ja/ ich brauche ein bisschen Zeit bis dahin. Okay. Dann er weiß zum Beispiel ich bin in einem Sprachkurs okay, aber er fragt etwas medizinisch, okay. Ja er gibt mir nicht/ oder er gibt keine Chance/ du musst das und das dann machen. Wir haben nur vierundzwanzig Stunden pro Tag. Mehr nicht“ (Interview 23)

Das moralische Prinzip, auf das hier wieder zurückgegriffen wird, ist die Kollegialität. Diese solle (nicht nur in der Ärzteschaft) der Grundbaustein sein, den migrierten Arzt in all seinen Schwächen und Stärken zu begleiten. Ein Kollege berichtet:

„Ich denke eben auch, dass es da eine berufliche, eine berufsethische oder soziale Verantwortung gibt, die man einfach dann/ ich meine, das ist ja bei den Berufsanfängern meines Erachtens nichts anderes. Der fängt an zu arbeiten, der braucht Unterstützung, der braucht immer mal wieder Input (...) Und die Kollegen, die mehr Erfahrung haben übernehmen da ja regelmäßig auch in gewisser Form/ das heißt nicht immer organisatorisch auf dem Papier/ Verantwortung für ihre jüngeren Kollegen und ich denke, dass das in diesem Fall ähnlich wäre.“ (Interview 13)

Bereits im Studium werde an deutschen Hochschulen das Prinzip des „*Peerteaching*“ (Interview 13) gelehrt, sodass in der Weiterbildung daran angeknüpft werden solle, um den Arzt sicher in das Berufsleben einzuführen.

Hinzuzufügen sei, dass das Prinzip der Kollegialität häufig Hand in Hand gehe mit einem anderen Grundprinzip der ärztlichen Tätigkeit, das auch vorhin schon einmal angeklungen ist: das Wohl des Patienten zu fördern. So spricht ein ärztlicher Direktor seine moralische Sichtweise hierzu an und fügt dabei gleichzeitig hinzu, dass jeder, also auch man selbst, letztlich Patient sein könne:

„Wir wollen haben, dass wir vernünftige Kolleginnen und Kollegen haben, die gute Qualität leisten und die mit den Patienten so umgehen, wie man sich das halt auch selbst wünschen würde, wenn man betroffen wäre. Und deswegen sehe ich da schon einen Großteil der Verantwortung bei den Kliniken oder den Abteilungen, wo diese Kollegen halt eingestellt werden“ (Interview 8)

Dieses Grundprinzip findet sich so auch in vielen ethischen Leitlinien, die von einigen Teilnehmenden auch zur Untermauerung ihrer Argumentation genannt werden. Gleichzeitig wird unterstrichen, dass jeder in seiner Realität sich im unterschiedlichen Maße an diesen Leitlinien orientiere:

„Das findet sich im Berufsrecht, das findet sich in den ethischen Codices auch des Weltärztebundes, auch der Deklaration von Helsinki. Die Frage ist, wie es vom Individuum gelebt wird. Und da sind die Ärzte ein Abbild der normalen Bevölkerungsverteilung“ (Interview 19)

3.3.6 Weitere Gründe für Verantwortung

Ein Grund, der oft für die Verantwortungsübernahme des migrierten Arztes genannt wurde, sei die Freiwilligkeit seiner Entscheidung, nach Deutschland zu migrieren. Im unten beschriebenen Modell der absoluten Eigenverantwortung des migrierten Arztes wird dies auf die Spitze getrieben. Durch die eigene Entscheidung zu migrieren und im Ausland ärztlich tätig zu sein, müsse man daher auch alle damit einhergehenden Anforderungen selbst überwinden. Eine migrierte Ärztin schildert:

„In meinen Fall finde ich, dass da ich immer in meinem Land auch ganz gut Arbeiten gibt und ich nicht gezwungen bin zu immigrieren und da freie Wahl ist, finde ich auch, dass das einhergeht mit ausgiebiger Verantwortung“ (Interview 1)

Anders empfindet es die Befragte, wenn die Migrationsentscheidung nicht freiwillig gefallen sei. Dann solle die Politik, oder anders gesagt „das Land“ (Interview 1), den migrierten Arzt bei den Anforderungen unterstützen:

„Als wenn ich ein Flüchtling bin und Arzt bin und gezwungen bin mein Land zu verlassen. Dann finde ich auch, dass das Land, das empfängt, die Chance, dass es klappt auch beruflich hier zu niederzulassen/ dass dann die Verantwortung größer ist sozusagen“ (Interview 1)

3.4 Weitere Modelle von Verantwortungszuteilung

Im Folgenden werden Modelle der Befragten aufgeführt, wie Verantwortlichkeiten entwickelt werden können. Als Modelle werden hier Ideen/Denkmuster der Befragten bezeichnet, wie ein Problem von bestimmten Akteuren allumfassend gelöst werden kann oder aber auch eine Strategie aussehen könnte, ein bis mehrere Probleme gleichzeitig anzugehen. So sind die oben genannten Lösungsansätze bildlich gesprochen nur „Pflastersteine“, ein Modell beschreibt jedoch das gesamte geplante „Stadtviertel“. Interessanterweise beschreiben die Befragten ihre Modelle zumeist als Kooperationen verschiedener Einzelakteure, die notwendigerweise zusammenkommen müssten, um

erfolgreich zu sein.

3.4.1 Das Modell der absoluten Eigenverantwortung

Das erste Modell, das hier beschrieben werden soll, ist in Bezug auf das oben gesagte die Ausnahme: Einzelkämpfer statt Kooperation von Partnern. Dies bedeutet, dass strategische Lösungen von dem jeweils betroffenen migrierten Arzt alleine entwickelt und getragen werden sollen. Er allein ist in diesem Modell uneingeschränkt für die Lösung seiner Probleme bzw. für den Erwerb relevanter Fähigkeiten zuständig. Andere Personen sollen vom migrierten Arzt maximal dafür eingespannt werden, mögliche Lösungsansätze für sich selbst zu finden. So argumentiert eine migrierte Ärztin, dass ein migrierter Arzt nicht um Unterstützung zu bitten brauche, sondern es in seiner Verantwortung liege, sein eigenes Bedürfnis zu ergründen und dieses zu kommunizieren, nicht aber, um damit um Hilfe zu bitten, sondern um für sich den besten Handlungsweg zu finden und umzusetzen:

„Das ist keine Bitte, weil wer kann etwas geben? Ja. Wenn du etwas brauchst, du kannst selbst das holen. Du sollst nur einfach, genau, darüber sprechen, was du gerne hättest ja, dann ergibt sich etwas, wo du das für dich dann etwas findest“ (Interview 11)

Ein weiterer Akteur zur Verantwortungsübernahme stehe hier nicht zur Verfügung, so die dieses Modell präferierenden Teilnehmenden. Der migrierte Arzt wird hier als absolut eigenverantwortlicher Mensch gezeichnet, der von keinem weiteren Akteur Unterstützung erwarten könne. Jede weitere Fremdverantwortungsübernahme bei Problemen des migrierten Arztes sei laut einer weiteren migrierten Ärztin zwar schön, aber läge außerhalb der Verantwortung des jeweiligen Akteurs:

„Im Endeffekt ist das jeder seine eigene Verantwortung, dass man sich darum kümmert. Und wenn ich in ein anderes Krankenhaus komme und in einem anderen Land arbeite, dann muss ich mich kümmern, dass ich mich verständigen kann (...) Aber es wäre schön gewesen von dem Krankenhaus, auch das/ wenn die natürlich keine Mühe gewesen, um zu schauen eigentlich/ die schauen, ob man eine schönste Wohnung kriegen kann und ob die auch schauen, ob die Deutschkurs finden im Umkreis sozusagen. Das wäre natürlich eine schöne Lösung gewesen, aber wäre, glaube ich, ein bisschen für meine Meinung nach außer proportional gewesen“ (Interview 1)

Anders als bei der vorher erwähnten migrierten Ärztin beschreibt diese in ihrem Interview eine große Kluft zwischen den Verantwortlichkeiten in ihrer Realität und ihrem Modell. Zwar beschreibt sie den Sollzustand als Modell der absoluten Eigenverantwortung. Sie sei in Realität jedoch sehr

stark von ihrem ärztlichen Umfeld abhängig, worunter sie auch leide.

Anzumerken bleibt nur noch, dass das Modell der absoluten Eigenverantwortung interessanterweise ausschließlich von befragten migrierten Ärzten beschrieben wurde.

3.4.2 Das Modell der Tandem-Verantwortung

Das Modell der Tandem-Verantwortung bezieht sich auf den Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wie oben bereits erwähnt, ist diese Beziehung für viele der Befragten von besonderer Bedeutung. Nicht nur, dass Arbeit als ein lokaler Prozess wahrgenommen wird, sondern hier in diesem Modell auch als Prozess, dessen Erfolg unbedingt von der Kooperation der beteiligten Partner abhängt. Ein Tandem ist eine Zweierverbindung, die zwingend bindend ist. Das Bild ist prägnant: Man möge sich hier ein Tandem mit nur einem Fahrer vorstellen: kein Vorwärtskommen, im schlimmsten Fall kippt der Fahrer mit dem Tandem um. Der Arbeitgeber könne deshalb nur durch gemeinsam abgestimmte Tretbewegungen mit dem Arbeitnehmer vorankommen sowie umgekehrt:

„Wer selbst integriert werden möchte, wird auch integriert. Das sehen wir immer wieder. Wenn jemand aber in seinen zwei Welten lebt, dass er sagt, in der Arbeit bin ich in Deutschland und zu Hause bin ich bei mir in meiner ursprünglichen Heimat, dann wird es schwierig. Also es müssen beide Komponenten stimmen: sowohl der, der kommt, der Bewerber, als auch das Unternehmen. Wenn beide ihre Hausaufgaben machen, wird es erfolgreich sein“ (Interview 8)

Für diesen ärztlichen Direktor erscheinen mögliche Probleme nur dann erfolgreich lösbar, wenn eine solche Kooperation stattfindet. Arbeit als kooperativer Prozess zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sei eine Notwendigkeit für Erfolg auf beiden Seiten, wofür es Anstrengungen beider Seiten benötige.

3.4.3 Das Modell der Teilverantwortungsträger

Folgendes Modell beruht wie die bereits erwähnte Tandem-Verantwortung auf dem Prinzip einer geteilten Verantwortung zwischen bestimmten Akteuren. Wenn jeder Akteur die Verantwortung in seinem Teilbereich übernimmt, so ist nach diesem Modell, für alle gesorgt. Unabhängig voneinander solle somit jeder Akteur an seinem Platz arbeiten, um möglichst effektiv seiner Aufgabe nachzugehen.

Anders als bei dem vorherigen Verantwortungsmodell spielt dieses Modell sich nicht ausschließlich auf dem Mikrokosmos Krankenhaus ab. Hier werden weitere Teilverantwortungsträger konkret benannt - mitunter der migrierte Arzt, die Ärztekammern, die Politik und große Krankenhäuser:

„Also ich meine, zum einen muss natürlich schon jeder, der woanders arbeiten will, die sprachliche Qualifikation erstmal erwerben (...) Also von daher, so eine gewisse Bringschuld würde ich dann schon auch sehen. Aber nachdem es ja tatsächlich auf Sicht auch so zunehmend so sein wird, dass wir die Leute brauchen, sollten schon auf allen Ebenen Anstrengungen gemacht werden. Das gilt für die Ärztekammern, das gilt für die Politik, das gilt unter Umständen auch mal für ein großes Haus, was dezentral auch irgendwelche Nachqualifikationen spezifischer Art anbietet. Also da/ da denke ich sind dann schon alle gefordert“ (Interview 21)

Insbesondere wird hier Wert daraufgelegt, dass beispielsweise kleine dezentrale Krankenhäuser nicht angesprochen sind, da sie durch geringe finanzielle Ressourcen ihre Teilverantwortung nicht tragen können.

Bei dem Modell der Teilverantwortung ist es wichtig, dass alle Teilverantwortungsträger im Rahmen der eigenen, mitunter juristisch definierten Zuständigkeit ihre Verantwortlichkeiten übernehmen. Dadurch, dass jeder sich in seinem Teilbereich anstrengt, könnten Probleme erfolgreich gelöst werden. Das schließt aber aus, dass der Akteur seine eigene Teilverantwortung negiere, ignoriere oder delegiere:

„Ich denke einfach, dass die Dinge deshalb funktionieren, wenn nicht einer die Verantwortung auf den anderen schiebt, sondern wenn sich jeder im Rahmen seiner Zuständigkeit verantwortlich fühlt und sagt „Ja, da, den Teil, den trage ich bei““ (Interview 21)

In einem Modell, in dem jeder Akteur seine Zuständigkeit kenne und diese auch eigenständig übernehme und bei der es zu keiner (falschen) Verantwortungsdelegation komme, könne ein Problem Stück für Stück wie ein Puzzle gelöst werden.

3.4.4 Das Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung

Das hier beschriebene Modell schreibt ausschließlich Akteuren auf der Makro-Ebene – sogenannten „Playern“ (Interview 25, 14) – Verantwortung zu, da diese als einzig Handlungsfähige im Gesundheitssystem identifiziert werden und das basierend allein auf ihrer Entscheidungsposition:

„Wer sonst? Wer sollte sonst dazu etwas unternehmen können? Ich sehe da sonst niemand. Es ist also wie gesagt aus der Analyse der/ unseres Gesundheitssystems erfolgt, die Definition oder die Identifi/ nicht Definition sondern Identifikation der Entscheidungsträger, die dieses System steuern, mittragen und prägen“ (Interview 14)

Diese Akteure benennt der Befragte des Weiteren als „*Träger der Entscheidungen*“ (Interview 14) oder als „*die Entscheider im Gesundheitswesen*“ (Interview 14), die „*alle in einem konsensuellen Prozess*“ (Interview 14) einen Lösungsansatz finden sollen. Die Besonderheit steckt in der Absolutheit der Aussage, dass nur bestimmte Akteure das „*Design*“ (Interview 14) verändern können und daher alleine als verantwortlich gelten. Wenn bestimmte Akteure als „*Player*“ im Gesundheitssystem wahrgenommen werden, dann hat das vor allem mit dem oben genannten Konstrukt von Macht und Vermögen zu tun. Diese unterteilt der Befragte in drei Akteursgruppen: die organisierte Ärzteschaft, die regierende Politik und die Versicherungsträger.

„Das sind auf der einen Seite die Parlamentarier, die auf der Regierungsseite/ -ebene, Ausschüsse oder bestimmten, ja, Organisationen. Dann sind es die Ärzte natürlich selber in ihren Organisationen als Ärztekammern, die Berufsvertreter auf diesem Sektor, die hier sicher ein wesentliches Wort mitzureden haben/ die Qualität vorgeben müssen, die Qualität einfordern müssen, die eben auch die Überprüfungen dann durchführen sollten. Und sicher auch die Versicherungsträger müssten da auch mitmachen (...) Also ich denke, dass wären die drei wichtigen Partner die Versicherer, die politischen Kräfte inklusive, sofern sie als kommunale Krankenhausträger agieren, oder eben nun auch die Ärzteschaft“ (Interview 14)

Das Modell kann auch als spezieller Unterpunkt des oben beschriebenen Modells der Teilverantwortungsträger verstanden werden, was aus folgender Aussage des Befragten ersichtlich wird:

„Das Gesundheitswesen ist ja nicht ein Betrieb, der sich zwischen Arzt und Patient abspielt im Sinne eines Privatvertrages und/ sondern das ist ja ein hoch kompliziertes, hoch feingesteuertes und durchgetaktetes System und insofern müssen, wenn es eben nun ein Problem ist der Breite und das wirklich ein gesellschaftlich relevantes Problem ist, dann müssen alle die hier zusammen wirken, und jeder den Baustein dazu beisteuern, den er mit seiner Kompetenz eben nun hier für eine Lösung dieses Problemfeldes sozusagen auch kompetent beisteuern kann“ (Interview 14)

In einem Modell mit Akteuren, in dem jeder seinen „*Baustein*“ (Interview 14) im gleichen Sinne und mit der gleichen Wirkung wie die anderen setzt, könne somit „*das Ideal*“ (Interview 14) gesucht werden.

Gemeinsames, abgestimmtes Wirken von Akteuren auf das Gesundheitssystem als Vorgehensweise: Das wird, wenn auch ganz anders, im folgenden Modell der „*Gesamtverantwortung*“ beschrieben.

3.4.5 Das Modell der „Gesamtverantwortung“

Während sich die zwei zuvor diskutierten Modelle dadurch auszeichnen, dass es für die Verantwortlichen ausreicht, sich um den eigenen Zuständigkeitsbereich zu kümmern, verlangt das Modell der „Gesamtverantwortung“, dass sich alle für den Gesamterfolg der Integration des migrierten Arztes bzw. der davon abhängigen Patientenversorgung verantwortlich fühlen, dass sie sich unabhängig von ihren Funktionen dafür einsetzen, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Das bedeutet, dass Lösungen im Modell der „Gesamtverantwortung“ gemeinsam am runden Tisch entwickelt und implementiert werden.

Das Modell der „Gesamtverantwortung“ wird in zwei Interviews erwähnt – allerdings auf unterschiedliche Art und Weise. Der eine Befragte fokussiert dabei auf den Mikrokosmos Krankenhaus, der andere auf den Makrokosmos Deutschland.

Betrachten wir zuerst das Krankenhaus, in dem für den Befragten das beste Modell, interne Probleme anzugehen, darin bestehe, einen Prozess der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen anzustoßen. Das bedeute, dass alle ärztlichen Mitarbeiter im Krankenhaus an einem Strang ziehen, indem sie in gemeinsamen Sitzungen die beste Lösung suchen. Das Besondere hierbei ist, dass sich der Befragte zu diesem Zeitpunkt in einem Krankenhaus mit einem hohen Anteil an Belegärzten befand, in dem jeder Arzt in seinem Teilgebiet nur nach seinen eigenen Interessen gearbeitet habe und es für ihn deshalb zu keinem sinnvollen Umgang mit Problemen gekommen sei. Er fühlte sich zu diesem Zeitpunkt als Assistenzarztsprecher mit der Bewältigung von Problemen alleine gelassen. Seiner Meinung nach sei diese jedoch für einen einzelnen gar nicht möglich. Daher begrüße er eine geplante Umstrukturierung des Krankenhauses. Denn von einer höheren gegenseitigen Abhängigkeit, die dann entstehe, verspreche er sich die Entstehung einer „Gesamtverantwortung“:

„Das heißt, wir werden ein vernünftiges Krankenhaus, sage ich mal, ohne große Belegärzte. Und wenn sich diese Strukturen alle jetzt mal so eingespielt haben, dann werden auch dementsprechend fachübergreifende Ärztesitzungen und so weiter alles stattfinden, in dem man eigentlich dann da irgendwelche Modelle ausarbeiten kann, wie man das am besten eigentlich hinkriegt. Ich denke, die Zeit, die brauchen wir noch und dann wird das aber auch angegangen werden. Aber das wird ein Einzelner so nicht schaffen. Das muss man wirklich fachübergreifend lösen im Großen/ mit allen zusammen letztendlich“ (Interview 22)

In einem anderen Interview stellt ein Befragter engagiert sein Modell einer „Gesamtverantwortung“ vor: Er erklärt nicht nur sein Modell, sondern macht sogar den Versuch, eine Gesamtverantwortlichkeit zu begründen. In dieser Argumentation liegt die Begründung der

„Gesamtverantwortung“ der Gemeinschaft paradoxerweise in der Betrachtung der Förderung jedes Einzelnen. Wenn der Einzelne im Vordergrund stehen solle, wenn die Grundrechte jedes einzelnen gesichert werden sollen, dann müssten auch alle für die Entstehung eines „Gemeinwesens“ (Interview 16) eintreten, das dies leisten kann:

„Im Grundgesetz steht, der Mensch hat Grundrechtswerte/ hat das Recht auf Entwicklung seiner eigenen Persönlichkeit. Also die Gesamtverantwortung, sich für eine Entwicklung eines Gemeinwesens verantwortlich zu fühlen, wird nur ganz schwer in eine/ in ein Programm zu bringen sein. Und das hatte ich im Kopf als/ Mensch, das ist mal eine höchst anspruchsvolle Perspektive und gibt es da so etwas wie eine Gesamtverantwortung?“. Ich fürchte: „Nein“ (Interview 16)

In der Verneinung des Modells der „Gesamtverantwortung“ zeigt sich umso mehr, wie sehr ihm dieses am Herzen liegt – da er hier den Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand kontrastiert. Es sei nämlich die Verneinung der „Gesamtverantwortung“, die für den Befragten gerade in der Realität gelebt werde. Das überwiegend gelebte Konzept von Verantwortung, das auf begrenzten Verantwortungsbereichen anhand definierter Rollen und Funktionen basiere, erscheint ihm jedoch unzureichend und soll abgelöst werden durch ein sinnigeres Verantwortungsmodell. Solch ein Modell, das eine Verantwortung aller für die Weiterentwicklung der Gesellschaft annimmt, könne sowohl die Herausforderungen in der Integration (migrierter Ärzte), als auch die Anforderungen an die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung besser auffangen:

„Und hier zu sagen: Darüber hinaus muss es etwas anderes geben. Es muss unser gemeinsames Interesse sein, angesichts dieser, ja, dieser Veränderung auch in der Zusammensetzung/ in der menschlichen Zusammensetzung unserer knapp 80 Millionen Einwohner in Deutschland hier Integration als etwas zu begreifen was jenseits der Funktionen uns allen insgesamt nützt und hilft und mit Blick auf das Gesundheitswesen auch Versorgung sicherstellt“ (Interview 16)

Obschon er zuerst das Modell der „Gesamtverantwortung“ als möglicherweise unrealistisch darstellt, empfindet er es auch als einen wichtigen „Impuls“ (Interview 16), eine ganz andere Denkweise zu wagen. Die gemeinsame Sitzung als Prinzip der „Gesamtverantwortung“ wird – wie auch oben beim Mikrokosmos Krankenhaus – erwähnt. Eine Konzeptentwicklung durch verschiedenste Akteure an einem Tisch könne auf kommunaler Ebene gemeinsame Lösungsansätze hervorbringen. Akteure, die er beispielsweise für so einen runden Tisch benennt, sind: die Ärzteschaft, Fachgesellschaften, die Versicherungsträger, Krankenhausgesellschaften, Ausländerbehörden und Anerkennungsbehörden:

„Man müsste einfordern, dass man, wenn unterschiedliche Akteure da sind, dass man zumindest regional sich gemeinsam an einen Tisch setzt und sich darüber austauscht, wer macht eigentlich etwas (...) da gibt es ja bestimmt noch viele andere gute Ideen. Und dass man die zusammenbringt, um so Verantwortung auch zu leben“ (Interview 16)

Aus der Perspektive des Befragten reicht es eben nicht aus, nur gemäß seiner Funktion oder Rolle zu handeln und sich ansonsten aus Problemen herauszuhalten, sondern das Prinzip Verantwortung solle als Grundgedanken das gemeinschaftliche Zusammenleben strukturieren. Nur wenn alle Akteure sich gemeinsam verbinden, entstehe etwas „Drittes“, das die einzelnen Akteure für sich alleine nicht finden könnten. Sich auf dieses Modell gedanklich einzulassen, erfordere – laut dem Befragten – Mut, die Perspektive zu ändern.

3.4.6 Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung

Die Befragung eines Mitglieds auf der Ebene eines Klinik Konzerns erweiterte die Sicht darauf, wie Verantwortungszuschreibung modelliert werden kann. Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung ist ein Modell, das versucht, Verantwortung in einem Kontext zu definieren, in dem in einem Klinik-Verbund mit übergreifender Konzernstruktur Verantwortung, aber gleichzeitig auch Gestaltungsspielraum verhandelt und unterschiedliche Sichtweisen zum Kompromiss gebracht werden müssen. Verantwortungsverteilung ist in diesem Modell ein Ver- und Aushandlungsprozess.

Um das Modell verstehen zu können, muss zuerst die Konzernstruktur erläutert werden. Insbesondere die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Haltungen der einzelnen Kliniken und des übergeordneten Konzerns spielt hierbei eine große Rolle. Der von uns befragte Konzern entwickelte sich laut Befragtem historisch gesehen aus einzelnen Kliniken. Konkret gab es zunächst die Kliniken, die sich erst mit der Zeit als Konzern unter einem Dach formierten. Durch diese Entstehungsweise ergebe sich auch der Umgang mit Verantwortungszuschreibungen. Die einzelnen Kliniken seien früher eigenständig geführt worden und auch nach Übernahme in den Konzern stets bemüht, weiterhin autark zu handeln, sodass Herausforderungen wie zum Beispiel der Umgang mit dem Ärztemangel zuerst auf Klinikebene gelöst wurden und werden:

„Man hat die Standorte mit einem hohen Maß an Autonomie/ die Beschaffung von Ärzten und Pflegekräften, aber es geht jetzt an sich um die Ärzte, also von Ärzten/ auch von Ärzten aus dem Ausland mit einem hohen Maß an Autonomie selbst bewerkstelligen lassen. Das heißt, da wurden über Jahre keine Vorgaben gemacht und die Standorte legen diese Anforderung an die Ärzte, die sie diesen selbst auflegen möchten, bislang selbst fest“ (Interview 25)

Der Befragte selbst ist der Meinung, dass es in Deutschland durch den Ärztemangel zu erheblichen personellen Engpässen kommen werde, sodass es für ein medizinisches Unternehmen von Dringlichkeit sei, dagegen eine Strategie zu entwickeln:

„Es ist aus meiner Sicht unumgänglich und aus meiner Sicht auch eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen (...) Wer das nicht auf den Weg bringt, der hat/ der wird etwas sehr massiv auch verpennen“ (Interview 25)

Der Befragte bedauerte daher, dass dies von der Führungsebene des Konzerns nicht vorangestellt werde. Der Befragte würde eher *„pro- aktiv handeln“* (Interview 25), da es sich um *„eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre im Personalbereich“* (Interview 25) handle. Die fehlende Priorisierung auf der Konzernebene habe nur mit dem noch fehlenden *„Leidensdruck“* (Interview 25) zu tun. Was zu tun sei, liege für ihn klar auf der Hand:

„Aus meiner Sicht ist es auch unabdingbar, dass man ärztliche Mitarbeiter und Pflegekräfte aus dem Ausland gezielt anspricht und anwirbt und auch im Wege einer Vorbereitung auf die kulturellen Gegebenheiten in Deutschland und auf die Besonderheit im deutschen Gesundheitssystem vorbereitet“ (Interview 25)

„Mindestens eine Vollzeitstelle“ (Interview 25) müsse aus seiner Perspektive in den Kliniken implementiert werden, um den migrierten Arzt nach der Anstellung abzuholen und *„über die kulturellen Werte, die prägend sind für unsere Kultur“* (Interview 25) aufzuklären. Dies sei alles *„im Sinne eines interkulturellen Managements“* (Interview 25) zu etablieren.

Aus seiner Sicht müsse der Konzern *„zentralisiert und strukturiert“* (Interview 25) vorgehen: *„Das habe ich mir also auf alle Fälle auf die Fahnen geschrieben, dass hier eine Einheitlichkeit und eine Strukturierung auf den Weg gebracht werden muss“ (Interview 25).*

Allerdings könne der Konzern nur in begrenztem Maße diese Verantwortung übernehmen, da dies zugleich bedeuten würde, den Gestaltungsspielraum der einzelnen Kliniken zu beschränken, was diese sich nur bedingt gefallen lassen würden. Daher versuche der Konzern aufgrund der oben beschriebenen historischen Entstehung die Kliniken statt mit einheitlichen Vorgaben mit einem *„Leuchtturmprojekt“* (Interview 25) zu bestimmten Maßnahmen zu motivieren. Dieses Pilotprojekt, so die Hoffnung, werde eine *„Signalwirkung innerhalb des Unternehmens“* (Interview 25) entfalten.

In diesem Projekt werde eine Rekrutierungsagentur im europäischen Ausland engagiert, die mehrere Bewerber auswählt, die wiederum mit einem im Konzern arbeitenden Chefarzt gleicher Herkunft Skype-Interviews führen. Dieser Chefarzt solle dann geeignete Bewerber auswählen, die einen

Vorvertrag mit der Klinik erhalten. Nach der Auswahl werde die Rekrutierungsagentur EU-Fördergelder für einen Sprachkurs im Ausland beantragen, womit die Bewerber ein B2-Niveau erhalten sollen. Hierdurch könne die Rekrutierungsagentur den Bewerbern helfen, die deutsche Approbation zu erlangen. Wenn der Bewerber dann in Deutschland sei, werde er in der Klinik sprachlich, fachlich und kulturell sowie mit Schulungen durch das ärztliche Personal bezüglich des deutschen Gesundheitssystems unterstützt. Vor allem müssten die neuen Arbeitnehmer dann auch an die Kliniken des Konzerns gebunden werden, da sie auf dem Arbeitsmarkt attraktive Bewerber seien.

Die Vorsicht in der Vorgehensweise des Konzerns, zuerst ein Pilotprojekt ins Leben zu rufen in der Hoffnung, damit Sogwirkung für die anderen Kliniken zu erzeugen, wird im Folgenden deutlich:

„Es ist natürlich immer sensibel, so etwas anzugehen, von daher ist das manches Mal der bessere Weg, erstmal im Kleinen zu probieren, wie sich das entwickelt, als dass man es versucht, auf Konzernebene auszurollen (...) Und wenn sich etwas bewährt hat, kann man es natürlich auch auf die Konzernebene heben und übertragen“ (Interview 25)

Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung ist ein interessantes Modell, weil es zeigt, dass Verantwortung aufgrund der engen Verknüpfung mit Entscheidungsmacht auch etwas Begehrtes sein kann, was zwischen Partnern mit gegensätzlichen Vorstellungen ausgehandelt werden muss. Im Falle des befragten Klinik Konzerns werde die Verantwortungsverteilung durch die historische dezentrale Struktur determiniert. Ein zentrales einheitliches Vorgehen des Konzerns scheint hier – obwohl der starke Wunsch von Konzernseite offenbar vorhanden ist – fehl am Platz und das falsche Signal. Eher der Kompromiss durch die Anbindung an bereits vorhandene Strukturen, könne ein Voranbringen der personellen Ziele ermöglichen.

3.4.7 Das Modell der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“

Das letzte zu beschreibende Modell ist das Modell der Verantwortungsübernahme durch „*strategische[...] Allianzen*“ (Interview 19). Die Partner, so wird argumentiert, sollen diese Allianzen eingehen (also Verantwortung übernehmen – auch wenn dies möglicherweise ihren klassischen Verantwortungsbereich überschreitet), weil nur durch den Zusammenschluss spezifischer Akteure effektive Lösungsstrategien entwickelt werden könnten, aber möglicherweise auch, weil sie letztlich von der Beteiligung an den Allianzen profitieren würden.

Auch bei der Beschreibung des Modells der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“ wird auf ein Pilotprojekt rekurriert, das laut Befragtem auch mit seiner persönlichen Beteiligung umgesetzt worden ist. In diesem wird deutlich, wie sehr die Vernetzung von unterschiedlichen Akteuren gefordert wird.

Die Notwendigkeit der Einbindung verschiedener Akteure in die Allianz wird in einer Dreiteilung der Strategie deutlich: „*Zielsetzung: Akquise im Ausland, erste Trainings im Ausland, fachspezifische Trainings mit Ärztebegleitung im Inland*“ (Interview 19).

Der migrierte Arzt werde, so der Befragte, hierbei bereits bewusst im Ausland angeworben und schon dort auf den Arbeitsplatz in Deutschland vorbereitet. In diesen ersten beiden Schritten sei die Rekrutierungsagentur im Ausland der wichtigste Akteur. Im dritten Schritt sei dies dann ein externer Fortbildungsanbieter. Dieser externe Fortbildungsanbieter solle im Inland das im Ausland begonnene Training fortsetzen, um eine optimale Vorbereitung zu gewährleisten. All diese Maßnahmen sollen durch Akteure in den Landesärztekammern und der Politik koordiniert werden. Dabei solle der erste politische Impuls für eben jene „*strategischen Allianzen*“ (Interview 19) einer Analyse der regionalen Verhältnisse in Deutschland entspringen.

Interessant ist, wie in dieser theoretischen Modellvorstellung die Verantwortung für die Finanzierung dieser Maßnahmen zugewiesen wird: Der Befragte beschreibt zum einen, dass „*die Kostenträger*“ (Interview 19) einen Großteil der Finanzierung übernehmen sollen. Damit sind die Versicherungsträger gemeint, die von der Ausbildung der Ärzte massiv profitieren würden, weil sie durch eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung Geld einsparen könnten:

„Ich persönlich empfehle, auch die Kostenträger mit zu beteiligen, da es eben erste Studien gibt, dass eine sprachlich, kognitiv verstandene Diagnostik und Therapie eingebettet in ein emotional akzeptiertes, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen gegebenenfalls eben mit Reflexion des kulturell, familiären Backgrounds zu niedrigeren Kosten führt. Das ist ein Ansatz, der bisher sehr

wenig verfolgt wird“ (Interview 19)

Somit sparen die Versicherungsträger durch eine gelungene Kommunikation enorm. Fehlgeleitete Diagnostik und falsch verstandene Behandlungen verursachen dagegen Kosten, die die Versicherungsträger zum Teil verhindern könnten, wenn sie migrierte Ärzte in der Ausbildung unterstützen würden.

Der zweite Akteur, der eine finanzielle Mitverantwortung habe, sei die Politik. Die Argumentationslinie lautet dabei wie folgt:

„Und die Einbettung und das Einbinden von staatlichen Stellen dient der allgemeinen Daseinsfürsorge in einem Land, was zunehmend nur dann noch die Renten finanzieren kann, wenn Erwerbstätige da sind, die auch gesund sind. Das ist ein polit-proletarischer Ansatz, über den ich mir durchaus bewusst bin“ (Interview 19)

Hier klingt an, dass die Politik durch die Rekrutierung von mehr Berufstätigen wie beispielsweise Ärzte aus dem Ausland, höhere Beiträge für die Rentenversicherung generieren könne, um somit auch die Renten im Sinne des Generationenvertrags bezahlbar zu machen. Interessanterweise sieht der Befragte hier beide Seiten einer Medaille: Den migrierten Arzt als Erwerbstätigen, den die Politik für die Sicherung der Rentenversorgung brauche, sowie auch den gesunden Bürger, der in einem guten (von migrierten Ärzten mitgetragenen) Gesundheitssystem länger erwerbstätig bleiben könne.

Er erweitert alles in allem die Begründung seines Modells der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“ um zwei Argumente: dem des Gegensteuerns einer Gesundheitsversorgungslücke und einer Rentenversorgungslücke:

„Nicht nur Gesundheit, sondern auch die soziale Sicherheit im Alter. Also ich sehe nicht nur aktive Gesundheit, ich sehe in einem strategischen Ansatz auch die Finanzierbarkeit der Renten (...) Das ist die staatliche Verantwortung“ (Interview 19)

In seiner realen, von ihm mitbegründeten „strategischen Allianz“ (Interview 19) vereinten sich für ein Pilotprojekt eine externe Krankenhausakademie (EK), eine Rekrutierungsagentur im Ausland, eine Landesärztekammer und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in der Absicht, mit diesem Modell dem Ärztemangel in der entsprechenden Region entgegenzuwirken:

„Und mit dieser strategischen Allianz, die wir da pilotenhaft auf den Weg gebracht haben seitens der (Bundesland A, Adjektiv) Landesärztekammer zwischen BAMF und EK ist es ein etabliertes Verfahren, das mit maßgeblicher Finanzierung des BAMF die EK sowie weitere Institutionen im

3.5 Besonderheiten

Im Folgenden werden Besonderheiten aus den Interviews zusammengefasst, die interessante Aspekte zur aktuellen Situation aus Sicht der Befragten aufzeigen. Diese ergänzende Auswertung kann wesentlich zum Verständnis des gesamten Diskurses um migrierte Ärzte, Integration und Verantwortung beitragen.

3.5.1 Zentralisierung als Lösungsprinzip

Übergreifend thematisiert wird in den Interviews der Wunsch nach Vereinfachung: Wie könnte eine politische Lösung aussehen, die die Anstellung von gut qualifizierten migrierten Ärzten erleichtert und ihren Einsatz verbessert? Erstaunlicherweise wird dabei durchgehend ein Prinzip genannt: die Zentralisierung der Verantwortlichkeit auf einen Akteur solle zu einer guten einheitlichen Lösung führen. Dieser Akteur solle die Verfahren der Anerkennung vereinheitlichen und somit gerechter gestalten, transparenter machen und vereinfachen.

So wäre es ein wichtiger Schritt im Abbau von Integrationsbarrieren, wenn die Anforderungen in den Bundesländern für die migrierten Ärzte gleich seien. Durch einen „*bundeseinheitlichen Ansatzpunkt*“ (Interview 17) bei den Anerkennungsverfahren könne auch die Gefahr, dass „*so eine Art Tourismus*“ (Interview 17) zwischen den Bundesländern entstehe, vermieden werden. Die Unterschiede in den Bundesländern seien zwar gering, aber doch in einem solchen Ausmaß vorhanden, dass es für die migrierten Ärzte sinnvoll sein könne, sich beispielsweise zum Ablegen der Kenntnisstandprüfung oder Fachsprachenprüfung eher für bestimmte Länder zu entscheiden. Es sei deshalb ideal und „*sehr vereinfachend*“ (Interview 17), wenn „*das deutschlandweit gleich funktionieren*“ (Interview 17) würde. Wie oben bei den Lösungsansätzen beschrieben, gibt es hier ja auch bereits Ideen, wie das für bestimmte Aspekte funktionieren könnte. Um stichwortartig einige der weiter oben bereits genannten Lösungsansätze aufzuführen: deutschlandweite Wiederholung des deutschen Staatsexamens für migrierte Ärzte, standardisierte obligate Vorbereitung der migrierten Ärzte auf die Arbeitsstelle durch eine zentrale Institution, Festlegung eines einheitlich geforderten Sprachniveaus und eine einheitliche Fachsprachenprüfung. All diesen Ansätzen liegt das Prinzip der Zentralisierung zugrunde. Die föderale Struktur und die damit einhergehenden Unterschiede im politischen Handeln und deren Umsetzung in den einzelnen Bundesländern werden als kompliziert und intransparent angesehen.

Ein Akteur zeigte im Interview jedoch klar die Grenzen der Bundespolitik auf, sich auf diesem Weg

bei den Anerkennungsverfahren einzumischen:

„Und es ist ja auch Aufgabe der Länder, hier zu agieren. Und wir können als Bund nicht quasi so eine Über/ Oberaufsicht über die Länder führen. Dadurch, dass wir eine föderale Struktur haben, stehen halt Bund- und Länderaufgaben einfach nebeneinander“ (Interview 24)

Der Befragte berichtete jedoch, dass das Bundesgesundheitsministerium versucht habe, seine juristischen Kompetenzen zu erweitern, um mehr Einfluss auf die Anerkennungsverfahren auszuüben:

„Also die Regelungen der Bundesärzteordnung beschränkt sich darauf, dass die/ dass ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache nachgewiesen werden müssen. Aber wir haben keine Befugnis, weitere Einzelheiten zu regeln. Was die ergänzenden Prüfungen angeht, da haben wir eine Verordnungsermächtigung genutzt und haben Einzelregelungen in der Approbationsordnung für Ärzte getroffen. Aber letztlich endet da auch unsere Kompetenz“ (Interview 24)

Der eigentliche „Vollzug der Anerkennung“ (Interview 24) obliege den einzelnen Bundesländern. Eine Vereinheitlichung der Interessen seien beispielsweise durch Abstimmung der Länder in „der AOLG, der Arbeitsgemeinschaft obersten Landesgesundheitsbehörden zu den Berufen im Gesundheitswesen“ (Interview 24) möglich. Auch seien die Eckpunkte der Gesundheitsministerkonferenz zur Überprüfung der Sprachkenntnisse für die Länder eine Orientierung, jedoch nicht verpflichtend. Wenn ein zentrales einheitliches Vorgehen vereinbart werden solle, zum Beispiel durch die „Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen“ (Interview 24), die sich als Gutachterstelle mit den Qualifikationen aus dem Ausland beschäftigen soll, müsste zwischen den Ländern ein Staatsvertrag abgeschlossen werden. Dieses Vorgehen sei jedoch „auch immer so langwierig und schwierig“ (Interview 24):

„Also wenn die Länder irgendwo zusammenarbeiten, müssen sie erstmal quasi eine zentrale Stelle schaffen. In der Regel läuft es dann über Staatsvertrag/ wird denen die Aufgabe übertragen/ also Beispiel/ ein bekanntes Beispiel ist die/ „Hochschulstart“, also die Stiftung für Hochschulzulassung, ehemals „ZVS“. Das ist auch eine Einrichtung der Länder, die für alle Länder arbeitet (...), aber die per Staatsvertrag errichtet worden ist“ (Interview 24)

Bei der Befragung der Akteure war spürbar, dass der Wunsch nach Vereinheitlichung groß ist. Ein politisch einheitliches Vorgehen trotz der föderalen Struktur wird bei der Anerkennung der Grundausbildung der migrierten Ärzte ebenso wie bei der Vorbereitung auf den Beruf in Deutschland gefordert. Verwiesen wurde dabei – etwa bei der Forderung nach einer einheitlichen Wiederholung des deutschen Staatsexamens – auch auf das Vorgehen in anderen Ländern:

„Wenn Sie als Ärztin nach Amerika gehen wollen, dann hilft Ihnen das deutsche Examen überhaupt nichts. Auch nicht die deutsche Approbation, sondern da findet noch mal eine auf der Grundlage der amerikanischen Anforderung durchzuführende, erneute Prüfung statt. Und also andere Länder sind da ein Stück weiter als wir das sind. Ich glaube, dass man mit einer solchen Forderung, wenn sie umgesetzt würde, allen Beteiligten einen Gefallen tut“ (Interview 16)

Wie eine solche Zentralisierung jedoch mit der oben benannten Realität der tatsächlichen Kompetenzverteilung vereinbar sein könnte, wird, außer mit dem Verweis auf einen dann notwendigen Staatsvertrag, nicht weiter erklärt und bedarf damit der weiteren Entwicklung von Lösungsansätzen.

3.5.2 Supererogatorische Handlungen und Gap Filler

In vielen Interviews wird außerdem eine besondere Form von Handlungen beschrieben, die den bereits genannten nicht zuzuordnen sind. Die Besonderheit liegt in der Beschreibung einer Verantwortungsübernahme durch einen Akteur, der sich zwar für eine bestimmte Handlung verantwortlich fühlt, aber der von den Befragten als eigentlich nicht verantwortlich identifiziert wird. Dieser Akteur füllt dann freiwillig eine Verantwortungslücke, entweder aus wirtschaftlichen, moralischen oder emotionalen Gründen. Bei letzteren Gründen kann man von supererogatorischen Handlungen sprechen. Das sind Handlungen, die über das übliche Maß einer Verpflichtung hinausgehen und freiwillig geschehen, ohne dass der Akteur selbst davon profitiert. Diese Handlungen werden allein aus „ehrenhaften“ Gründen ausgeführt – wie beispielsweise Teilnahme am Schicksal einer anderen Person.

So ist in der Wahrnehmung einiger Befragter die Verantwortungsübernahme für Kurse für migrierte Ärzte vom Arbeitgeber oder von der Ärztekammer eine supererogatorische Handlung. Beispielsweise beschreibt eine ärztliche Kollegin, dass es *„schön wäre“* (Interview 2), wenn die Ärztekammer Kurse für migrierte Ärzte anbieten würde, aber *„eher so zusätzlich“* (Interview 2). Auch beim beschriebenen Modell der absoluten Eigenverantwortung klingt diese Vorstellung eines Angebots von Seiten des Arbeitgebers an.

Ein Befragter der Ärztekammer selbst sieht allerdings deren Fortbildungsakademie als eine neue (nicht-supererogatorische) Aufgabe der Kammer, die sich aus deren Selbstverständnis heraus ergebe, für eine optimale Patientenversorgung zuständig zu sein. Hierbei sollen beispielsweise Kursangebote für migrierte Ärzte helfen. Bislang werden die Angebote von den Landesärztekammern und anderen Verantwortungsträgern des Gesundheitssystems jedoch als unzureichend wahrgenommen. Diese Lücken im System werden zurzeit häufig von externen

Akteuren (Gap Filler), die eigentlich keine offizielle Verantwortung im Gesundheitssystem tragen, gefüllt. Auf diese Gap Filler wird von Gesprächspartnern auch häufig verwiesen:

„Es gibt Vorbereitungskurse, die werden jetzt nicht von den Landesärztekammern angeboten, aber von verschiedenen anderen Organisationen. Da kann man sich kundig machen. Es gibt auch einige Organisationen, die überhaupt sehr engagiert sind, um so die Integration der Kollegen aus dem Ausland so einfach wie möglich zu machen. Da gibt es einige Träger, die das machen, die sind dann auch zertifiziert, dass sie das machen dürfen und an die verweisen wir dann auch gerne“ (Interview 17)

Viele dieser Unternehmen haben dabei auch wirtschaftliche Interessen, denn sie profitieren finanziell vom Schließen dieser Versorgungslücke: So brauchen die migrierten Ärzte zum Beispiel vor Aufnahme einer Arbeit bestimmte sprachliche Vorbereitungskurse für die Fachsprachenprüfung, die in den einzelnen Ländern unterschiedlich organisiert sind. Dadurch, dass es dabei nicht zur klaren Verantwortungsübernahme eines „offiziellen“ Akteurs komme, so die Argumentation, gäbe es zum Beispiel den Gap Filler „Telc“, der sowohl das Training, als auch das Prüfungsmaterial anbietet:

„Also es gibt halt einige kommerzielle oder mehr oder weniger kommerzielle Anbieter, die sich auf dem Feld tummeln und ja/ beispielsweise um einen zu nennen „Telc“ als Tochter der Volkshochschule, die auch diese Sprachprüfung entwickelt haben und entsprechendes Trainingsmaterial dafür. Teilweise greifen manche Länder auf „Telc“ zurück, um die Prüfung durchzuführen“ (Interview 24)

Dass dieser Anbieter sogar die Prüfung durchführe, wird von den Befragten als sehr kritisch gewertet. Sie fordern, die Bereiche – Training und Prüfung – in der Verantwortung deutlich zu trennen.

Als weitere Gap Filler im Krankenhaus werden beispielsweise Stationssekretäre zur Unterstützung der Dokumentation eingesetzt. Ein Befragter beschreibt, dass der Arbeitsablauf zeitlich noch enger werde, wenn die Dokumentation durch die sprachlichen Defizite entweder für den migrierten Arzt zu lange dauere oder wenn der Oberarzt diese Briefe über das übliche Maß hinaus korrigieren müsse. Deshalb würden zur ärztlichen Unterstützung und Kontrolle auf Fehler besagte Sekretäre eingesetzt.

All diese Akteure werden aber als eigentlich nicht zuständig bezeichnet, sondern zusammenfassend

als Lückenfüller oder – mit negativer Konnotation – als Lückenbüßer.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der bestehenden Literatur

Die Ergebnisse zur Forschungsfrage, was relevante Akteure über Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext beruflicher Integration migrierter Ärzte denken, werden im vorliegenden Abschnitt zusammengefasst und mit der aktuellen Literatur verglichen. Anschließend erfolgt eine Diskussion über mögliche Faktoren der unzureichenden Verantwortungsübernahme bezüglich der Herausforderungen der beruflichen Integration migrierter Ärzte in Deutschland.

Anhand unseres deduktiven Kategoriensystems wurden Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen gefunden. Die identifizierten Probleme beziehen sich auf drei Themen: den Ärztemangel, die Herausforderungen in der Integration und die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen. Die Lösungsansätze und die daraus folgenden Verantwortlichkeiten beziehen sich auf dieselben Problembereiche: Lösungen des Ärztemangels in Deutschland, Lösungen für die bessere Integration vor und nach der Anstellung und Lösungen für die bessere Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen. Die Akteure konnten auf drei Gruppen aufgeteilt werden: der migrierte Arzt (Ebene I), die Krankenhausleitung und das Krankenhauspersonal (Ebene II) sowie die Makro-Institutionen (Ebene III). Die Begründung für die Verantwortungszuschreibung erfolgte über fünf Argumentationslinien: Verantwortung ergibt sich aus juristischer Zuständigkeit und/oder aus der gesellschaftlich impliziten Rollenzuschreibung, aus der Schuld am Ärztemangel, aus (wirtschaftlichem) Eigeninteresse, aus Macht/Fähigkeit/Vermögen oder aus weiteren moralischen Prinzipien. Des Weiteren konnten induktive Codes ermittelt werden, die unter dem Begriff „Verantwortungsmodell“ subsumiert wurden. Hier zeigten sich weitere Denkmuster der Akteure, wie Verantwortung in diesem Rahmen gelebt werden sollte.

Im Vergleich mit der Literatur betrachten wir zunächst einmal die identifizierten Probleme. Überlappend erscheinen in der Literatur die Identifizierung von Herausforderungen in der sprachlichen, fachlichen, kulturellen und organisatorischen Integration des migrierten Arztes im akuten Krankenhaus-Setting sowie Probleme im Anerkennungs- und Sicherstellungsverfahren von Qualifikationen migrierter Ärzte in Deutschland (Jansen et. al, 2015; Kovacheva, Grewe, 2015; Klein, 2016; Klingler, Marckmann, 2016; Klingler et. al, 2018). Eine Fokusgruppenstudie in Deutschland stand auch der Gleichwertigkeitsprüfung als Verfahrensweg kritisch gegenüber (Farhan et. al, 2014). Auf internationaler Ebene begegnen wir vergleichbaren Herausforderungen wie in der vorliegenden Studie – um einige herauszugreifen: die unterschiedlichen Erwartungen bezüglich der Lehre (Pilotto et. al, 2007), Sprachdefizite sowie Unwissenheit über die Abläufe im

Gesundheitssystem (Michalski et. al, 2017) und Unzulänglichkeiten im Anerkennungsprozess der Qualifikationen im betreffenden Land (Skjeggstad et. al, 2015; Curran et. al, 2008).

Jedoch offenbart sich ein weiteres Problem, das bisher, nach Kenntnisstand der Autorin, noch nicht in der Literatur im Kontext der beruflichen Integration migrierter Ärzte in Deutschland diskutiert worden ist: der Ärztemangel. Dass dieses Problem überhaupt als Antwort auf die Frage „Welche Probleme erleben Sie in Ihrer Arbeit mit immigrierten Ärzten?“ (siehe Interviewleitfaden, Anhang 1) genannt wurde, war eine überraschende Erkenntnis. Der bisherige Diskurs in Deutschland im Rahmen integrativer Herausforderungen migrierter Ärzte befasst sich damit ausschließlich in Form von Lösungen *mit* migrierten Ärzten, nicht *ohne* sie.

Die Vorschläge zu Unterstützungsstrategien für migrierte Ärzte sind deutschlandspezifisch nach dem Wissensstand der Autorin bisher noch nicht wie in dieser Studie umfassend analysiert worden. Die privaten Initiativen in Deutschland – entweder durch Programme in Krankenhäusern (nach der Anstellung) oder durch Fortbildungsprogramme von Privatträgern (zumeist vor der Anstellung) – bilden einen Teil der Lösungsvorschläge zur besseren Integration aus dieser Studie in der Realität ab - nur dass diese Initiativen nicht jedem migrierten Arzt offenstehen (Elger, Hackenbroch, 2012; Kovacheva, Grewe, 2015). Auf internationaler Ebene sehen wir bereits etablierte Trainingsprogramme für migrierte Ärzte vor der Anstellung bzw. im Rahmen des Anerkennungsprozesses als vorgeschaltete obligate Hürden, die es für den migrierten Arzt zu überwinden gilt (Pippa et. al, 2004; Birell, 2004; Hawken, 2005). Diese Programme werden im Ausland bereits wissenschaftlich im Verlauf evaluiert und verbessert (Hawken, 2005; Pippa et. al, 2004; Curran et. al, 2008). Bei der Anerkennung von Qualifikationen wurden international auch die Erleichterung des Informationsflusses und mehr Orientierung gefordert sowie die Förderung der Vorbereitung auf Prüfungen (Curran et. al, 2008).

Vorgeschaltete Hilfestellungen für die bessere Integration migrierter Ärzte wird auch in den Ergebnissen dieser Studie erwähnt. Interessanterweise verschiebt sich die Verteilung von Verantwortung unter den Akteuren von den Makroinstitutionen vor der Anstellung zu Krankenhausleitung und -personal nach der Anstellung des migrierten Arztes.

Die Frage danach, wer an der Lösung verschiedener Probleme beteiligt sein sollte wird in manchen Ländern auf internationaler Ebene nicht gestellt, da es hier, wie einleitend beschrieben, in einigen Ländern bereits nationale Körperschaften gibt, die sich um die berufliche Integration der migrierten Ärzte kümmern oder kümmern sollen (Birell, 2004; Hawken, 2005; Pippa et. al, 2004; McGrath, 2004).

In Deutschland ist die Frage nach dem „Wer?“ bisher nicht beantwortet worden, bislang gibt es keine(n) eindeutige(n) Verantwortlichen für die Lösung der Herausforderungen migrierter Ärzte. Die Zuschreibung der Verantwortlichkeiten auf den Ebenen migrierter Arzt, Krankenhaus und Makroinstitutionen wurde nach Kenntnisstand der Autorin bislang noch nicht aufgezeigt.

Eine empirische Auseinandersetzung mit Verantwortungszuschreibung in einem ähnlichen beruflichen Kontext für migrierte Ärzte wurde nicht gefunden. Die Ergebnisse der Verantwortungszuschreibung im Gesundheitssystem von Marckmann und Synofzik (2007) enthalten ähnliche Begründungskriterien wie diese Studie: die Nähe der Person zum Geschehen (siehe: Verantwortung ergibt sich aus Fähigkeit/Vermögen), die Fähigkeit der Person zu handeln (siehe: Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen) und der Beitrag der Person, das Geschehen (mit-)verursacht zu haben (siehe: Verantwortung ergibt sich aus Schuld).

Insbesondere haben die Ergebnisse dieser Studie Ähnlichkeiten mit den theoretischen Überlegungen des Juristen Hart (2008). Die Rechtsphilosophie setzt sich vor allem mit der negativ bewerteten Seite der Verantwortung im Sinne der „*Ambivalenzthese*“ (Auhagen, 1999, S.45) auseinander: zurückliegende Ereignisse werden be- oder verurteilt (Auhagen, 1999). Obwohl sich die vorliegende Studie mit der prospektiven (oder positiv bewerteten) Seite der Verantwortung beschäftigt hat, gleichen sich die Ergebnisse bezüglich der Begründung der Verantwortungszuschreibung in einigen Punkten derjenigen von Hart (2008). Er teilt die Verantwortung in vier Kategorien ein: die „*Role-Responsibility*“, die „*Causal Responsibility*“, die „*Liability-Responsibility*“ und die „*Capacity Responsibility*“ (Hart, 2008, S.212). Bei der theoretischen Begründung der Verantwortungszuschreibung aufgrund einer spezifischen Rolle wird hier darauf rekuriert, dass, wenn jemand einen bestimmten Platz (role) in einer Gesellschaft einnimmt, dies mit Pflichten zusammenhängt, entweder zum Schutz von anderen oder um einen bestimmten Zweck für die Gesellschaft zu erfüllen. Dieser jemand trägt die Verantwortung für seine Taten beim Ausfüllen dieser Rolle. Die auf Kausalitäten bezogene Verantwortungszuschreibung basiert auf der Idee, dass, wenn jemand (oder etwas) eine Verletzung verursacht (causal), er (oder es) dafür auch verantwortlich gemacht werden kann. Hier braucht es eine Verbindung zwischen Handlung (Ursache) und Verletzung (Folge). Die Haftung (liability) bei Verstößen gegen das Gesetz hat ihre Grundlage selbstverständlich im Gesetz. Sie ist bei jedem (hier vor allem mental und psychisch) gesunden Menschen möglich, der zum Zeitpunkt der Tat frei handlungsfähig ist (Hart, 2008). Die Fähigkeit eines Menschen, bestimmte Dinge und/oder Verhaltensweisen zu verstehen, zu begründen, zu kontrollieren und ggf. mit Entscheidungen beeinflussen zu können, bringt nach Hart Verantwortung (capacity) mit sich (Summers, 1969). Vergleichbar sind hier die Ergebnisse dieser Studie: Die Befragten schreiben Verantwortung zu aufgrund gesellschaftlich implizierter Rollen

(role), aufgrund juristischer Zuständigkeit (liability) oder aufgrund Fähigkeit/Vermögen/Macht (capacity) sowie aufgrund der Schuld am Ereignis (causal). Darüber hinaus erfolgten Zuschreibungen aufgrund von wirtschaftlichen Eigeninteressen (eher prospektive Sicht) sowie moralischen Prinzipien, die in ihrem medizinischen Kontext verständlich sind. Der Zusammenhang zwischen Wirtschaft und Moral ist in der heutigen Medizin sehr ausgeprägt. Ein Beispiel: In den vermehrt privatisierten Krankenhäusern in Deutschland werden häufig Entscheidungen im Kontext von Personalauswahl/Besetzungsanzahl/Fortbildungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit getroffen. Hingegen ist die Behandlung der Gesundheit der Menschen ein höchst sensibles moralisches Thema, das ethisch nicht allein auf einer Kosten-Nutzen-Analyse basieren darf. Umso mehr rücken diese beiden Begründungen von Verantwortungszuschreibung aus wirtschaftlichen Eigeninteressen bzw. aus moralischen Gründen in dem medizinischen beruflichen Kontext in den Vordergrund.

Vor allem die Betrachtung der Verantwortungsmodelle zeigen erweiterte Einblicke in das Denken der Akteure, die so bisher nicht beschrieben wurden: Das Modell der absoluten Eigenverantwortung, der Tandem-Verantwortung, der Teilverantwortungsträger, der „Entscheidungsträger“-Verantwortung, der „Gesamtverantwortung“, der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“ sowie das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung erweisen sich als erste Eindrücke der Denkmuster potenzieller Verantwortlicher bezüglich Verantwortungsverteilung im Kontext migrierter Ärzte in Deutschland.

Interessanterweise sind trotz zahlreicher Ideen für Verantwortungsübernahme für eine bessere Integration migrierter Ärzte, wie bereits einleitend erwähnt, tatsächlich nur eine unzureichende Anzahl von Konzepten in Deutschland implementiert. Wenn Verantwortung von den Akteuren nicht übernommen wird, kann eine Analyse von möglichem Abwehrverhalten gegen eine Verantwortungsübernahme behilflich sein. Hier finden sich theoretische Konzepte vor allem in der Sozialpsychologie. Auch wenn diese Studie nicht nach Verantwortungsabwehrverhalten bei potenziellen Verantwortungsträgern gesucht hat, ist es interessant, Hinweise auf Abwehrverhalten in den Ergebnissen aufzuzeigen, um zu lernen, woran eine Verantwortungsübernahme in der Realität scheitern kann.

Im Folgenden wird über mögliche Faktoren für die unzureichende Verantwortungsübernahme im deutschen Kontext bezüglich der Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte diskutiert.

4.2 Mögliche Faktoren für unzureichende Verantwortungsübernahme oder -abwehr

In diesem Kapitel werden die theoretischen Überlegungen und Konstrukte für eine mögliche Verantwortungsabwehr mit den Ergebnissen der Studie verglichen. Zunächst wird in diesem Kontext der Begriff des prosozialen Verhaltens eingeführt. Prosoziales Verhalten zielt darauf ab, einem anderen Menschen Vorteile zu ermöglichen. Im Gegensatz zum Altruismus kann prosoziales Verhalten auch an ein Eigeninteresse geknüpft sein. Altruismus hingegen ist mit Handlungen verknüpft, die zum Vorteil anderer dienen, jedoch ohne sich dadurch einen Eigenvorteil zu erhoffen. Im Gegenteil ziehen diese Handlungen häufig Nachteile für den Handelnden mit sich. Prosoziales Verhalten kann auch altruistisch motiviert sein, muss es aber nicht (Aronson et. al, 2014). Die Verantwortung zum prosozialen Verhalten ist ein Teil von Verantwortung, obgleich die Freiwilligkeit des Tuns zwingend und die gute Absicht dem anderen gegenüber essentiell ist. Prosoziales Handeln kann im Gegensatz zur Verantwortung auch kein Unterlassen sein, sondern ist immer eine aktive Handlung (Auhagen, 1999). Ein möglicher Grund für die unzureichende Verantwortungsübernahme von Akteuren könnte darin liegen, dass die Handlungen von ihnen als prosoziale Verhaltensweisen interpretiert werden, und somit nicht als zwingend obligat.

Der Begriff der Verantwortungsabwehr wurde in einer empirischen Fragebogenstudie in den 90er Jahren ausgiebig erforscht. Die Fragen zielten auf die Haltung der Befragten gegenüber Menschen der Dritten Welt, Gastarbeitern, alten Menschen und Körperbehinderten⁸ im Zusammenhang mit prosozialem Verhalten ab. Hieraus entstanden drei Strategien von Verantwortungsabwehr: Entweder leugneten oder bagatellisierten die Befragten die Hilfsbedürftigkeit, sodass keine Verantwortungsübernahme notwendig erschien (kurz: Notlagenleugnung), die Hilfsbedürftigkeit wurde als selbstverschuldet angeprangert (kurz: Selbstverschuldungsvorwurf), oder die Verantwortlichkeit wurde auf andere (ggf. fähigere) Akteure abgeschoben (kurz Abschieben auf andere) (Auhagen, 1999; Schmitt et. al, 1990). Ob es Hinweise dieser Abwehrstrategien womöglich auch in der Durchsicht der Ergebnisse dieser Studie gibt und diese möglicherweise auch verantwortlich sind für die fehlende Implementierung einheitlicher Lösungen, wird im Folgenden diskutiert.

Sozialpsychologisch gibt es zudem das theoretische Konzept der Verantwortungsabwehr durch den Zuschauereffekt, durch Verantwortungsdiffusion und/oder durch die pluralistische Ignoranz (Auhagen, 1999; Aronson et. al, 2014), die in dieser Studie auch eine Rolle spielen können.

⁸Die Autorin verwendet hier die Terminologie der Studie Schmitt et. al 1990 und möchte sich von dieser distanzieren

Der Begriff des Zuschauereffektes entwickelte sich im Rahmen der Studien der Sozialpsychologen Bibb Latané und John Darley, die zur Zeit der Ermordung der Amerikanerin Kitty Genovese in New York dozierten. Kitty Genovese wurde von ihrem Mörder in aller Öffentlichkeit am helllichten Tag ermordet. Ihre Hilferufe vernahmen über den gesamten Zeitraum ihrer Flucht vor ihrem Peiniger 38 Zeugen. Das Verbrechen geschah also vor 38 Zeugen, die der Frau jedoch nicht zur Hilfe eilten. Diese Situation wird als Bystander-Phänomen, Zuschauereffekt oder Gafferphänomen bezeichnet (Auhagen, 1999; Aronson et. al, 2014).

Latané und Darley erforschten diese hemmenden sozialen Umstände in weiteren Experimenten. Sie glaubten nicht an eine gefühllose Welt voller Apathie Hilfsbedürftigen gegenüber. Sie wollten erfahren, wie die Bystander zueinander stehen. Anders als im Genovese-Mordfall ließen sie die Teilnehmer in mehreren Experimenten miteinander kommunizieren. Eindrucksvoll sind hier die Ergebnisse ihrer Studie, in der sie langsam weißen Rauch durch eine Lüftung in einen Raum strömen ließen, in dem ahnungslose Probanden saßen, die einen Fragebogen ausfüllen sollten. Wenn jemand alleine im Raum saß, ging er gewöhnlich nach einiger Zeit raus und holte Hilfe (75% der Probanden in sechs Minuten). Wenn jedoch zwei Personen im Raum saßen, berichteten nur 10 % der Probanden von der Rauchentwicklung. In Dreiereinheiten bei acht Versuchsgruppen (insgesamt 24 Personen) holten nur drei Personen Hilfe in der vorgegebenen Zeit (Latané, Darley, 1968; Latané, Darley, 1970).

Je mehr Verantwortungsträger es gibt, und je unklarer die Verantwortungsverteilung, desto wahrscheinlicher ist es, dass es zu keiner Hilfeleistung kommen wird (Auhagen, 1999, Latané, Darley 1968; Latané, Darley, 1970). Darauf aufbauend extrahierten Latané und Darley eine Stufentheorie, warum es möglicherweise nicht zu einer Hilfeleistung kommt (Latané, Darley, 1970; Aronson et. al, 2014):

Auf der ersten Stufe kann die Situation überhaupt nicht bemerkt oder wahrgenommen werden. Auf der zweiten Stufe muss die Situation, falls sie gesehen wird, als Notlage interpretiert werden, also als eine Situation, in der Hilfe benötigt wird. Hier kommt der Begriff der pluralistischen Ignoranz (zuerst benannt durch Katz, Alport, 1931) ins Spiel (Aronson et. al, 2014). Auch in der Rauchstudie von Latané und Darley gab es in den Gruppen viele Probanden, die den Rauch wegwedelten anstatt ihn als Gefahr zu interpretieren (Latané, Darley, 1968). Doch warum waren alle so unbesorgt in einem verqualmten Raum? Die Probanden benutzten sich gegenseitig als Informationsquelle: Wenn die Umgebung die Situation nicht als Notlage interpretiert, ist es vielleicht auch keine. Dieses Phänomen bezeichnet man sozialpsychologisch als pluralistische Ignoranz. Die Situation wird von den potenziellen Verantwortlichen nicht als Notlage interpretiert und die Handlung unterbleibt

(Aronson et. al, 2014).

Die dritte Stufe, an der eine Unterstützung scheitern kann, ist die Verantwortungsdiffusion: Wenn die Situation bemerkt und sogar als Notlage eingeschätzt wird, kann dennoch der potenzielle Verantwortungsträger keine persönliche Verantwortung übernehmen. Im Fall von Kitty Genovese dachte jeder der Beteiligten, dass ein anderer verantwortlich ist und nahm an, dass jemand anderes bereits bei der Polizei angerufen habe. Tragischerweise blieb Kitty alleine mit ihrem Mörder (Aronson et. al, 2014). Es gibt hier das Phänomen, dass die Handlung unterbleibt, wenn mehrere Menschen daran beteiligt sind: Die Verantwortung diffundiert. Keiner fühlt sich letztendlich verantwortlich, etwas zu unternehmen. Der Begriff der Verantwortungsdiffusion bietet aber keine Erklärung für dieselbe. Warum kommt es zu dieser Zerstreung (Auhagen, 1999; Latané, Darley, 1968)?

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2002 bestätigte die Ergebnisse von Latané und Darley und erkannte, dass die Verantwortung nicht unbedingt gleichmäßig zwischen den Teilnehmer diffundiert: Manche Teilnehmer überschätzten ihren eigenen Beitrag zur Verantwortungsübernahme, manche Mitglieder sahen andere in ihrer Gruppe als mehr oder weniger verantwortlich an und andere Mitglieder gaben gerne jemand anderem eine Führungsposition, um sich weniger verantwortlich zu fühlen (Forsyth et. al, 2002).

Auch im Krankenhaus wurde das Phänomen der Verantwortungsdiffusion beschrieben: bei der in dieser Arbeit erwähnten Studie aus Australien, in der bei der Übergabesituation des klinischen Personals keiner die persönliche Verantwortung für den Patienten übernimmt, sodass die Patienten nicht zeitnah entsprechend versorgt wurden (Chin et. al, 2012). In einer Fokusgruppenstudie mit Mitarbeitern und Patienten eines griechischen Krankenhauses wurde zu der Wahrnehmung der eigenen Identität und ihrer Wechselwirkung mit dem Gesundheitssystem geforscht. Die beteiligten Mitarbeiter nahmen sich oft als passive Zuschauer wahr, die als Teil des Systems weder Macht noch Verantwortung haben. Dadurch kam es zur Verschiebung der Verantwortung auf andere Akteure (Lentza et. al, 2014).

Der vierte Schritt nach Latané und Darley (1970), der notwendig ist, dass Hilfeleistung stattfinden kann, ist, dass derjenige das Wissen hat, helfen zu können. Nicht jeder hat die Kompetenz zu helfen, auch wenn er die Verantwortung übernehmen möchte (Aronson et. al, 2014; Latané, Darley, 1970).

Die letzte Stufe, woran Hilfe scheitern kann, ist die „Anwendungsentscheidung“ (Aronson et. al, 2014, S.413). Qualifizierte Menschen, die Verantwortung übernehmen könnten, tun dies nicht, weil sie beispielsweise die Kosten scheuen, Hilfe eine Gefahr für sie selbst bedeuten könnte oder weil sie

rechtliche Bedenken haben (Aronson et. al, 2014).

Des Weiteren gab es Hinweise in den Ergebnissen, dass auch divergierende Denkmuster der Akteure eine gemeinsame Gestaltung von Verantwortungsübernahme hemmen können. Wenn mehrere Akteure an einer Lösung beteiligt sein müssen, jedoch jeder eine andere Vorstellung von der Verteilung der Verantwortungsübernahme hat, kann es dazu kommen, dass Verantwortung überhaupt nicht übernommen wird. Zudem definierten einige Befragte die Problematik um und sprachen im Interview über ein ganz anderes Problem, obschon sie die Herausforderungen der Integration migrierter Ärzte durchaus wahrnahmen. Wenn das Problem zwar gesehen, aber nicht weiter behandelt wird und stattdessen von einem anderen Problem berichtet wird, möchte man vielleicht für Ersteres keine Verantwortung übernehmen. Das erste Problem wird in den Hintergrund gedrängt, da es umdefiniert worden ist.

All dies können Faktoren für eine unzureichende Verantwortungsübernahme sein, die in der Realität - trotz des Wissens um die Herausforderungen der Integration migrierter Ärzte in Deutschland und trotz mannigfaltiger Lösungsvorschläge - zu einer Stagnation in der Umsetzung führen können. Im Folgenden werden die aufgeführten theoretischen Konstrukte für eine mögliche Verantwortungsabwehr den Ergebnissen gegenübergestellt.

4.2.1 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Leugnung und/oder Bagatellisierung der Hilfsbedürftigkeit

Eine Möglichkeit nach Schmitt, Montada und Dalbert (1990), Verantwortung abzuwehren, ist die Hilfsbedürftigkeit zu bagatellisieren oder bewusst zu leugnen. Dadurch entfällt automatisch die Notwendigkeit, einschreiten zu müssen. Wenn beispielsweise die Lebenssituation alter Menschen als zu schlecht dargestellt und übertrieben empfunden wird, resultiert daraus als Ausweg, überhaupt keine Verantwortung übernehmen zu müssen (Schmitt et. al, 1990).

Interessanterweise gibt es Hinweise in dieser Studie, dass die Hilfsbedürftigkeit migrierter Ärzte durch die migrierten Ärzte selbst nicht gezeigt wird, auch wenn Herausforderungen in ihrer Integration vorhanden sind. Dies zeigt das Modell der absoluten Eigenverantwortung, in der alle Verantwortungsbereiche ausschließlich dem migrierten Arzt zugeschrieben werden. Damit ist die Notwendigkeit, von außen Verantwortung zu übernehmen, ausgeschlossen worden - auch wenn es dem in der Realität bedarf. Dies bedeutet hier selbstverständlich keine Abwehr von Verantwortung durch die migrierten Ärzte selbst, kann aber durchaus die gesamte Situation beeinflussen. Wenn bei vielen migrierten Ärzten das Denkmuster für absolute Eigenverantwortung vorherrscht, kann dies den Eindruck erwecken, dass sie tatsächlich keine Hilfe brauchen. Dieser Eindruck kann wiederum

begünstigen, dass Hilferufe entweder nicht wahrgenommen oder bagatellisiert werden und infolge dessen eine Verantwortungsübernahme beispielsweise durch die Politik abgewehrt wird.

Eine Studie aus dem Jahr 2008 beschäftigte sich mit dem Zusammenhang zwischen Empathie und Machtunterschieden: Je hilfsbedürftiger sich jemand zeigte, umso mehr Unterstützungsmöglichkeiten offenbarten sich, da das soziale Verantwortungsgefühl anstieg. Interessanterweise erwarteten die Empfänger selbst dies nicht. Im Gegenteil: Sie erhofften sich Besserung durch größere Unabhängigkeit bzw. durch geringere Offenbarung ihrer Hilfsbedürftigkeit (Handgraaf et. al, 2008). Dass die Hilfsbedürftigkeit der migrierten Ärzte entweder durch diese selbst oder durch andere Akteure bagatellisiert wird, könnte gegebenenfalls die Empathie und die Angebote für Verantwortungsübernahme einschränken.

4.2.2 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch den Vorwurf der Selbstverschuldung

Der Vorwurf der Selbstverschuldung hängt mit der Bewertung zusammen, dass der Verursacher gleichzeitig der Verantwortliche ist. Dadurch sinkt die eigene Verantwortlichkeit, denn die Schuld an der Notlage wird dem Verursacher (möglicherweise auch Opfer) zugeschoben (Schmitt et. al, 1990, Auhagen, 1999). Hier kommt es zu einer „*verschobenen Wahrnehmung von Verantwortung*“ (Auhagen, 1999, S.61), zu der vor allem Menschen neigen, die einen starken „*Glauben an eine gerechte Welt*“ (Auhagen, 1999, S.61) haben - im Sinne: Alles, was passiert, ist richtig und gerecht (Auhagen, 1999, Schmitt et. al, 1990).

In der vorliegenden Studie zeigen sich bei Gegenüberstellung zweier Situationen interessante Ergebnisse: In der ersten ist der migrierte Arzt gezwungen, beispielsweise durch die Notwendigkeit einer Flucht, nach Deutschland zu migrieren. In der zweiten ist es die freiwillige Entscheidung des migrierten Arztes, sein Herkunftsland zu verlassen. Die Bewertung der Situationen fällt gegensätzlich aus: Da der migrierte Arzt sich freiwillig für seine Situation (ggf. Notlage nach der Migration) entschieden habe, müsse er sich selbst um deren Verbesserung kümmern. Der unfreiwillig migrierte Arzt dagegen erfährt mehr Verantwortungszuspruch von außen, da sein Zustand nicht selbstverschuldet sei.

Eine ähnliche Strategie der Verantwortungsabwehr zeigt sich bei Zuschreibungen der Verantwortung an die Politik: Ihr wird die Schuld am Ärztemangel wegen der Missstände im Gesundheitswesen und den schlechten Arbeitsbedingungen der Ärzte zugeschrieben, in deren Folge es zu Migrationen aus und nach Deutschland komme. Also sei sie auch dafür verantwortlich, daraus resultierende Probleme zu beheben. Bei dieser Sicht auf Verantwortungszuteilung überschneiden sich die retrospektive und die prospektive Dimension: Retrospektiv ist die Politik laut dieser

Aussagen Schuld an der Misere, und soll deshalb prospektiv aufräumen. Da die anderen Akteure nicht an der Entstehung der Missstände beteiligt seien, könnten sie sich auch bei deren Lösung zurückziehen.

Dieser Fokus auf die Selbstverschuldung ist somit in dieser Studie an mehreren Stellen sichtbar und kann als ein möglicher Faktor für eine insgesamt unzureichende Verantwortungsübernahme gewertet werden.

4.2.3 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Abschieben der Verantwortung auf andere

Da wir in den vorliegenden Ergebnissen nicht bei jeder Verantwortungszuschreibung berücksichtigt haben, von welchen Befragten welche Zuschreibung erfolgte, kann dieser Abschnitt nicht vollständig erschlossen werden. Des Weiteren hat nicht jeder Befragte sich als potenziellen Verantwortungsträger ausgeschlossen und die Verantwortung nur auf andere abgeschoben, sondern sich manchmal auch in die Verantwortung miteingeschlossen oder sich gar als alleinigen Verantwortlichen benannt. Die Mehrheit der Befragten hat aber Verantwortlichkeiten nicht nur sich selbst zugeschrieben, sondern immer auch anderen Akteuren. Dabei handelte es sich bei den meistgenannten potenziellen Verantwortungsträgern immer um Akteure, die von den Befragten in gewisser Weise als fähiger oder kompetenter eingeschätzt wurden, als sie sich selbst empfanden.

Ganz offensichtlich wurden hierbei Akteure benannt, die mehr Entscheidungsmacht oder Vermögen oder Fähigkeiten hatten als die Befragten. Das wiederum wurde in die Kategorie „Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen“ aufgenommen. Dies wurde auch beispielsweise Krankenhausmitarbeitern zugesprochen, die den migrierten Arzt wegen ihrer Nähe während der Arbeit unterstützen sollen.

Wenn Befragte die Verantwortung anderen zuordneten, weil sie diesen ein Eigeninteresse an einer Lösung zuschrieben, etwa mehr Profit, könnte dahinter durchaus die Strategie stecken, Verantwortung von sich selbst abzuschieben.

Aber auch die Zuschreibung von Verantwortung aufgrund von Rollen oder Funktionen kann als Hinweis für ein Abschieben auf andere Akteure gesehen werden. Durch teilweise in der Hierarchie begründete Funktionen werden bestimmten Akteuren Handlungsspielräume zugerechnet, die andere angeblich nicht haben. Ob dies in der Realität wirklich so ist oder nur eine leere Hülle, wurde dabei von den Befragten häufig nicht erläutert. So wurde etwa der Arbeitgeber wegen seiner Rolle für vieles verantwortlich gemacht. Ob er dieser vermeintlichen Verantwortung aber überhaupt gerecht

werden *kann*, wurde oft nicht hinterfragt. Das Abschieben der Verantwortung auf Rollen oder Funktionen verlief mitunter eher unbedacht. Dahinter kann durchaus ein Abwehrverhalten des Befragten stecken.

Solche Antworten, in denen fähigere Akteure als der Befragte selbst benannt werden, können als Hinweise auf Verantwortungsabwehr gewertet werden. Allerdings ist dabei Vorsicht angebracht, denn nicht immer geschieht dies per se, um Verantwortung auf andere abzuschieben. Statt Abwehrverhalten kann dahinter auch echte inhaltliche Überzeugung stecken.

4.2.4 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch den Zuschauereffekt, Verantwortungsdiffusion und pluralistische Ignoranz

Wenn wir dem theoretischen Stufenmodell von Latané und Darley (1970) folgen, ist es wichtig, die einzelnen Schritte zur Verhinderung einer Hilfeleistung in den Ergebnissen dieser Studie durchzugehen.

Zunächst einmal muss der potenzielle Verantwortungsträger die Situation der migrierten Ärzte und ihre Herausforderungen bemerken. Hier konnte in dieser Studie festgestellt werden, dass jeder der Teilnehmer Herausforderungen der migrierten Ärzte zugestanden hat. Auch wenn die Befragten nicht direkt mit den migrierten Ärzten beruflich in Berührung gekommen waren, konnte jeder mindestens eine Problematik in der Integration migrierter Ärzte benennen.

Auf der zweiten Stufe kann es möglich sein, dass potenzielle Verantwortliche die Situation der migrierten Ärzte aber nicht als dringend zu behebendes Problem einstufen. In den Ergebnissen sind Hinweise ersichtlich, dass einige Akteure den Ärztemangel und die Situation des migrierten Arztes zwar als Herausforderung, jedoch nicht als „Notlage“ bewerten. Interessant ist dabei unter anderem, dass manche der Befragten dringend Lösungen forderten, andere dagegen nur auf existierende Strukturen hinwiesen. Auch das Konzept der pluralistischen Ignoranz ist in Ansätzen in den Ergebnissen dieser Studie zu sehen: Die Umgebung der potenziellen Verantwortungsträger und ihre Reaktion auf die Herausforderungen des migrierten Arztes können eine unmittelbare Auswirkung auf die Verantwortungsübernahme haben. Zum Beispiel berichtete ein migrierter Arzt davon, dass es seinem Chefarzt scheinbar egal sei, wie es ihm gehe, Hauptsache die Arbeit sei erledigt worden. Auch von seinen direkten Vorgesetzten oder Kollegen bekomme er keine Aufmerksamkeit. Womöglich ist in diesem Fall der Einfluss des Chefarztes entscheidend für die Einstellung anderer potenzieller Verantwortungsträger, sodass von keiner Seite eine Hilfeleistung angeboten wurde. Übertragen auf die Ebene der Makroinstitutionen heißt dies: Auch diese beobachteten sich gegenseitig. Möglicherweise gibt es hier eine Art von unausgesprochener „Kommunikation“: Das

Handeln anderer Beteiligter wird analysiert und das eigene Agieren daran ausgerichtet, ob ersteres als besorgt oder unbesorgt wahrgenommen wird. Ein Beispiel für ein umgekehrtes Szenario der pluralistischen Ignoranz ist das in den Ergebnissen beschriebene Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung, das auf der Hoffnung aufbaut, dass positive Ergebnisse des einen Krankenhauses andere Krankenhausträger motivieren, dessen Handlungen nachzuahmen.

Beim Blick auf die dritte Stufe der Verantwortungsdiffusion wird deutlich, wie viele Akteure sich auf dem „Spielfeld“ tummeln – oder eben nicht: Vielleicht fühlt sich keiner persönlich verantwortlich, sich gegenüber migrierten Ärzten prosozial zu verhalten. Auf der anderen Seite werden, wie eingangs beschrieben, private Initiativen in Deutschland aktiv: Dies dann vor allem aus persönlichen Gründen wie etwa der Verbundenheit zum Herkunftsland einiger migrierter Ärzte oder als Überlebensstrategie der Krankenhäuser (Elger, Hackenbroch, 2012).

Wie am Ende der Ergebnisse erwähnt, ist bei den Befragten der Wunsch nach Zentralisierung bzw. Vereinfachung der Verantwortungsübernahme groß, auch, um die Zahl der Akteure zu begrenzen. Im Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung kommt dieser Wunsch zum Ausdruck: Wenn nur drei die Entscheidung tragen, wird das Spielfeld überschaubarer. Verantwortlichkeit kann klarer verteilt werden und diffundiert gegebenenfalls nicht mehr.

Im vierten Schritt im Stufenmodell wird auf die Kompetenz des Helfenden hingewiesen. In unserer Studie verwiesen die Befragten sehr häufig auf fähigere Personen mit mehr Macht oder Vermögen/Fähigkeiten oder anderen Rollen, die die Verantwortung übernehmen sollen.

Im letzten Schritt kann aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse der Helfenden dem Hilfesuchenden Hilfe verwehrt werden. Auch darauf gibt es Hinweise in den Ergebnissen: Beispielsweise wurde mehrfach von Teilnehmern der Studie gefordert, die Krankenhausleitung solle einen Ansprechpartner, Tutor oder Migrationsbeauftragten für die migrierten Ärzte im Krankenhaus benennen. Aber keines der befragten Krankenhäuser hatte derartiges Personal, möglicherweise auch wegen der Kosten.

Das Stufenmodell von Latané und Darley (1970) und insbesondere das Konzept der pluralistischen Ignoranz sowie der Verantwortungsdiffusion könnten als Erklärung dafür dienen, dass es zu keiner ausreichenden Umsetzung von – grundsätzlich verfügbaren – Lösungen für die Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte in Deutschland kommt. Um die Zusammenhänge noch besser zu verstehen, wäre weitere Forschung auf diesem Feld etwa im Rahmen einer Fokusgruppenstudie nötig. So könnten unter anderem das Zusammentreffen unterschiedlicher sozialer Welten sowie

daraus resultierende Interaktionen erkundet werden (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014).

4.2.5 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch divergierende Denkmuster

Die Verantwortungsmodelle, die in den Ergebnissen vorgestellt wurden, sind nicht immer miteinander vereinbar, zum Teil widersprechen sich in ihren Denkmustern sogar erheblich. Möglicherweise könnten divergierende Denkmuster hinsichtlich potenzieller Verantwortungsträger hemmenden Einfluss auf die Verantwortungsübernahme haben. Denn wenn zwei Akteure unterschiedlicher Meinung sind, wie an eine Lösung herangegangen werden soll, kann es zu einer Stagnation in der Umsetzung kommen.

Das Modell der Teilverantwortungsträger geht davon aus, dass es, wenn jeder Verantwortliche seine Verantwortung in seiner Funktion/Rolle übernimmt, zu einem guten Gesamtergebnis kommen wird. Das Modell der „Gesamtverantwortung“ hingegen wird getragen vom Grundgedanken der gemeinsamen Sitzung: Alle Verantwortlichen sitzen an einem Tisch und erarbeiten gemeinsam eine Lösung. Das Modell der Teilverantwortungsträger geht nicht selbstverständlich davon aus, dass eine neue Lösung gemeinsam gefunden oder kommuniziert wird. Hier soll jeder für und in seinem Bereich das Bestmögliche erarbeiten und sich für seinen Bereich verantwortlich fühlen. Im Gegensatz dazu basiert das Modell der „Gesamtverantwortung“ auf Kommunikation und gleichzeitigem Vorgehen. Die zeitliche Dimension soll hier von nacheinander umgesetzten Handlungen auf gleichzeitig geschaltete umgelenkt werden. Somit divergiert das zeitliche Vorgehen bei der Umsetzung der beiden Modelle.

Auch das Modell der absoluten Eigenverantwortung steht zu den anderen Verantwortungsmodellen in Divergenz. Die Verneinung jeglicher Kooperationen, seien es Tandems, Allianzen, Verhandlungspartner oder runde Tische, steht im Gegensatz zum Grundsatz des Teilens von Verantwortlichkeit. Kommunizieren und in Dialog treten muss der migrierte Arzt hier nur, wenn er dadurch mehr Wissen für sein eigenes Handeln erlangen kann. Und selbst dies ist seine alleinige Verantwortung. Das Teilen von Verantwortung hingegen wird in den Kooperationen als obligat angesehen.

Auch in der Sensibilität der Vorgehensweise sind die Denkmuster unterschiedlich: Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung zeigt, wie behutsam Verantwortungsträger mit der Durchsetzung von Lösungen umgehen, da sie sich in ihren Kooperationen in einer fortwährenden Kompromisshaltung befinden. Das Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung setzt dagegen voraus, dass es bestimmte Akteure gibt, die die Fäden in der Hand halten und entscheiden müssen.

Ob diese unterschiedlichen Denkmuster einen hemmenden Einfluss auf die Übernahme von Verantwortung haben können, muss durch weitere Forschung untersucht werden. Die Vielfalt und Menge an Vorstellungen, auf welche Art und Weise Verantwortung gelebt werden sollte und könnte, zeigt sich bereits in dieser Studie.

4.2.6 Unzureichende Verantwortungsübernahme durch Umdefinition der Problematik

Die Befunde aus den Interviews weisen darauf hin, dass eine unzureichende Verantwortungsübernahme möglicherweise auch durch die Umdefinition der Problematik geschehen kann. Hier ist nicht das Leugnen/die Bagatellisierung der Hilfsbedürftigkeit migrierter Ärzte gemeint, sondern dass die Problematik der Herausforderungen der beruflichen Integration umgelenkt wird auf andere Problematiken. Insgesamt werden im Folgenden zwei Beispiele aus den Ergebnissen für dieses mögliche Abwehrverhalten beschrieben:

Im ersten Beispiel wird ausgehend von den Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte auf die Problematik des Ärztemangels in Deutschland umgelenkt. Somit werden nicht mehr die Probleme des migrierten Arztes in den Fokus gestellt. Für mehrere Befragte war das Problem nicht die Herausforderung des migrierten Arztes, die sie zuweilen durchaus auch beschrieben haben, sondern der Ärztemangel an sich und die resultierende Abhängigkeit Deutschlands von migrierten Ärzten. Auf die Frage nach Herausforderungen migrierter Ärzte wurde der Ärztemangel als Problem erwähnt. Intuitiv bezieht sich diese Antwort nicht direkt auf die zuvor gestellte Frage, sondern schweift ab auf ein paralleles Problem und konsekutiv auf eine Lösung ohne migrierte Ärzte. Die darauffolgenden Lösungen betrafen somit nicht die migrierten Ärzte selbst, sondern die Behebung des Ärztemangels: So solle zum Beispiel der Ärztemangel durch in Deutschland ausgebildete Ärzte ausgeglichen werden, etwa durch die Erhöhung der Studienplatzzahlen. Auch wenn die Befragten die Situation der migrierten Ärzte registriert und sogar als Notlage erkannt hatten, wurde das Thema auf ein neues Problem umgelenkt. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass durch Umdefinieren der Problematik Verantwortungsübernahme für migrierte Ärzte gar nicht erst stattfinden kann. Wenn der befragte Akteur sich in eine Welt ohne relevante Migration in der Ärzteschaft als ideale Lösung flüchtet, wird er nicht gleichzeitig Verantwortung für die Herausforderung migrierter Ärzte übernehmen. Das eigentliche Problem ist für ihn ja ein anderes.

Im zweiten Beispiel wird von Befragten kritisiert, dass die von ihnen benannten Verantwortungsträger die Problematik des Ärztemangels umdefinieren und sich infolgedessen nicht in der Pflicht sehen, sich um migrierte Ärzte zu kümmern. In den Ergebnissen zeigt sich, dass Teilnehmer der Ansicht sind, der Ärztemangel an sich werde in Deutschland politisch negiert. Als

Beleg wird angeführt, dass dabei auf zu viele Krankenhausbetten verwiesen werde, statt darauf, dass es zu wenig Ärzte gebe. Die politische Lösung sei somit eine Reduzierung der Betten.

In der politischen Handlungsweise gibt es Widersprüche. Hierzu zunächst eine Aussage des Bundesministers für Gesundheit, Jens Spahn, zum Ärztemangel in Deutschland:

„Wir haben so viele Ärzte wie noch nie. Und trotzdem denken viele, es gebe so wenig wie selten. Das stimmt aber nur für einige Regionen und für einige Fachrichtungen (...) Wir haben in der Tat zu viele Kliniken, aber eher in den Ballungsräumen“ (Bundesministerium für Gesundheit A, 2019)

Parallel wird jedoch intensiv versucht, dem Ärztemangel politisch entgegen zu wirken, indem die Anzahl an Studienplätzen erhöht werden soll, die Vergabe aber an bestimmte Verpflichtungen für die Bewerber zu binden. Hierbei soll beispielsweise im Gesetzesentwurf der Regierung Rheinland-Pfalz eine gewisse Anzahl an Studienplätzen an Studenten verteilt werden, die sich verpflichten, nach der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zehn Jahre lang in einem unterversorgten Gebiet der Region zu arbeiten. Bei Nicht-Einhalten soll eine gestaffelte Vertragsstrafe von bis zu 250.000 Euro verhängt werden. Die Auswirkungen einer solchen Lösungsstrategie gegen den Ärztemangel in Deutschland sind unüberschaubar und werden derzeit von den Landesärztekammern mit Verweis auf Fragen wie diese abgelehnt: Berufswunschwechsel während des Studiums ignorieren? Reiche Studenten können sich „rauskaufen“, arme Studenten haben keine Wahl? Ist ein guter Arzt derjenige, der sich verpflichtet? (mhe/ Marburger Bund Zeitung, 2019).

Zusammengefasst gibt es hier Hinweise auf eine direkte und/oder indirekte Verantwortungsabwehr der Befragten. Die Aussage der Befragten, dass die Politik den Ärztemangel und damit alle verbundenen Probleme umdefiniere auf eine andere Problematik, verdeutlicht ihre Denkweise: Die Politik wehre somit direkt ihre eigentliche Verantwortlichkeit ab und reagiere unzureichend auf die Situation in Deutschland einschließlich der Herausforderungen migrierter Ärzte. Zusätzlich gibt es hier diesen Hinweis: Wenn die Akteure *denken*, dass die eigentlichen Verantwortlichen das Problem umdefinieren und deshalb in all seinen Konsequenzen nicht lösen, kann dies zu Resignation führen und infolgedessen indirekt dazu, dass eine Abwehrhaltung für eigene Verantwortungsübernahme entsteht.

Beide Beispiele zeigen auf, dass eine Umdefinition der Problematik eine extreme Art der Verantwortungsabwehr darstellen kann: Es fehlt dann sogar die Motivationsgrundlage, sich mit der Thematik überhaupt zu beschäftigen.

4.3 Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie weist verschiedene Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Zunächst handelt es sich bei dieser qualitativen Studie nur um einen exemplarischen Überblick verschiedener Denkmuster identifizierter Verantwortungsträger. Die Aussagen können deshalb nicht repräsentativ gewertet werden. Auch sind diese speziell für das deutsche stationäre Gesundheitssystem zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufzufassen. Die Ergebnisse lassen keine Verallgemeinerung zu, wie Verantwortung in Deutschland von allen erdenklichen Verantwortungsträgern zu jedem Zeitpunkt gedacht wird. In Folge der Ausarbeitung der Studie ergaben sich mit der Zeit einige neue politische Entwicklungen, die auch eine andere Handlungsweise der Befragten hätten nach sich ziehen können. Somit ist die Studie eine Momentaufnahme, die jedoch in ihrer Tiefe Denkmuster aufdecken konnte, auch wenn diese von Zeit und Raum abhängig sind. Zusammengefasst ergibt sich hieraus keine Sicherheit, alle Denkmuster in Deutschland zu repräsentieren. Vielmehr war es das Ziel dieser qualitativen Studie, einen Überblick über mögliche Denkmuster potenzieller Verantwortungsträger zu schaffen.

Das Sample, das gewählt wurde, basierte auf der Idee, alle potenziellen Verantwortungsträger zu befragen. Dabei konnte nicht jeder mögliche Beteiligte in diesem Setting mitberücksichtigt werden. Man könnte argumentieren, dass auch Patienten und Angehörige theoretisch Verantwortungsträger sein können, beispielsweise indem sie sich über Defizite/Fehler des migrierten Arztes bei Vorgesetzten beschweren. In theoretischen Vorüberlegungen wurde die Gruppe der Patienten und Angehörigen aber aufgrund ihrer Vulnerabilität ausgeschlossen. Sie wissen als Laien nicht (immer), wann ein Fehler passiert und wann nicht und sind nur eingeschränkt handlungsfähig. Durch die getroffenen Kriterien an potenzielle Verantwortungsträger (nach Langanke et. al, 2013) wurden sie somit bewusst ausgeschlossen. Somit können die Ergebnisse nur für diejenigen Akteure gelten, die wir in unser Sample aufgenommen haben. Eine Erweiterung dieses Sample wäre in weiteren Studien möglich und würde sich gegebenenfalls auch auf die Ergebnisse auswirken. Das Sample wurde so weit geöffnet, dass eine hohe Varianz potenzieller Verantwortungsträger erzeugt worden ist, die durch ihre vielfältigen Aussagen ein heterogenes Bild hinterließen. Dies war zum Beispiel auch bedingt dadurch, dass die rekrutierten Befragten in unterschiedlichen Krankenhäusern angestellt waren, die sich vor allem durch stark variierende ökonomische Rahmenbedingungen unterschieden. Zum Beispiel waren unsere Akteure Angestellte in einer Universitätsklinik, bei einem privaten Träger in einer großen Stadt, in einer privaten ländlichen Klinik abseits mit teilweise Belegschaftsstruktur oder in einem mittelgroßen Krankenhaus, das in den Klinikverbund einer Aktiengesellschaft eingebettet ist. Manche Krankenhäuser hatten wegen Ärztemangels bereits Lösungen implementiert, andere hatten dies nicht nötig, wiederum andere standen kurz vor

grundlegenden Veränderungen ihrer Strukturen. Interessanterweise zeigen die Daten verschiedene Denkmuster, die sich bei Fortschreiten der Befragungen im Verlauf der Studie auf die eine oder andere Weise in vielen Punkten wiederholten und ergänzten. Dies bestärkt die Annahme, dass ein guter Überblick über relevante Denkmuster geschaffen werden konnte. Ein Vergleich der Akteure war durch unser kleines Sample nicht möglich, aber auch nicht geplant, da als Ziel im Vordergrund stand, eine Übersicht zu bekommen.

Dadurch, dass die Autorin zu Beginn wenig Fertigkeiten in der Interviewdurchführung aufwies, musste dies durch regelmäßige Nachbesprechungen und Feedback bei den ersten Interviews ausgeglichen werden. Die Doktorandin fühlte sich gelegentlich bei „hierarchisch höheren“ Interviewpartnern unwohl und nicht als Gesprächspartner ernst genommen. Dies reichte bis hin zu unangemessenen Äußerungen ihr gegenüber. Dies kann als möglicher Störfaktor für eine offene Interviewsituation angesehen werden. Nachdem ein solch möglicher negativer Einfluss bemerkt worden war, wurde solchen Situationen im weiteren Verlauf vorgebeugt, indem „hierarchisch höhere“ Akteure von wissenschaftlichen Mitarbeitern des betreuenden Teams befragt wurden, die bereits langjährige Erfahrungen in der Durchführung qualitativer Datenerhebung hatten.

Eine weitere Barriere für die Offenheit in der Datenerhebung könnte der Name der Doktorandin gewesen sein, der auf einen Migrationshintergrund schließen lassen kann. Zu Bedenken wäre hier, dass die Befragten sich in ihren Aussagen bezogen auf eine Problematisierung migrierter Ärzte gehemmt gefühlt haben könnten. Dieses Risiko ist aber wohl als eher gering einzustufen. Vielmehr gab es durchaus problematisierende bis hin zu diskriminierend anmutende Äußerungen über migrierte Ärzte gegenüber der Autorin. Dies könnte daran liegen, dass bei Telefoninterviews der Interviewer durch seine geringere äußere Präsenz für den Befragten zur Stimme ohne Gesicht wird, sodass die Antworten authentischer und offener sein können als bei face-to-face Interviews. Die Herkunft des Namens könnte dabei durch die akzentfreie Aussprache der Doktorandin in den Hintergrund geraten sein.

Die Auswertung von qualitativen kann im Gegensatz zu quantitativen Daten nicht kontrolliert und repliziert werden, sondern erhebt höchstens den „*Anspruch auf Herstellung von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit*“ (Steinke, 2012, S.324). Optimalerweise kodieren somit zwei Menschen unabhängig voneinander die Daten. Dies konnte in unserer Studie aufgrund fehlender Ressourcen nicht ermöglicht werden. Um den subjektiven Einfluss der Doktorandin bei der Auswertung der Daten zu minimieren, wurden zwei Interviews mit der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Dr. Klingler zusammen ausgewertet bzw. die Auswertung in ihrer Gesamtheit mit ihr besprochen. Insgesamt wurden regelmäßig verschiedene Teile der Auswertungsdaten mit Frau Dr. Klingler auf ihre

Nachvollziehbarkeit überprüft.

4.4 Schluss und Ausblick

Die vorliegende qualitativ-explorative Studie untersuchte die Forschungsfrage „Wie denken relevante Akteure über Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der Integration von migrierten Ärzten?“ Durch Auswertung der Telefoninterviews konnten Problembereiche (Ärztmangel; nicht erfüllte Anforderungen an die sprachliche, fachliche, kulturelle, private und organisatorische Integration; Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen) bei der beruflichen Integration migrierter Ärzte identifiziert werden, Lösungsansätze (für das Problem des Ärztemangels; für die bessere Integration vor und nach der Anstellung des migrierten Arztes; für die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen) aufgezeigt und Verantwortungszuschreibungen (Ebene des migrierten Arztes; Ebene des Krankenhauses; Ebene der Makro-Institutionen) sowie ihre Begründungen (aus juristischer Zuständigkeit und/oder aus gesellschaftlich implizierter Rollenzuschreibung, aus Schuld, aus (wirtschaftlichem) Eigeninteresse, aus Macht oder Fähigkeit/ Vermögen, aus weiteren moralischen Prinzipien) rekonstruiert werden. Des Weiteren konnten verschiedene Denkmuster ermittelt werden, wie die befragten Akteure Verantwortung und ihre Verteilung verstehen, und in Modellen systematisiert werden.

Zusammenfassend wurde gezeigt, dass die Verantwortungsübernahme bzw. -verteilung unter potentiellen Verantwortungsträgern in Deutschland noch verbessert werden kann. Trotz bereits identifizierter Herausforderungen und Problembereiche sowie verschiedener verfügbarer Lösungsansätze gibt es keine hinreichende Strategie, die Integration migrierter Ärzte zu erleichtern. Aus unseren Ergebnissen konnten in Anlehnung an Verantwortungsabwehrstrategien aus der Sozialpsychologie Hinweise für Faktoren herausgearbeitet werden, die einen möglichen Einfluss auf diesen Zustand haben. Eine unzureichende Verantwortungsübernahme könnte demnach auf Leugnung und/oder Bagatellisierung der Hilfsbedürftigkeit, auf Vorwürfe der Selbstverschuldung, auf Abschieben auf andere oder auf Verantwortungsdiffusion, pluralistische Ignoranz, divergierende Denkmuster oder Umdefinition der Problematik zurückzuführen sein.

Nachdem hier ein Überblick geschaffen wurde, welche Denkmuster in Einzelgesprächen von den Akteuren berichtet werden, wäre es darüber hinaus interessant zu erfahren, wie sich potenzielle Verantwortungsträger im Austausch miteinander äußern würden. In der Realität werden Verantwortlichkeiten häufig gemeinsam auf personeller und institutioneller Ebene diskutiert. Mithilfe einer Fokusgruppenstudie könnten darüber Einblicke gewonnen werden. Aufbauend auf den Ergebnissen wäre es sinnvoll, Teilnehmer aus den drei Akteursebenen zusammenzubringen. Die

identifizierten Probleme könnten gemeinsam mit bereits implementierten oder neu entwickelten Lösungsansätzen angegangen werden. Verantwortlichkeiten könnten somit im direkten Austausch oder negativ konnotiert in direkter Konfrontation zugeteilt werden. Interessant wäre hier ein Vergleich zwischen den Ergebnissen dieser Studie mit denen der Gruppenstudie. Nach dem Modell der „Gesamtverantwortung“ könnte man im Rahmen einer Studie einen runden Tisch mit den relevanten Verantwortungsträgern veranstalten. Alternativ könnte man die Verantwortungsträger einer Ebene zusammenbringen und im Anschluss den Diskurs für alle drei Akteursebenen öffnen. Spannend wäre zu beobachten, ob sich in den jeweiligen Gruppen die Lösungsansätze mit Verantwortungszuteilungen und deren Begründungen verändern. Lohnenswert wäre der Blick auf weitere Hinweise für mögliche Faktoren von Verantwortungsabwehr oder auf strukturelle Probleme (zum Beispiel in den Feldern Transparenz und/oder Kommunikation und/oder Koordinierung). Das Ziel wäre es, ein noch besseres Verständnis über mögliche „gelebte“ Diskurse von Verantwortungszuteilung zu erlangen.

Dass in den Ergebnissen dieser Studie und somit überhaupt im Rahmen des Diskurses integrativer Herausforderungen migrierter Ärzte auch Lösungsansätze ohne jene benannt worden sind, ist überraschend. Auch die Umdefinition der Problematik als möglicher Faktor einer unzureichenden Verantwortungsübernahme gibt zu bedenken, dass potenziellen Verantwortungsträger möglicherweise die Motivationsgrundlage für die Lösung integrativer Herausforderungen fehlt. Welche Denkmuster sich dahinter verbergen, gilt noch zu erforschen. Eine Welt ohne Migration ist seit Jahrhunderten nicht denkbar. Warum denken potenzielle Verantwortungsträger dies im Rahmen einer Studie, die nicht danach gefragt hat? Relevant ist dies vor allem, weil es die extremste Form der Verantwortungsabwehr darstellt.

Mit einer entsprechenden Abwehrhaltung gibt es keinen Handlungsbedarf. Dieser besteht aber ohne Zweifel: Das Gesundheitswesen braucht gut qualifiziertes und motiviertes ärztliches Personal. Insofern kommt einer guten Integration migrierten Gesundheitspersonals eine große Bedeutung zu. Die potenziellen Verantwortungsträger sollten folglich Lösungsstrategien implementieren, um die migrierten Ärzten sowohl bei der Sicherstellung und Anerkennung ihrer Qualifikationen als auch vor und nach ihrer ärztlichen Anstellung zu unterstützen. Hier besteht in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern erhöhter Handlungsbedarf. Diese Arbeit zeigt, wie unterschiedlich die Verantwortungsverteilung von den relevanten Akteuren „gedacht“ werden kann. Das Unterschiedliche zusammenzubringen und nicht in Abwehr zu verharren, sollte oberste Prämisse aller potenzieller Verantwortungsträger sein. Dabei ist es wichtig, neue Strukturen im deutschen Gesundheitswesen aufzubauen. Unsere Ergebnisse zeigen wesentliche Zuteilungen von Verantwortlichkeiten auf: Auf politischer Ebene sollten zur Sicherstellung und Anerkennung der

Qualifikationen Hindernisse abgebaut werden. Insbesondere Krankenhäuser sollten gemeinsam mit der Politik versuchen, migrierte Ärzte vor der Anstellung besser auf den Arbeitsalltag vorzubereiten. Die Krankenhäuser sollten Strukturen implementieren, die migrierte Ärzte nach der Anstellung unterstützen. Das Prinzip der Zentralisierung könnte laut den Aussagen der Teilnehmer eine Möglichkeit sein, Strukturen bundeseinheitlich einzuführen und leichter umzusetzen. Schlussendlich würden die Patienten von einer guten Verzahnung aller Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen und einer effizienten Umsetzung von Lösungsstrategien bei möglichen Herausforderungen profitieren.

Literaturverzeichnis

- Aluttis C., Bishaw T., Frank M.W.: The workforce for health in a globalized context-global shortages and international migration. *Global Health Action*. 2014;7(23611).
- Aronson E., Wilson T., Akert R.: *Sozialpsychologie. Übersetzt und bearbeitet von Dr. Reiss. 8. aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH, 2014.*
- Auhagen, A.E.: *Die Realität der Verantwortung*. Göttingen: Hoegrefe Verlag für Psychologie, 1999.
- Birrell, R.J.: Australian policy on overseas-trained doctors. *MJA*. 2004;181(11/12):635-639.
- Bortz J., Döring N.: *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4 überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006.
- Bundesamt für Justiz, 2020: Approbationsordnung für Ärzte §36. <https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html> [Zugriff am 06.06.2020].
- Bundesamt für Justiz A, 2019: Bundesärzteordnung § 2 und § 2a. <https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html> [Zugriff am 11.01.2020].
- Bundesamt für Justiz B, 2019: Bundesärzteordnung §10. <https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html> [Zugriff am 29.11.2019].
- Bundesärztekammer A, o.D.: Ärztestatistik 1996. Ausländische Ärzte. <<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-1996/auslaendische-aerzte/>> [Zugriff am 22.11.2019].
- Bundesärztekammer B, o.D.: Anerkennung von Ausbildungsnachweisen aus Drittstaaten. <<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/medizinstudium-und-aerztliche-taetigkeit-in-deutschland/drittstaaten/>> [Zugriff am 18.11.2019].
- Bundesärztekammer C, o.D.: Anerkennung von Ausbildungsnachweisen aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), Norwegen, Island, Liechtenstein oder der Schweiz. <<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/medizinstudium-und-aerztliche-taetigkeit-in-deutschland/eu-norwegen-island-liechtenstein-schweiz/>> [Zugriff am 18.11.2019].
- Bundesärztekammer, 2017: Beschlussprotokoll 120. Deutscher Ärztetag. Electronic document: <https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf> [Zugriff am 13.12.19].
- Bundesärztekammer A, 2018: Ärztestatistik 2018. Berufstätige Ärzte. <<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/berufstaetige-aerzte/>> [Zugriff am 27.10.2019].
- Bundesärztekammer B, 2018: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. <<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/>> [Zugriff am 22.11.2019].
- Bundesärztekammer C, 2018: Ärztestatistik 2018. Ausländische Ärzte. <<https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/>> [Zugriff am 27.10.2019].

- Bundesärztekammer, 2019: Beschlussprotokoll 122. Deutscher Ärztetag. Ib-64. Electronic document: <https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/122DAETBeschlussprotokoll.pdf> [Zugriff am 29.11.2019].
- Bundesministerium für Gesundheit A, 2019: Interviews. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) über die Reform der Krankenhauslandschaft, Kosten der Pflege, Altersbestimmung bei jungen Migranten und die digitale Gesundheitsakte. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/neue-westfaelische-100119.html>> [Zugriff am 29.02.2020].
- Burke L.A., Miller M.K.: Phone Interviewing as a Means of Data Collection: Lessons Learned and Practical Recommendations. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2001; 2(2) Art. 7.
- Cachia M., Millward L.: The telephone medium and semi-structured interviews: a complementary fit. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*. 2011; 6(3):265-277.
- Castles S., Korac M., Vasta E., Vertovec S., 2002: Integration: Mapping the field. Report of a Project carried out by the University of Oxford Centre for Migration and policy Research and Refugee Studies Centre contracted by the Home Office Immigration Research and Statistics Service (IRSS). Home Online Office Report 28/03. Electronic document: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjIh_--IO7pAhXGk4sKHb6_DEUQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwebarchive.nationalarchives.gov.uk%2F20110218135832%2Fhttp%3A%2Ffrds.homeoffice.gov.uk%2Ffrds%2Fpdfs%2Ffrdsolr2803.doc&usg=AOvVaw24GU6RajF2MYwFNAQvftx3> [Zugriff am 12.01.20].
- Chen PG., Curry LA., Bernheim SM., Berg D., Gozu A., Nunez-Smith M.: Professional challenges of non-U.S.-born international medical graduates and recommendations for support during residency training. *Academic Medicine*. 2011;86(11):1383–1388.
- Chin GSM., Warren N., Kornman L., Cameron P.: Transferring responsibility and accountability in maternity care: clinicians defining their boundaries of practice in relation to clinical handover. *BMJ Open*. 2012; 2(e000734).
- Curran V., Hollett A., Hann S., Bradbury C.: A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2008; 13(4):163-169.
- Deutsche Rentenversicherung, 2020: Warum Reha? <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/warum-reha_node.html> [Zugriff am 01.03.2020].
- Dresing T., Pehl T.: *Praxisbuch Interview & Transkription. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 4. Auflage. Marburg: Eigenverlag, 2012.
- Düwell M., Hüenthal C., Werner M.H.: *Handbuch Ethik*. 3. aktualisierte Auflage. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag, 2011.
- Elger K., Hackenbroch V.: Radebrechen am Krankenbett. *Der Spiegel*. 02/2012:104-108.
- European Commission, o.D.: Recognition of professional qualifications in practice. <https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition_en> [Zugriff am 18.11.2019].

- Farhan N., Wiesemann A., Wirsching M.: Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Ärzte/ Ärztinnen in Baden-Württemberg. *Georg Thieme Verlag KG Stuttgart*. 2014;76:303-305.
- Fellmer S., 2008: Germany restricted the freedom of movement for polish citizens- But does it matter? Electronic document: < https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/8f81d3e0-21f9-4ff0-8da2-a46d254ced4c/fellmer_0.pdf> [Zugriff am 05.12.2019].
- Forsyth Donelson R., Zyzniewski L., Giammanco C.A.: Responsibility Diffusion in Cooperative Collectives. *Personality and social psychology bulletin*. 2002;28(1):54-65.
- Gesundheitsministerkonferenz, 2014: 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014. Electronic document: <https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf> [Zugriff am 22.11.2019].
- Hall P., Keely E., Dojeiji S., Byszewski A., Marks M.: Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical teacher*. 2004; 26(2):120-125.
- Handgraaf M.J.J., De Dreu C.K.W., Van Dijk E., Vermunt R.C, Wilke H.A.M.: Less Power or Powerless? Egocentric Empathy Gaps and the Irony of Having Little Versus No Power in Social Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008; 95(5):1136-1149.
- Hart, H.L.A.: *Punishment and responsibility: essays in the philosophy of law*. 2 ed. Oxford: Oxford Univ. Press, 2008.
- Hawken S.: Overseas-trained doctors' evaluation of a New Zealand course in professional development. *The New Zealand Medical Journal*. 2005; 118(1219):40-46.
- Helferich C.: *Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2011.
- Hillienhoff A., Osterloh, F.: Zu wenig Zeit für die Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*. 2019; 116(14):541-542.
- Hopf C: *Forschungsethik und qualitative Forschung*. In: Flick U., v. Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 2000:589-600.
- Jansen E., Hänel P., Klingler C.: Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public Health*. 2018; 160:1-9.
- Jansen E., Schnepf T., Hänel P.: Divergierende berufliche Sozialisation von migrierten Ärzten. *Public Health Forum*. 2015; 23(2):116-118.
- Katz D., Allport F.H.: *Students` Attitudes. A Report of the Syracuse University Reaction Study*. Syracuse, New York: The Craftman Press, INC., 1931.
- Klein D., Hofmeister M., Lockyear J., Crutcher R., Fidler H.: Push, pull, and plant: the personal side of physician immigration to Alberta. *Canada Fam Med*. 2009; 41(3):197-201.
- Klein J.: *Transferring professional knowledge and skills: the case of Central and Eastern European migrant physicians in German hospitals*. Opladen: Budrich UniPress, 2016.
- Klingler C., Ismail F., Marckmann G., Kuehlmeier K.: Medical professionalism of foreign- born

- and foreign-trained physicians under close scrutiny: a qualitative study with stakeholders in Germany. *PLoS One*. 2018; 13(2):e0193010.
- Klingler C., Marckmann G.: Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative study. *Human Resources for Health*. 2016; 14(1):57.
- Kopetsch T.: The migration of doctors to and from Germany. *Journal of Public Health*. 2008; 17(1):33-39.
- Kovacheva V., Grewe M., 2015: Workplace integration of migrant health workers in Germany: qualitative findings of experiences in two Hamburg hospitals. Electronic document: <https://www.researchgate.net/profile/Vesela_Kovacheva/publication/281777205_Workplace_integration_of_migrant_health_workers_in_Germany_Qualitative_findings_on_experiences_in_two_Hamburg_hospitals/links/55f80b0008aeafc8ac093b13/Workplace-integration-of-migrant-health-workers-in-Germany-Qualitative-findings-on-experiences-in-two-Hamburg-hospitals.pdf> [Zugriff am 18.11.2019].
- Langanke M., Fischer T., Erdmann P., Kyle B. Brothers: Gesundheitliche Eigenverantwortung im Kontext Individualisierter Medizin. Heidelberg: Springer Verlag Berlin, 2013.
- Latané B., Darley J.M.: Group Inhibition of Bystander Intervention in Emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1968; 10(3):215-221.
- Latané B., Darley J.M.: *The unresponsive bystander: why doesn't he help?* New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- Lentza V., Montgomery A.J., Georganta K., Panagopoulou E.: Constructing the health care system in Greece: responsibility and powerlessness. *British Journal of Health Psychology*. 2014; 19:219-230.
- Lineberry M., Osta A., Barnes M., Tas V., Atchon K., Schwartz A.: Educational interventions for international medical graduates: a review and agenda. *Medical Education*. 2015; 49(9):863-879.
- lure/Marburger Bund Zeitung: Prüfungsämter sollen sich prüfen. Kritik an Anerkennungspraxis bei praktischen Abschnitten hält an. *Marburger Bund Zeitung*. 2019; Nr. 17/6.
- Marburger Bund:, o.D.: FAQs- Ausländische Ärzte. <<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/service/auslaendische-aerzte/foreign-physicians/faqs-auslaendische-aerzte>> [Zugriff am 18.11.2019].
- Marckmann G., Gallwitz B.: Gesundheitliche Eigenverantwortung beim Typ-2-Diabetes. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*. 2007; 53:103-116.
- Marckmann G., Synofzik M.: *Acess to Essential Medicines: Global Justice beyond Equality*. In: Homann K., Koslowski P., Luetge C. (Hrsg.): *Globalisation and Buisness Ethics*. Hampshire, Burlington: Ashgate Press, 2007, Kapitel 10:173-187.
- Martineau T., Decker K., Bundred P., 2002: Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing country health systems. Electronic document: <https://assets.aspeninstitute.org/content/uploads/files/content/images/martineau_0.pdf> [Zugriff am 20.11.2019]
- McGrath B.P.: Integration of overseas-trained doctors into the Australian medical workforce. *MJA*.

2004; 181(11/12):640-642.

McGrath P., Henderson D., Phillips E.: Integration into the Australian health care system: insights from international medical graduates. *Australian Family Physician*. 2009; 38(10):844-848.

McGrath P., Wong A., Holewa H.: Canadian and Australian Licensing Policies for International Medical Graduates: A Web-based Comparison. *Education for Health*. 2011; 24(1).

Michalski K., Farhan N., Motschall E., Vach W., Boeker M.: Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. *PloS one*. 2017; 12(7).

Miller D.: Distributing Responsibilities. *The Journal of Political Philosophy*. 2001; 9(4):453-471.

mhe/ Marburger Bund Zeitung: So funktioniert das nicht. *Marburger Bund Zeitung*. 2019; Nr.1.

OECDiLibrary, 2015: International migration outlook 2015. Electronic document: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/767acc1-en.pdf?expires=1591480237&id=id&accname=guest&checksum=9EE069A5EF171042311EAC0D87B2D04C>> [Zugriff am 07.12.19].

Ognyanova D., Busse R.: *A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors*. In: Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. (Hrsg.): *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. European Observatory on Health Systems and Policies. 2011, Part II, Chapter 8:211–241.

Ognyanova D., Young R., Maier C.B., Busse R.: *Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study*. In: Buchan J., Wismar M., Glinos I.A., Bremner J. (Hrsg.): *Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and diverse responses*. Volume II. European Observatory on Health Systems and Policies. 2014, Part III, Chapter 9:203-232.

Opendakker R.: Advantages and Disadvantages of four interview techniques in Qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2006; 7(4), Art. 11.

Pantenburg B., Kitze K., Lupp M., König H.H., Riedel-Heller S.G.: Job satisfaction of foreign-national physicians working in patient care: a cross-sectional study in Saxony, Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2016; 11(1):41.

Patton M.: *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage, 1990.

Penninx R., Garcés-Mascareñas B.: *The Concept of Integration as an Analytical Tool and as a Policy Concept*. In: Garcés-Mascareñas B., Penninx R. (Hrsg.): *Integration Processes and Policies in Europe*. 2016, IMISCOE Research Series, Kapitel 2:11-29. Electronic document: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-21674-4_2.pdf> [Zugriff am 12.01.20]

Pilotto L.S., Duncan G.F., Anderson-Wurf J.: Issues for clinicians training international medical graduates: a systematic review. *The medical journal of Australia*. 2007; 187(4):225-228.

Pippa H., Keely E., Dojeiji S., Byszewski A., Marks M.: Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical Teacher*. 2004; 26(2):120-125.

- Przyborski A., Wohlrab-Sahr M.: *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2014.
- Regierung von Oberbayern., o.D.: Berufserlaubnis- akademischer Heilberuf.
<<https://www.regierung.oberbayern.bayern.de/formulare/gesundheit/appro/08958/>> [Zugriff am 18.11.2019].
- Schmitt M., Montada L., Dalbert C., 1990: Struktur und Funktion der Verantwortlichkeitsabwehr. Electronic document:
<<https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/310/1/beri060.pdf>> [Zugriff am 02.04.2020].
- Schreier M.: *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage, 2012.
- Schumann M., Maaz A., Peters H.: Doctors on the move: a qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. *Globalization and Health BMC*. 2019; 15(2).
- Skjeggstad E., Sandal GM., Gulbrandsen P.: International medical graduates' perceptions of entering the profession in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2015; 135:1129-1132.
- Slowther A., Lewando Hundt G.A., Purkis J., Taylor R: Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: a qualitative study. *Journal of the royal society of medicine*. 2012; 105(4):157-165.
- Steinke I.: *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In: Flick U., von Kardorff E., Steinke I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2012, Kapitel 4.7:319-331.
- Stewart, M.A.: Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 1995; 152(9):1423-1433.
- Sturges J.E., Hanrahan K.J.: Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*. 2004; 4(1):107-118.
- Summers R.S.: Reviewed Work(s):: Punishment and Responsibility by H.L.A Hart. *The University of Toronto Law Journal*. 1969; 19(4):642-653.
- Tam V., Edge J.S., Hoffman S.J.: Empirically evaluating the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel's impact on four high-income countries four years after adoption. *Glob Health*. 2016; 12(1):62.
- Tong A., Sainsbury P., Craig J.: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19:349-357.
- Wichmann R.: Anerkennungsgesetz erneut im Fokus. Deutscher Ärztetag fordert drittes Staatsexamen. *Marburger Bund Zeitung*. 2019; Nr. 8.
- Wichmann R., Gehrlein S.: Anerkennungsbericht 2019, Ausländische Ärzte dringend gebraucht! Trend zu mehr Kenntnisprüfungen/ Zahlen, Daten und Fakten. *Marburger Bund Zeitung*. 2020; Nr.2.

Anhang A: Interviewleitfaden

Interview - migrierter Arzt

	Leitfragen	Checkliste	Zusatzfragen	Hilfsfragen
1. Erfahrung	Welche Erfahrungen haben Sie als immigrierter Arzt in ihrer Arbeit gemacht?	- Positive und negative Erfahrungen - Erfahrungen mit anderen Akteuren	- Gab es auch positive/negative Erfahrungen?	
2. Probleme	Welche Probleme erleben Sie in Ihrer Arbeit als immigrierter Arzt?			Können Sie mir Beispiele nennen? Falls bereits benannt, negative Erfahrung/Problem von der ersten Frage aufgreifen...Erzählen Sie mir bitte mehr darüber.
3. Umgang mit Problemen	Wie gehen Sie und Ihr Haus mit diesen Problemen um?	- derzeitige „Lösung“ wird benannt - gute und schlechte Seite des Umgangs werden beleuchtet Unterstützung z.B. durch Kollegen, Pflege, Chef, Institution; privat; öffentliche Angebote	Wünschen Sie sich Unterstützung bei der Lösung von Problemen? Wenn ja: welche? Welche Unterstützung erhalten Sie aktuell?	
4. Verantwortung	Wer sollte an der Lösung der Probleme beteiligt sein?	- Mikro- und Makroebene werden angesprochen, ansonsten: „Sie haben mir viel über das erzählt, was sich im Krankenhaus abspielt...sehen Sie auch Beteiligte außerhalb des Krankenhauses?“	Können Sie sich ideale Lösungen für der Probleme vorstellen? Wer sollte noch an der Lösung von Problemen immigrierter Ärzte beteiligt sein? Wie könnten Probleme vermieden werden? Inwiefern sollte sich XY an der Lösung beteiligen? Was bedeutet das genau? Wo sehen Sie Ihre eigene Verantwortung?	
5. Begründung	Warum sollte genau (XY) Verantwortung übernehmen?	- Erklärung des Konstruktes	Warum sehen Sie diese Aufgabe bei diesen Akteur XY?	Können Sie Ihre Meinung begründen?
6. Abschluss	Möchten Sie noch etwas sagen? Haben wir etwas Wichtiges vergessen zu erwähnen?			

Interview- nicht migrierter Arzt

	Leitfragen	Checkliste	Zusatzfragen	Hilfsfragen
1. Erfahrung	Inwiefern haben Sie sich in Ihrer Arbeit (als XY) mit immigrierten Ärzten beschäftigt?	Positive und negative Erfahrungen	- Gab es auch positive/negative Erfahrungen?	
2. Probleme	Welche Probleme erleben Sie in Ihrer Arbeit mit immigrierten Ärzten? Oder Welche Probleme mit immigrierten Ärzten wurden an Sie herangetragen?			Können Sie mir Beispiele nennen? Falls bereits benannt, negative Erfahrung/Problem von der ersten Frage aufgreifen...Erzählen Sie mir bitte mehr darüber.
3. Umgang mit Problemen	Wie gehen Sie und Ihre (Institution) mit diesen Problemen um?	- derzeitige „Lösung“ wird benannt - gute und schlechte Seite des Umgangs werden beleuchtet	Haben immigrierte Ärzte Sie schon einmal um Unterstützung gebeten? Wenn ja: Wie sind Sie damit umgegangen? Welche Unterstützung bietet ihre Institution immigrierten Ärzten bei ihrer Berufsausübung?	
4. Verantwortung	Wer sollte an der Lösung der Probleme beteiligt sein?	- Mikro- und Makroebene werden angesprochen, ansonsten: „Sie haben mir viel über das erzählt, was sich im Krankenhaus abspielt...sehen Sie auch Beteiligte außerhalb des Krankenhauses?“	Können Sie sich ideale Lösungen für die Probleme vorstellen? Wer sollte noch an der Lösung von Problemen immigrierter Ärzte beteiligt sein? Wie könnten Probleme vermieden werden? Inwiefern sollte sich XY an der Lösung beteiligen? Was bedeutet das genau? Wo sehen Sie Ihre eigene Verantwortung?	
5. Begründung	Warum sollte genau (XY) Verantwortung übernehmen?	- Erklärung des Konstruktes	Warum sehen Sie diese Aufgabe bei diesen Akteur XY?	Können Sie Ihre Meinung begründen?
6. Abschluss	Möchten Sie noch etwas sagen? Haben wir etwas Wichtiges vergessen zu erwähnen?			

Anhang B: Einwilligungserklärung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER STUDIE

„Verantwortungszuschreibung am Beispiel der Berufsausübung immigrierter Ärzte- eine qualitative Studie“

Forschungsprojekt am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Name: _____

Institution: LMU, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
der Medizin

Aufgeklärt von: _____

1. Ich wurde über Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, alle meine aufkommenden Fragen zu meiner Zufriedenheit zu klären, auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Fragen.
2. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
3. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen.
4. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von persönlichen Daten/Auskünften einverstanden. Ich habe verstanden, dass mein Name im Rahmen dieser Studie nicht genannt wird, alle Informationen nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden und ich bin daher einverstanden, dass Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.
5. Eine Kopie der Information und der Einwilligung wurde mir ausgehändigt.

Teilnehmer: Die oben genannten Punkte sind erfüllt und ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten einverstanden.

ÿ Ich bin nicht damit einverstanden, dass das Transkript des Interviews zum Zweck der sachgemäßen Auswertung in einer Gruppe von Wissenschaftlern besprochen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Interviewer: Ich habe den Teilnehmer umfassend über die Studie sowie die Verwendung seiner Daten aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Interviewer

Anhang C: Teilnehmerinformation

INFORMATION FÜR TEILNEHMER

„Verantwortungszuschreibung am Beispiel der Berufsausübung immigrierter Ärzte- eine qualitative Studie“

Dipl.-Psych. Katja Kühlmeyer Tel. 089 / 2180-72790

Fatiha Lamri

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München beschäftigen wir uns mit dem Thema Ärztemangel und Lösungsmöglichkeiten für Probleme, die dadurch entstehen. Ärztemangel führt dazu, dass Bewerber aus dem Ausland in deutschen Krankenhäusern beschäftigt werden. Immigrierte Ärzte sind bei ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Oft erfahren Sie dabei Unterstützung, doch es ist wenig darüber bekannt in welcher Form Ihnen Angebote gemacht werden und welche Verantwortung dabei unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen zukommen sollte. Um mehr über die Unterstützungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten in diesem Bereich zu erfahren, führen wir eine qualitative explorative Studie durch.

Zu diesem Zweck möchten wir ein Telefoninterview mit Ihnen führen. Das Interview dauert ca. 30 Minuten und wird aufgezeichnet. Eine Aufzeichnung ist notwendig um Ihnen aufmerksam zuhören zu können und Ihre Aussagen nicht zu verfälschen. Das Interview wird anschließend verschriftlicht und die Interviewtranskripte werden anonym erstellt.

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zurückziehen oder einzelne Fragen nicht beantworten. Bei dieser Studie werden die **Vorschriften des Datenschutzes eingehalten.** Die Daten werden anonym erhoben.

Falls Sie Fragen oder Bedenken haben, zögern Sie nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Wir danken Ihnen bereits jetzt für Ihr Interesse und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Katja Kühlmeyer

Fatiha Lamri

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Doktorandin

Anhang D: Auswertung

Spalte I: Welche Probleme werden benannt?

Ärztmangel

- zu wenig deutsche Absolventen
- fehlende Strategie zur Lösung des Ärztemangels ohne Einbeziehung von migrierten Ärzten
- fehlende Strategie zur Rekrutierung und Einarbeitung von qualifizierten Ärzten aus dem Ausland (auch durch z.B. komplizierte Einreisebedingungen)
- Abhängigkeit von sprachlich und/oder fachlich weniger qualifizierten Ärzten aus dem Ausland (aufgrund geringer Attraktivität verschiedener Standorte und Krankenhäuser für deutsche Absolventen)
- die Öffentlichkeit ist zu der Thematik schlecht oder falsch informiert

Anforderungen an die Integration unzureichend

Sprachliche Integration

- Defizite in der mündlichen und schriftlichen Verständigung: Fachsprache (medizinische Terminologie), Konversation (Umgangssprache und Dialekt)

Kulturelle Integration

- Unterschiedliche ethische und moralische Vorstellungen (z.B. Status von Ärzten und Frauen)
- Unterschiedliche Auffassung von adäquater Weiterbildung im Krankenhaus
- Unterschiede in der Arbeitsweise und Arbeitseinstellung

Integration auf privater Ebene

Fachliche Integration

- Fachliche Wissenslücken (generell oder in einzelnen Bereichen)
- Unzureichende Lehre in den Krankenhäusern in der Weiterbildungszeit

Organisatorische Integration

- Fehlendes Wissen über Gesundheitssystem und Arbeitsabläufe in Deutschland

Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen

Sicherstellung der Qualifikation schwierig

- Vergleich der Sprachzertifikate ist schwierig; bundesweite Unterschiede bei der Fachsprachenprüfung
- Vergleich der fachlichen Ausbildung ist schwierig

Prozesse zur Anerkennung der Qualifikationen inadäquat geregelt

- Berufserlaubnis: verwirrende Verfahrensweise für den migrierten Arzt und Arbeitgeber (Arbeitsplatz für Berufserlaubnis, Berufserlaubnis für Arbeitsplatz)
- Berufsqualifikation/Approbation: undurchsichtiges Verfahren; individuell und bundesweit unterschiedlich (bei Drittstaaten)
- Approbation: Anerkennung ist ein kompliziertes und langwieriges Verfahren

Spalte II: Wer soll handeln?

I) migrierter Arzt

II) Krankenhaus

1. Das Krankenhauspersonal

- a) ärztliche Kollegen (deutsch oder mit demselben kulturellen Hintergrund): insbesondere Fachärzte, Oberärzte
- b) Pflegepersonal
- c) konkrete Ansprechpartner: Tutor, Assistenzarztbetreuer, Migrationsbeauftragter, Personaloberarzt
- d) Beschwerdemanagement-Beauftragter

2. Die Krankenhausleitung

- a) auf Krankenhausebene: Pflegeleiter, Chefärzte, Personalleitung, ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor
- b) auf Konzernebene: Konzernleitung, Personalleitung auf Konzernebene

III) Makro-Institutionen:

1. Gesetzgeber und Behörden / „die Politik“

- a) Gesetzgeber (die Legislative)
 - auf Landesebene: die Landesregierungen
 - auf Bundesebene: die Bundesregierung, Ministerien (z.B. BMG)
- b) Behörden (die Exekutive)
 - auf Landesebene: die Landesgesundheitsbehörden
 - auf Bundesebene: (z.B. BAMF)

2. Ärztekammern

- a) Bundesärztekammer
- b) Landesärztekammer

3. Standesvertretungen

4. Versicherungsträger

- a) gesetzliche Krankenkassen
- b) private Krankenkassen
- c) Unfallversicherung
- d) Sozialversicherung

5. Kassenärztliche Vereinigung

6. Medien

Spalte III: Was soll getan werden?

Lösungsvorschläge für das Problem des Ärztemangels

Ebene Krankenhaus (II)

- Krankenhausleitung (2) soll Arbeitsbedingungen verbessern: höherer Personalschlüssel, bessere Bezahlung, Weiterbildungsangebote, Erleichterung der Arbeitsabläufe
- Krankenhausleitung (2) soll für die Suche nach geeigneten Mitarbeitern ihr berufliches Netzwerk nutzen
- Krankenhausleitung (2) soll Strategien zur Rekrutierung von Ärzten aus dem Ausland entwickeln

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Wissenschaftsministerium (1) soll die Anzahl der Studienplätze erhöhen bzw. die Zugangsvoraussetzungen verändern (Abschaffung des Numerus clausus, Zulassung von privaten Ausbildungsanbietern)
- Politik (1) soll sich den Ärztemangel als Problem eingestehen und darauf reagieren
- Politik (1) soll unattraktive Krankenhäuser finanziell fördern
- Medien (6) sollen Informationsauftrag nachkommen und für Ärztemangel sensibilisieren

Lösungsvorschläge für die Sicherstellung und Anerkennung von Qualifikationen

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Politik (1) soll die Qualifikation der migrierten Ärzte sicherstellen:
 - sprachlich: Kontrolle von Sprachzertifikaten (bessere Vergleichbarkeit), bundesweit einheitliche Festlegung des geforderten Sprachniveaus, (obligate) bundesweit einheitliche qualitätsgesicherte Fachsprachenprüfung
 - fachlich: Sicherstellen einer Vergleichbarkeit der Qualifikationen durch eine zentrale Gutachterstelle (ggf. durch Staatsvertrag, Durchführung: Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen), obligate Wiederholung des deutschen Staatsexamens
- Politik (1) soll die Anerkennung der Qualifikationen vereinfachen: Problem der örtlichen Zuständigkeit aufheben, einheitliches Informationsportal, weniger Bürokratie und mehr Transparenz, kürzere Antwortzeiten durch schnellere Verfahren, Zentralisierung des Anerkennungsverfahrens oder einheitliches (Prüf-)verfahren in allen Bundesländern
- Politik (1) soll die Einreisebedingungen für migrierte Ärzte aus Drittstaaten vereinfachen
- Landesbehörden (1) sollen Kurse für die Prüfverfahren der migrierten Ärzte für die Anerkennung der Approbation einrichten und hierfür ggf. bei entsprechenden Ministerien Gelder abrufen
- die Ärztekammern (2) sollen für eine Vereinfachung und Sicherstellung der Qualifikationen bei der Anerkennung der Approbation auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten
- die Landesärztekammern (2) sollen die Fachsprachenprüfung durchführen und im Rahmen der Fortbildungsakademie Themenschwerpunkte für migrierte Ärzte anbieten (neue Kammeraufgabe)
- die Landesvertretungen (3) sollen nach politischen Lösungen bezüglich der Probleme bei der Anerkennung der Qualifikationen suchen und diese ggf. bei der Politik einfordern

Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes vor der Anstellung

Ebene migrierter Arzt (I)

- migrierter Arzt soll (möglichst schon vor seiner Migration) die deutsche Sprache können
- migrierter Arzt soll sich kultureller Unterschiede bewusst sein
- migrierter Arzt soll fachlich kompetent sein (möglichst schon vor seiner Migration die Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen haben)
- migrierter Arzt soll seine beruflichen Kompetenzen reflektieren

Ebene Krankenhaus (II)

- Krankenhausleitung (2) soll angeworbene Ärzte bereits im Ausland schulen, im Inland auf die Stelle vorbereiten
- Krankenhausleitung (2) soll einheitliches Anforderungsprofil für migrierte Ärzte festlegen und vor Einstellung kontrollieren

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Politik (1) soll berufsspezifische Deutschkurse (auch für Dialekte) organisieren und finanzieren/fördern (ggf. unter Zuhilfenahme der Lehrstühle für Deutsch als Fremdsprache)
- Politik (1) soll „Ethikschulungen“ organisieren, in denen die migrierten Ärzte für kulturelle (Wert-) Unterschiede sensibilisiert werden
 - Politik (1) soll eine obligate standardisierte Vorbereitung durch eine zentrale Institution („Modellkrankenhaus“) organisieren (sprachlich, fachlich, kulturell)

Lösungsvorschläge für die bessere Integration des migrierten Arztes nach der Anstellung

(falls Sicherstellung der relevanten Fähigkeiten aufgrund von Ärztemangel bei Einstellung nicht möglich ist)

Ebene migrierter Arzt (I)

- migrierter Arzt soll immer den Willen haben, sich weiterzubilden, um alle relevanten Fähigkeiten zu erwerben
- migrierter Arzt soll sich autodidaktisch oder durch den Besuch eines Kurses eigenständig weiterbilden (auch nach der Arbeit, auch über die gesetzlich geforderten Grundvoraussetzungen hinaus)
- migrierter Arzt soll an den angebotenen Kursen teilnehmen
- migrierter Arzt soll Probleme seiner unmittelbaren Umgebung kommunizieren (in der Arbeit oder im Privaten) und ggf. um Unterstützung bitten
- migrierter Arzt soll seine Arbeit vollständig und gewissenhaft durchführen
- migrierter Arzt soll sich an die Richtlinien des ärztlichen Handelns halten – auch wenn sie mit persönlichen moralischen/ kulturellen Vorstellungen konfliktieren
- migrierter Arzt soll sich an die (deutsche) Kultur und das vorhandene System anpassen
- migrierter Arzt soll sich bei fehlender Weiterbildung eine neue Arbeitsstelle suchen
- migrierter Arzt soll empathisch sein
- migrierter Arzt soll offen auf das Team zugehen und sich anpassen

Ebene Krankenhaus (II)

- Krankenhausleitung (2) soll Defizite adressieren: Organisation von Schulungen/Lehre (in oder außerhalb des Krankenhauses/ während oder nach der Arbeit/ individuell oder in Kooperation mit Schulen), Korrektur und Feedback ggf. Aufklärungsarbeit (im direkten Gespräch mit allen Beteiligten)
- Krankenhausleitung (2) soll eine solide Einarbeitung ermöglichen ggf. durch Finanzierung von mehr Personal
- Krankenhausleitung (2) soll „Führungskultur“ leben: offene Evaluation,

Teambesprechungen, gemeinsame Unternehmungen, gemeinsame Werte und Ziele festlegen, integrative Angebote (beruflich wie privat)

- Krankenhausleitung (2) soll dem migrierten Arzt einen konkreten Ansprechpartner bereitstellen
- Krankenhausleitung (2) soll bei schwerwiegenden/unlösbaren Problemen und Fahrlässigkeit sofort intervenieren und den migrierten Arzt entlassen
- die Chefärzte (2) sollen die Weiterbildung als Weiterbildungsbefugte fördern
- Krankenhauspersonal und -leitung (1, 2) sollen bei Bemerkungen von Defiziten diese direkt ansprechen und versuchen, diese nachhaltig zu beseitigen ggf. auch durch Delegation von Aufgaben an andere Mitarbeiter (ohne Wertung der Defizite, ohne Emotionalisierung)
- Krankenhauspersonal und -leitung (1, 2) sollen sich der (Belastungs-) Situation der migrierten Ärzte bewusst sein und dafür Verständnis zeigen
- Oberärzte und Fachärzte (1) sollen als Ansprechpartner für Assistenzärzte da sein
- das Krankenhauspersonal (1) soll sich bei unüberwindbaren Verständigungsproblemen an den Vorgesetzten wenden
- das Krankenhauspersonal (1) soll sich bei Diskriminierungen wehren und offensiv handeln

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Behörde (unbestimmt) (1) soll den Chefarzt bei der Durchführung der Weiterbildung kontrollieren und ggf. bestrafen
- die Landesärztekammer (2) soll die Weiterbildungsordnung sowie deren Einhaltung und die Weiterbildungsbefugten festlegen und kontrollieren

Spalte IV: Aufgrund von welchen Maximen soll genau dieser Mensch handeln?

Verantwortung ergibt sich aus juristischer Zuständigkeit und/oder aus der gesellschaftlich impliziten Rollenzuschreibung

Ebene migrierter Arzt (I)

- Verantwortung des migrierten Arztes, die gesetzlich vorgeschriebenen Sprachkurse zu absolvieren
- Verantwortung des migrierten Arztes, im Krankenhaus Hilfe zu leisten aufgrund seiner Rolle als Arzt
- Verantwortung des migrierten Arztes vor dem Berufsrecht, nach Erhalt der Approbation ärztlich tätig zu sein

Ebene Krankenhaus (II)

- Verantwortung der Chefärzte (2) aufgrund ihres Lehrauftrags/ihrer Rolle als Weiterbildungsbefugte, die Weiterbildung angemessen zu organisieren
- Verantwortung der Krankenhausleitung und des -personals (1, 2) aufgrund der Rolle als Vorgesetzte bei festgelegten Hierarchiestufen/Funktionen (Konzept der Arbeitsaufteilung) im Krankenhaus ggf. durch die damit einhergehenden Machtpositionen den migrierten Arzt zu unterstützen
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2) aufgrund der Rolle als Arbeitgeber für Sicherheit im Betrieb und effiziente Arbeitsabläufe zu sorgen
- Fürsorgepflicht der Krankenhausleitung (2) gegenüber ihren Mitarbeitern, durch die Rolle als Arbeitgeber für gutes Arbeitsklima zu sorgen
- Fürsorgepflicht der Krankenhausleitung (2) gegenüber den Patienten, durch die Rolle als Arbeitgeber eine angemessene Patientenversorgung sicherzustellen
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2) durch die Gesetzgebung, als Arbeitgeber bei Schaden zu haften (Haftung der Einrichtung, auch wenn Einzelperson Schuld ist)
- Verantwortung des Krankenhauspersonals (1) juristisch vor dem Berufsrecht und in der Rolle als Kollegen/Vorgesetzte mit dem migrierten Arzt zusammenzuarbeiten (dazu gehört auch Unterstützung bei Überwindung von Herausforderungen)

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Verantwortung der Politik (1) aufgrund der juristischen Daseinsfürsorgepflicht des Staates gegenüber allen Bürgern: Verantwortung für eine adäquate und flächendeckend gerecht verteilte Patientenversorgung in ganz Deutschland (Grundgesetz)
- Verantwortung der Politik (1) aufgrund der juristischen Daseinsfürsorgepflicht, die Bürger vor Diskriminierung zu schützen (Schutzfunktion; GG)
- BMG trägt die Verantwortung (1), die Gesundheitsberufe gesetzlich zu regulieren (ggf. auch erweitert durch eine Verordnungsermächtigung)
- das Wissenschaftsministerium (1) ist durch den zugewiesenen Aufgabenbereich für die Anzahl der Studienplätze zuständig
- Landesgesundheitsbehörde (1) hat die gesetzlich zugewiesene Aufgabe, die Anerkennung der Approbation durchzuführen
- Verantwortung der Ärztekammer (2) durch juristische Zuständigkeit für die Weiterbildung: Erwerb und Kontrolle von Qualifikationen während/nach der Weiterbildung sowie für das Berufsrecht (ureigene Kammeraufgabe)
- Verantwortung der Ärztekammer (2), einen Beitrag für die Zukunftssicherung einer guten

Gesundheitsversorgung zu leisten und diese sicherzustellen; ergibt sich aus dem Selbstverständnis der Ärztekammer

- Verantwortung des Standesvertretungen (3) für Dienstleistungen (politische Forderungen, Information, Beratung), resultiert aus einer (potenziellen) Mitgliedschaft (Kaufvertrag) betroffener Ärzte
- Verantwortung der Ärztekammer und Versicherungsträger (2, 4) durch ihre Rolle als Entscheidungsträger („Player“) und „Finanzierer“ im Gesundheitssystem, das System gut und effizient zu gestalten
- Verantwortung der Medien (6) durch ihre Rolle, wahrheitsgemäß über den Ärztemangel zu informieren

Verantwortung ergibt sich aus der Schuld am Ärztemangel

Ebene der Makro-Institutionen (III)

- Verantwortung der Politik (1) aufgrund ihrer Schuld für politische Missstände, den ärztlichen Fachkräftemangel verursacht zu haben

Verantwortung ergibt sich aus (wirtschaftlichem) Eigeninteresse

Ebene migrierter Arzt (I)

- Verantwortung des migrierten Arztes vor sich selbst, alle relevanten Fähigkeiten zu erwerben, um seine Karriere bestmöglich voranzubringen
- Verantwortung des migrierten Arztes für sein eigenes Wohlbefinden, zu einem positiven Arbeitsklima beizutragen

Ebene Krankenhaus (II)

- Verantwortung der Krankenhausleitung (2) aufgrund der wirtschaftlichen Abhängigkeit als Arbeitgeber die ärztlichen Stellen besetzt zu haben
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2), die Ausbildung der migrierten Ärzte mitzufinanzieren, da Profit von qualifizierten Arbeitnehmern abhängt
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2) eine gute Versorgung zu gewährleisten, da die Patienten die Geldeinnahmequelle sind und sonst fernbleiben

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Verantwortung der Politik (1) ergibt sich aus Eigeninteresse am Gewinnen von qualifiziertem ärztlichem Fachpersonal für eine stabile Gesundheitsversorgung
- Verantwortung der Versicherungsträger (4) für die Mitfinanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen der migrierten Ärzte, um deren Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, da so unnötige Kosten durch Missverständnisse vermieden werden können
- Verantwortung der KV (5) für die Mitfinanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen der migrierten Ärzte, da sie von möglichen späteren Niederlassungen profitieren

Verantwortung ergibt sich aus Macht oder Fähigkeit/Vermögen

Ebene Krankenhaus (II)

- Verantwortung aller am Arbeitsablauf beteiligten Personen (1, 2): Arbeit als lokaler Prozess: beste Handlungsfähigkeit bei Problemen durch Nähe am Geschehen
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2), einen offiziellen Ansprechpartner für migrierte Ärzte bereitzustellen, da als Arbeitgeber einziger Akteur mit notwendigen Ressourcen,/Entscheidungsmacht, um dies vor Ort zu leisten

- Verantwortung der Krankenhausleitung (2), gutes Personal anzuwerben, da letzte Instanz zur Prüfung der Eignung des migrierten Arztes
- Verantwortung der Krankenhausleitung (2), Schreibhilfen zur Unterstützung der migrierten Ärzte bereitzustellen, da als Arbeitgeber einziger Akteur mit notwendigen Ressourcen/Entscheidungsmacht, um dies vor Ort zu leisten

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Verantwortung der Politik (1), die Rahmenbedingungen zur Einstellung migrierter Ärzte entscheidend mitzugestalten und durch gute Vorbereitungsmaßnahmen für den Arbeitgeber zu vereinfachen, da als Gesetzgeber einziger Akteur mit notwendigem Handlungsspielraum, um dies zu leisten
- Verantwortung der Politik (1), Krankenhäusern mit geringen finanziellen Mitteln die Ressourcen für Qualifizierungsmaßnahmen von migrierten Ärzten bereitzustellen, da dieser dies nicht alleine leisten kann

Verantwortung ergibt sich aus weiteren moralischen Prinzipien

Ebene migrierter Arzt (I)

- Verantwortung des migrierten Arztes als Neuankömmling, sich an das Team anzupassen
- Verantwortung des migrierten Arztes vor sich selbst, seine Arbeit gut zu machen und sich stets weiterzubilden
- Verantwortung des migrierten Arztes durch die Arbeit am Menschen eine gute Versorgung zu gewährleisten
- Verantwortung des migrierten Arztes aufgrund des Prinzips der Kollegialität, die Kollegen nicht durch eigene Defizite in der Arbeit zu belasten

Ebene Krankenhaus (II)

- Verantwortung des Krankenhauspersonals (1), den migrierten Arzt zu unterstützen aufgrund des Prinzips der Kollegialität („Peerteaching“) in der Ärzteschaft
- Verantwortung des Krankenhauspersonals (1), als Kollegen gut zusammenzuarbeiten aufgrund des Prinzips das Wohl des Patienten zu schützen (ethische Codices des Weltärztebundes, Deklaration von Helsinki)

Weitere Gründe für Verantwortung

Ebene Makro-Institutionen (III)

- Verantwortung der Politik (1), bei einer gezwungenen Migration den migrierten Arzt bei dem Erwerb aller relevanten Fähigkeiten für seine Arbeit zu unterstützen

Weitere Modelle von Verantwortungszuteilung

Das Modell der absoluten Eigenverantwortung

- Verantwortung des migrierten Arztes (Ebene I), alle relevanten Fähigkeiten zu erwerben aufgrund seiner freiwilligen Migrationsentscheidung

Das Modell der Tandem-Verantwortung

- Verantwortung des migrierten Arztes und der Krankenhausleitung (Ebene I und II): Arbeit als kooperativer Prozess; das Prinzip der geteilten Verantwortung: Arbeitgeber - Arbeitnehmer

Das Modell der Teilverantwortungsträger

Das Modell der „Entscheidungsträger“-Verantwortung (Organisierte Ärzteschaft, Versicherungsträger, Politik)

Das Modell der „Gesamtverantwortung“ (z.B. Ärzteschaft, Versicherungsträger,

Krankenhausgesellschaften, Ausländerbehörden, Anerkennungsbehörden, Fachgesellschaften)

Das Modell der verhandelten/ausgehandelten Verantwortung: im

„Leuchtturmprojekt“ (Konzernleitung, Klinikleitung, Ärzteschaft, Rekrutierungsagenturen, Politik)

- Verantwortung der Klinik-/ Konzernleitung (II, 2) durch die historisch bedingte Verteilung von Verantwortlichkeiten das Unternehmen gut zu führen (bisweilen sind die Zuständigkeiten durch die historische Entwicklung zwischen Kliniken und Privatkonzern dezentral verteilt)
- Verantwortung der im Konzern angebotenen Klinikleitungen (II, 2) aufgrund des eigenen Wunsches nach autonomer Verwaltung

Das Modell der Verantwortungsübernahme durch „strategische Allianzen“ (Pilotprojekt: externe Fortbildungsanbieter, Rekrutierungsagenturen, Landesärztekammer, Politik)

- Verantwortung der Politik (III, 1) durch den zugewiesenen Aufgabenbereich für die *Sicherung der Rentenversorgung durch Erhöhung der gesunden Arbeitnehmer (inbegriffen Patienten) zu sorgen*



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Promotionsbüro
Medizinische Fakultät



Eidesstattliche Versicherung

Ismail, Fatiha

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der beruflichen Integration migrierter Ärzte in Deutschland

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.

Hamburg, 31.10.2022

Ort, Datum

Fatiha Ismail

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand

Publikationsliste

Klingler C., Ismail F., Marckmann G., Kuehlmeier K.: Medical professionalism of foreign- born and foreign-trained physicians under close scrutiny: a qualitative study with stakeholders in Germany. *PloS One*. 2018; 13(2):e0193010.