

Kurzstudie

Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Her- kunftsländern

Auftraggeber

Bundesministerium für
Gesundheit

Ansprechpartnerin

Lisa Krämer

Mitarbeiterinnen

Sabrina Schmutz
Gwendolyn Huschik

München/Freiburg,
19.11.2015
123 - 4567

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen entwickeln wir praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber sowie internationale Organisationen.

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG
Henric Petri-Str. 9
4010 Basel | Schweiz
Telefon +41 61 3273-310
Telefax +41 61 3273-300

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen | Deutschland
Telefon +49 421 517046-510
Telefax +49 421 517046-528

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
40213 Düsseldorf | Deutschland
Telefon +49 211 91316-110
Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München | Deutschland
Telefon +49 89 9541586-710
Telefax +49 89 9541586-719

Internet

info@prognos.com
www.prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Telefon +49 30 520059-210
Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG
Science 14 Atrium; Rue de la Science 14b
1040 Brüssel | Belgien
Telefon +32 2808-7209
Telefax +32 2808-8464

Prognos AG
Schnewlinstr. 6
79098 Freiburg | Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Telefax +49 761 7661164-820

Prognos AG
Rotebühlplatz 9
70178 Stuttgart | Deutschland
Telefon +49 711 3209-610
Telefax +49 711 3209-609

Inhalt

1	Management Summary	1
2	Einleitung	3
3	Überblick in Zahlen	3
	3.1 Ausländische Ärztinnen und Ärzte	3
	3.1.1 Allgemeine Entwicklung	3
	3.1.2 Tätigkeitsbereiche	4
	3.1.3 Herkunftsregionen und -länder	5
	3.2 Ausländisches nicht-ärztliches Personal	8
	3.2.1 Tätigkeitsbereiche	9
	3.2.2 Herkunftsregionen und -länder	10
4	Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration	12
	4.1 Anerkennung ausländischer Qualifikationen	13
	4.1.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation	13
	4.1.2 Schwierigkeiten und Hürden	13
	4.2 Erwerb und Anwendung der deutschen Sprache	14
	4.2.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation	14
	4.2.2 Schwierigkeiten und Hürden	16
	4.3 Kulturelle Integration	17
	4.3.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation	17
	4.3.2 Schwierigkeiten und Hürden	17
	4.4 Schwierigkeiten und Hürden im Überblick	18
5	Bedeutung ausländischer Beschäftigter für das deutsche Gesundheitssystem	20
	5.1 Fachkräftelücke	20
	5.2 Kulturelle Kongruenz	21
6	Fazit	23
7	Literaturverzeichnis	25

1 Management Summary

Die im Rahmen der vorliegenden Kurzstudie vorgenommenen Auswertungen der Statistiken zu den ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen machen deutlich, dass diese eine bedeutende Rolle für das deutsche Gesundheitssystem spielen. Die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen und ihr Anteil an allen Ärztinnen und Ärzten hat sich von 3,6 Prozent im Jahr 1991 auf 8,2 Prozent im Jahr 2014 erhöht. Der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen lag 2014 mit 14 Prozent noch deutlich über dem Anteil der ausländischen Ärztinnen und Ärzte.

Der Blick auf die Herkunftsländer zeigt, dass die Mehrheit der ausländischen Beschäftigten aus dem europäischen Ausland kommt. Bei den Ärztinnen und Ärzten stammen 73 Prozent aller Ausländer aus Europa und dort vor allem aus süd- und osteuropäischen EU-Staaten. Die Liste der 20 wichtigsten Herkunftsländer wird von Rumänien, Griechenland und Österreich angeführt. Unter den asiatischen Staaten ist eine starke Konzentration auf drei Nationen festzustellen: Syrien, Iran und Jordanien. Unter den 20 wichtigsten Herkunftsländern belegen Syrien und Iran bereits die Ränge 6 und 9. Von dem nicht-ärztlichen Personal stammen 71 Prozent aus Europa und rund 40 Prozent aus EU-Staaten. Die wichtigsten Herkunftsländer stellen dort Polen, die Türkei und Russland dar. Auch hier sind unter den bedeutendsten Herkunftsländern süd- und osteuropäische Staaten besonders stark vertreten. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten sind unter den asiatischen Herkunftsländern, aus denen die meisten nicht-ärztlichen Beschäftigten nach Deutschland kommen (Kasachstan, Thailand und Iran), keine arabischsprachigen Nationen vertreten.

Die Untersuchung der Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration ausländischer Beschäftigter im Gesundheitswesen auf Basis einer Literaturrecherche identifiziert drei Problemfelder, worunter die Sprache als besonders zentral herausgestellt werden kann. Grund hierfür ist, dass die Sprache auch in die andere Problemfelder hineinwirkt und sowohl bei der Anerkennung ausländischer Qualifikationen als auch beim Umgang mit kulturellen Unterschieden eine wichtige Rolle spielt. Darüber hinaus entscheidet in medizinischen Berufen die Fähigkeit, sich adäquat auszudrücken und Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten richtig zu verstehen, im Notfall über Leben und Tod. Um das Potenzial von Sprache als zentralen Integrationsfaktor auszuschöpfen, sollte demnach verstärkt darauf geachtet werden, dass Sprachkurse auch berufsspezifische Deutschkenntnisse fördern. Damit soll dazu beigetragen werden, dass die vollumfängliche fachliche Leistungsfähigkeit ausländischen Personals auch nutzbar gemacht wird.

Neben der Sprache stellt die Anerkennung ausländischer Qualifikationen ein weiteres Problemfeld bei der Integration ausländischer Beschäftigter im Gesundheitswesen dar. Während für EU-Staatsbürgerinnen und -Staatsbürger bereits viele Prozesse unproblematisch ablaufen, geht die Anerkennung ausländischer Qualifikationen für alle nicht EU-Staatsbürgerinnen und -Staatsbürger sowohl mit einer hohen Rechtsunsicherheit für die Antragstellenden als auch mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand einher. Eine Umsetzung transparenter und effizienter Anerkennungsverfahren für Inhaberinnen und Inhaber von Qualifikationen aus Nicht-EU-Staaten erscheint besonders dringlich.

Darüber hinaus stellt der Umgang mit kulturellen Unterschieden einen Problemfaktor dar. In diesem Kontext können Defizite hinsichtlich der Kenntnisse sowohl des deutschen Gesundheitssystems als auch von berufsspezifischen Verhaltensnormen identifiziert werden.

An dieser Stelle fehlt es neben konkreten Schulungsangeboten auch an der Definition von Zuständigkeiten.

Die Überwindung der identifizierten Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration stellt insbesondere vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklung des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen eine wichtige Aufgabe dar. Die Darstellung der Fachkräftelücke differenziert nach Tätigkeitsfeldern zeigt, dass der Arbeitsmarkt des deutschen Gesundheitswesens in Zukunft eine deutliche Nachfragesteigerung bei gleichzeitigem Rückgang des Arbeitsangebots erfahren wird. Zukünftig gilt es neben anderen Maßnahmen, die beispielsweise die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung fördern oder Beschäftigungschancen verbessern, auch Zuwanderung gezielt zu gestalten und bei der beruflichen Integration die genannten Schwierigkeiten und Hürden abzubauen.

Die erfolgreiche Integration ausländischer Beschäftigter bietet neben der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung generell zudem besondere Chancen in der Versorgung ausländischer Patientinnen und Patienten. Die vorliegende Kurzstudie kann ein hohes Maß an Übereinstimmung bei den Herkunftsländern ausländischer Beschäftigter im Gesundheitswesen und der Gesamtbevölkerung feststellen. Diese kulturelle Kongruenz macht ausländische Beschäftigte zu einer wichtigen Schnittstelle zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und ausländischen Patientinnen und Patienten. Sie können dazu beitragen eine gute gesundheitliche Versorgung für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Herkunft sicherzustellen.

2 Einleitung

Ziel der vorliegenden Kurzstudie ist es, die Rolle der ausländischen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen darzustellen und die Vielfalt der Herkunftsländer herauszuarbeiten. Darüber hinaus soll auf Probleme hingewiesen werden, die bei der Integration ausländischer Beschäftigter in das deutsche System bestehen (z. B. Anerkennung ausländischer Abschlüsse, Approbation, Sprachkenntnisse). Schließlich soll dargestellt werden, welche Bedeutung ausländische Beschäftigte für das deutsche Gesundheitssystem (insgesamt und in seinen Teilbereichen) haben.

Im ersten Schritt wird die Ärztestatistik der Bundesärztekammer ausgewertet, um die ausländischen Ärzte in Deutschland zu erfassen und nach Herkunftsländern aufzubereiten. Zur Erfassung des weiteren ausländischen medizinischen Personals werden Zahlen des Mikrozensus verwendet. Soweit aufgrund begrenzter Fallzahlen möglich, werden diese ebenfalls nach Herkunftsländern ausgewiesen.

Im nächsten Schritt werden die Schwierigkeiten für diese Personengruppen, sich in das deutsche Gesundheitssystem zu integrieren, erörtert. Hierbei wird sich auf die Auswertung einschlägiger Literatur gestützt.

Um abschließend die Bedeutung der ausländischen Beschäftigten für das deutsche Gesundheitswesen zu analysieren, wird in zwei Schritten vorgegangen. Zum einen wird die Fachkräftelücke, die heute und in den kommenden Jahren im Gesundheitsbereich in Deutschland besteht bzw. sich erwarten lässt, dargestellt. Daneben wird in qualitativer Argumentation herausgestellt, inwieweit ausländische Fachkräfte in einigen Bereichen des Gesundheitswesens von besonderer Bedeutung sind.

3 Überblick in Zahlen

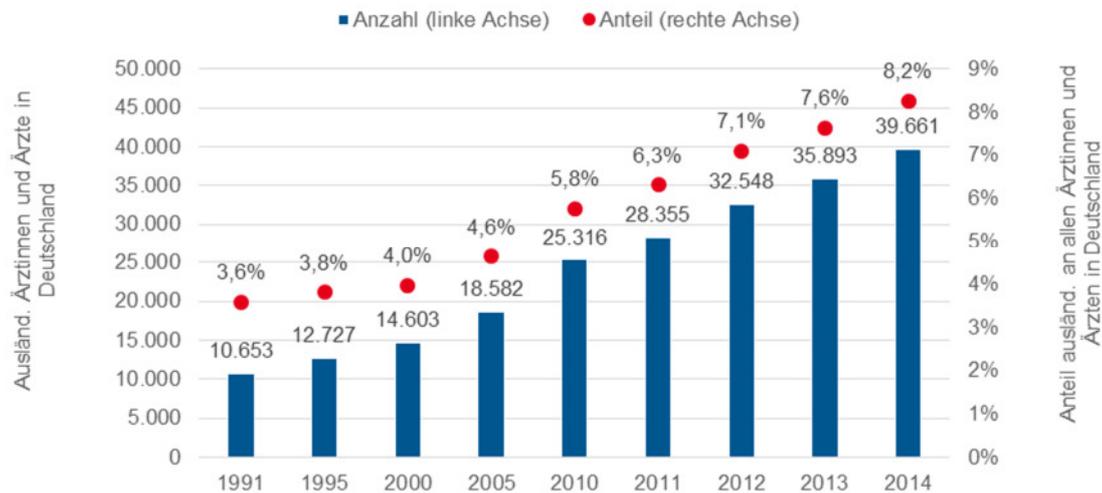
3.1 Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer liefert umfangreiche Daten zu den Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Im Folgenden werden die für die Jahre 1991 bis 2014 vorliegenden Daten zu der Anzahl, den Tätigkeitsbereichen und der Herkunft ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ausgewertet. Als ausländische Ärztin bzw. ausländischer Arzt gelten dabei all jene, die ausschließlich über eine ausländische Staatsbürgerschaft verfügen.

3.1.1 Allgemeine Entwicklung

Die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist seit Beginn der 1990er Jahre deutlich gestiegen. Waren im Jahr 1991 noch 10.653 ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland tätig, so waren es im Jahr 2014 mit 39.661 Ärztinnen und Ärzten beinahe vier Mal so viele. Auch ihr Anteil an der Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich in diesem Zeitraum deutlich erhöht – von 3,6 Prozent im Jahr 1991 auf 8,2 Prozent im Jahr 2014. Die betrachtete Gruppe hat im Beobachtungszeitraum folglich sowohl zahlenmäßig als auch verhältnismäßig an Bedeutung für den deutschen Gesundheitssektor gewonnen.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland absolut (linke Achse) und relativ zur Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (in Prozent, rechte Achse) (1991 bis 2014)



Quelle: Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik

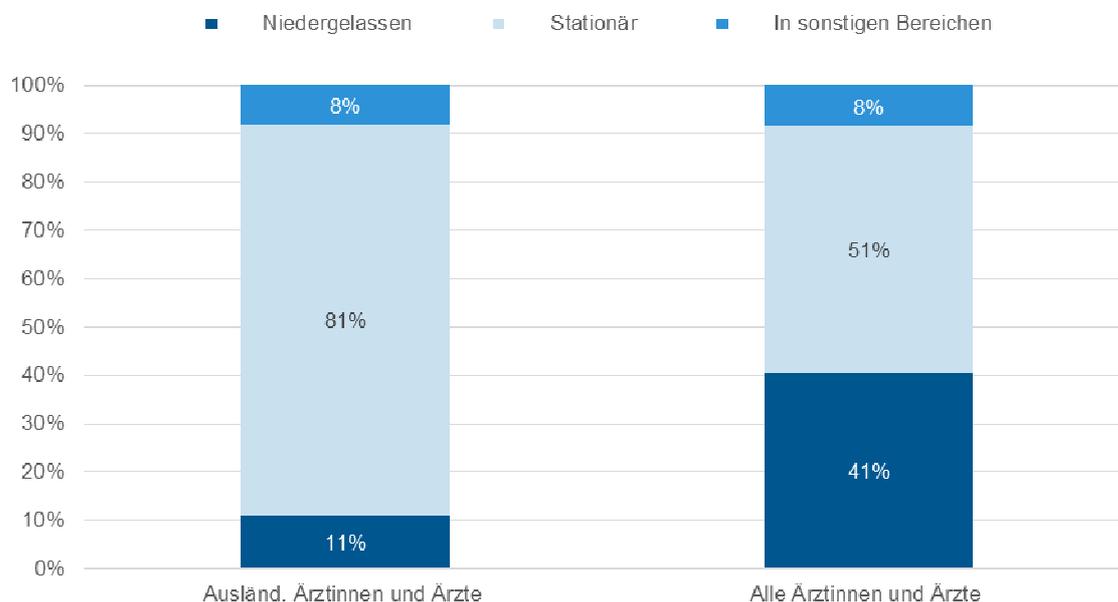
3.1.2 Tätigkeitsbereiche

Im Jahr 2014 waren 88 Prozent aller in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzten ärztlich tätig.¹ Der Haupttätigkeitsbereich stellte dabei der stationäre Bereich dar: 81 Prozent aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland im Jahr 2014 praktizierten, waren in diesem Bereich tätig. Nur ein verhältnismäßig kleiner Anteil von 11 Prozent arbeitete im selben Jahr in eigener Niederlassung. Zeitlich betrachtet lässt sich ein Bedeutungszuwachs des stationären Bereichs als Tätigkeitsfeld für ausländische Ärztinnen und Ärzte sowie ein Bedeutungsverlust der Tätigkeit in eigener Niederlassung feststellen.

Im Vergleich mit allen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland (Abbildung 2) zeigt sich, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte häufiger in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt sind. Dies kann unter anderem daher rühren, dass es für sie schwieriger ist, sich niederzulassen.

¹ Als Gründe dafür, nicht ärztlich tätig zu sein, kann in der Ärztestatistik folgendes angegeben werden: „Ruhestand“, „Haushalt“, „Berufsfremd“, „Arbeitslos“, „Elternzeit“, „Berufsunfähig“, „Altersteilzeit (Freistellungsphase)“, „Sonstiger Grund“ (vgl. Bundesärztekammer (2014)).

Abbildung 2: Verteilung der praktizierenden ausländischen Ärztinnen und Ärzte sowie aller in Deutschland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche* (2014)



*In sonstigen Bereichen: Einschließlich Behörden, Körperschaften u. a.

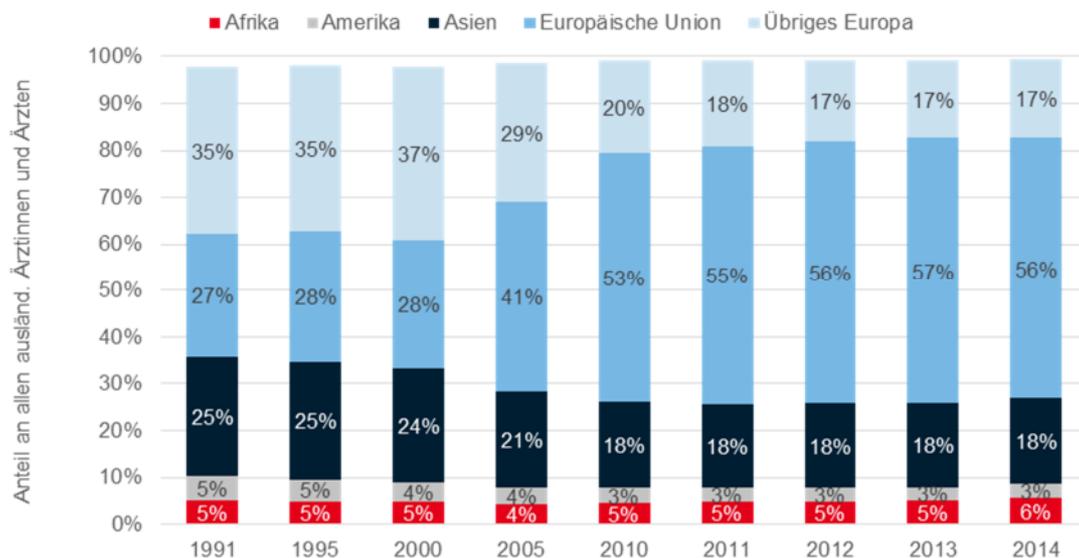
Quelle: Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik

3.1.3 Herkunftsregionen und -länder

Die überwiegende Mehrheit (73 Prozent) der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland stammte im Jahr 2014 aus einem europäischen Land, etwas mehr als die Hälfte (56 Prozent) aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union. Zeitlich betrachtet hat sich der Anteil der aus dem europäischen Ausland stammenden Ärztinnen und Ärzten seit 1991 um gut 10 Prozentpunkte erhöht. Dabei hat sich mit der sukzessiven Erweiterung der Europäischen Union der EU-Anteil verdoppelt, während sich der Anteil der aus dem übrigen Europa stammenden Ärztinnen und Ärzten halbiert hat.

Deutlich gesunken ist seit 1991 der Anteil der aus Asien stammenden Ärztinnen und Ärzte – von 25 Prozent auf 18 Prozent im Jahr 2014 – als auch derer mit amerikanischen Staatsbürgerschaften – von 5 Prozent im Jahr 1991 auf 3 Prozent im Jahr 2014. Der Anteil der aus Afrika stammenden Ärztinnen und Ärzte blieb hingegen auf relativ niedrigem Niveau zwischen 4 und 6 Prozent annähernd konstant.

Abbildung 3: Verteilung der ausländischen Ärztinnen und Ärzte nach Herkunftsregionen (in Prozent) (1991 bis 2014)²



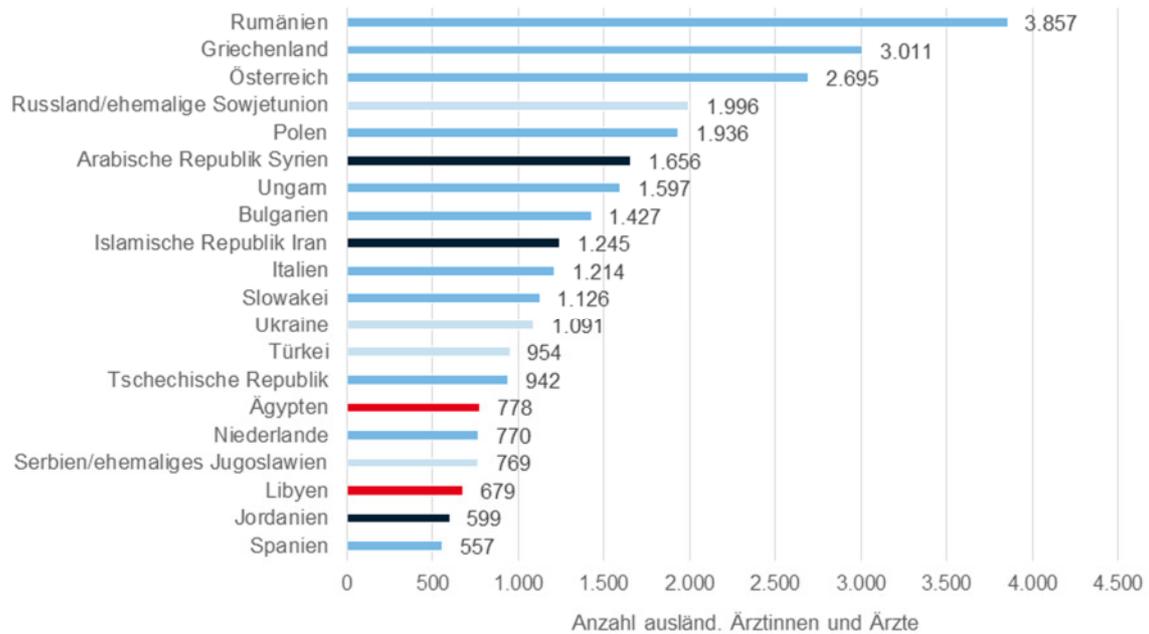
Quelle: Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik

Die 20 wichtigsten Herkunftsländer weltweit

An der Spitze der Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte (Abbildung 4) standen im Jahr 2014 die EU-Länder Rumänien, Griechenland und Österreich. Wichtigste europäische, nicht EU-Herkunftsländer waren Russland (Rang 4), die Ukraine (Rang 12), die Türkei (Rang 13) und Serbien (Rang 17). Unter den 20 wichtigsten Herkunftsländern befanden sich zudem die drei asiatischen Länder Syrien (Rang 6), Iran (Rang 9) und Jordanien (Rang 19) sowie die zwei afrikanischen Länder Ägypten (Rang 15) und Libyen (Rang 18). Mit Ausnahme von Iran sind sowohl die wichtigsten asiatischen als auch die afrikanischen Herkunftsländer arabischsprachige.

² Nicht berücksichtigt in der Abbildung wurden aufgrund zu geringer Anteile ausländische Ärztinnen und Ärzte aus Australien und Ozeanien, ohne Angabe einer Staatsangehörigkeit, staatenlose sowie mit ungeklärter Staatsbürgerschaft.

Abbildung 4: Die 20 wichtigsten Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte in der Welt (2014)

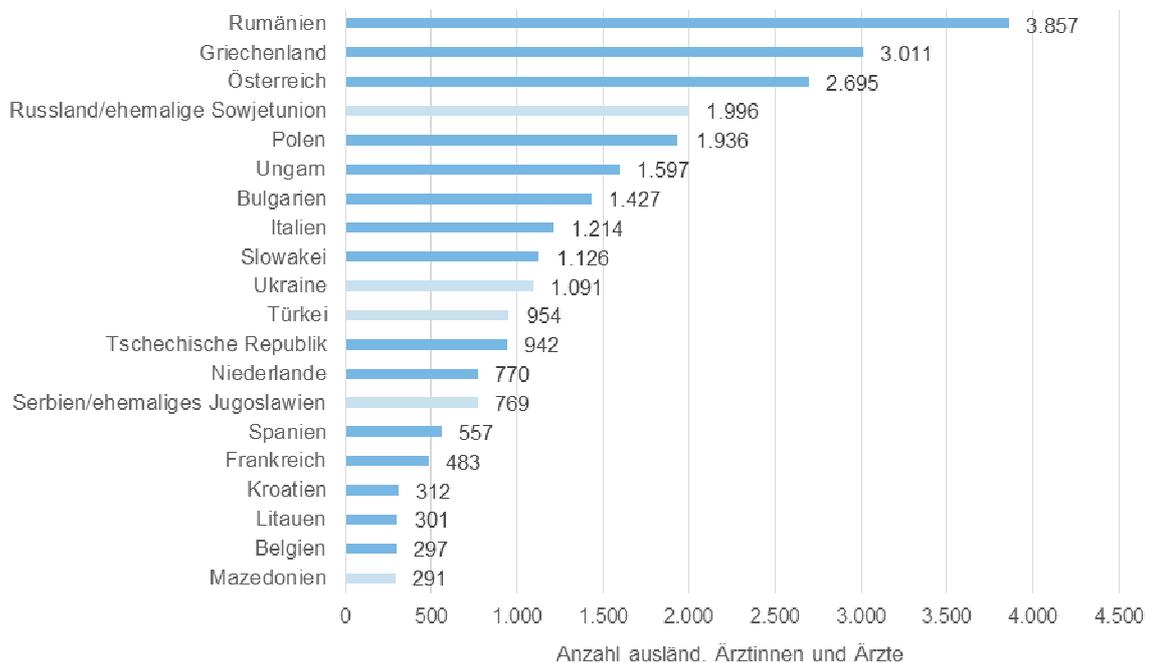


Quelle: Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik

Die 20 wichtigsten Herkunftsländer Europas

In absoluten Zahlen gemessen hat Rumänien seit seinem EU-Beitritt im Vergleich mit allen anderen EU-Ländern am deutlichsten an Bedeutung als Herkunftsland ausländischer Ärztinnen und Ärzte gewonnen. Eine zunehmende Rolle spielen zudem Griechenland und Österreich. Während Ärztinnen und Ärzte aus osteuropäischen Ländern wie Russland, Polen, Ungarn und Bulgarien in den letzten Jahren zahlenmäßig deutlich an Relevanz gewonnen haben, fiel der Bedeutungszuwachs von Ärztinnen und Ärzten aus westeuropäischen Ländern mit Ausnahme Italiens nur mäßig aus.

Abbildung 5: Die 20 wichtigsten Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Europa (2014)



Quelle: Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik

Die 20 wichtigsten Herkunftsländer Asiens

An der Spitze der asiatischen Herkunftsländer standen im Jahr 2014 die Länder Syrien, Iran und Jordanien. Am deutlichsten an Bedeutung für den deutschen Gesundheitssektor gewonnen haben dabei die aus Syrien stammenden Ärztinnen und Ärzte, deren Zahl sich seit 1991 fast verfünffacht hat. Eine zunehmende Rolle spielen aber auch die Ärztinnen und Ärzte mit jordanischer Staatsbürgerschaft, deren Zahl sich seit 1991 beinahe verdoppelt hat. Im Gegensatz zu den Zahlen der aus Syrien und Jordanien stammenden Ärztinnen und Ärzte haben die Zahlen derer, die aus den restlichen asiatischen Ländern, einschließlich des Irans, eingewandert sind deutlich geringere Anstiege zu verzeichnen. Ein Anstieg um mehr als 200 Ärztinnen und Ärzte gegenüber 1991 verzeichneten nur noch Aserbaidschan, Georgien und Saudi-Arabien.

3.2 Ausländisches nicht-ärztliches Personal

Im Folgenden werden die für das Jahr 2014 vorliegenden Daten des Mikrozensus zur Herkunft und zu den Tätigkeitsbereichen von ausländischen Erwerbstätigen in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in Deutschland ausgewertet. Die einzelnen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe werden dabei auf Viersteller-Ebene (Berufsuntergruppen) abgegrenzt.³

³ Folgende Berufsuntergruppen werden erfasst: Verwalt. Berufe Sozial- und Gesundheitswesen (7322), Medizinische Fachangestellte (oS) (8110), Zahnmedizinische Fachangestellte (8111), Podologen/Podologinnen (81122), Orthoptisten/Orthoptistinnen (81132), Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (8121), Medizinisch-technische Berufe Funktionsdiagnostik (8122), Medizinisch-technische Berufe Radiologie (8123), Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (oS) (8130), Berufe operations-/med.-tech. Assistenz (8133), Berufe im Rettungsdienst (8134), Berufe in der Geburtshilfe und

Als ausländische Erwerbstätige gelten hier Personen mit Migrationshintergrund, die Herkunftsländer sind gemäß der ersten oder der ehemaligen ausländischen Staatsbürgerschaft erfasst. Die Gruppe der vom Mikrozensus erfassten Erwerbstätigen in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen mit Migrationshintergrund ist somit weiter abgegrenzt als die Gruppe der von der Ärztestatistik erfassten Ärztinnen und Ärzten mit ausschließlich ausländischer Staatsbürgerschaft.

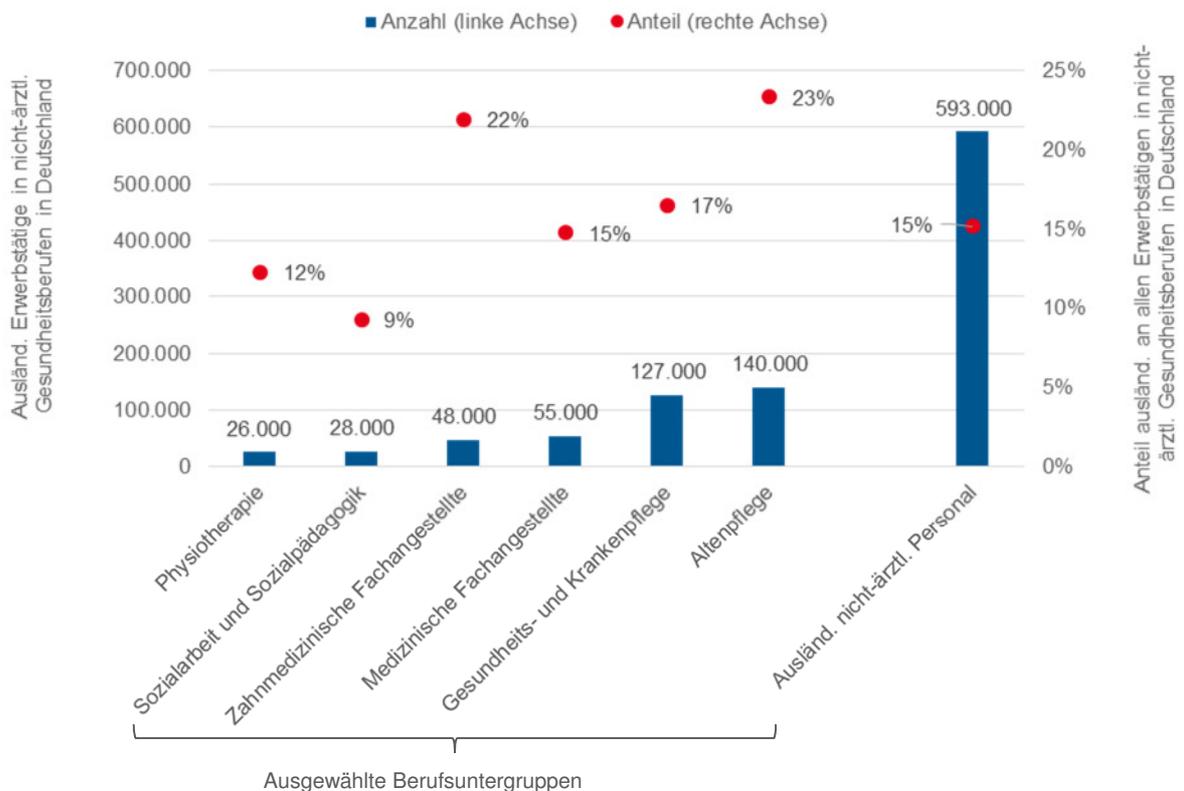
Dort, wo bei der Aufschlüsselung der Daten des Mikrozensus nach Berufsuntergruppen und Herkunft ausländischen Personals in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen die Fallzahlen zu gering waren, wurden diese nicht mehr differenziert ausgewiesen. Die in den folgenden Unterkapiteln ausgewiesenen Zahlen sollten jedoch die Grundgesamtheit verlässlich widerspiegeln.

3.2.1 Tätigkeitsbereiche

Im Jahr 2014 waren gemäß der gewählten Abgrenzung 593.000 Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in Deutschland tätig. Ihr Anteil an allen in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen Erwerbstätigen in Deutschland lag damit bei etwa 15 Prozent. Die sechs Berufsuntergruppen mit der größten Zahl ausländischer Erwerbstätiger sind in Abbildung 6 einzeln dargestellt. Absolut betrachtet waren ausländische Erwerbstätige in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen vor allem in den Berufsgruppen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege von Bedeutung. Relativ zur Gesamtzahl der Erwerbstätigen in den jeweiligen Berufsgruppen arbeiteten in der Altenpflege und unter den zahnmedizinischen Fachangestellten die meisten Personen mit Migrationshintergrund (23 Prozent bzw. 22 Prozent).

Entbindungspflege (8135), Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ssT) (8138), Aufsicht, Führung - Krankenpfl., Rettungsd., Geburtshilfe (8139), Berufe in der klinischen Psychologie (8139), Berufe in der Physiotherapie (8171), Berufe in der Ergotherapie (8172), Berufe in der Sprachtherapie (8173), Berufe in der Musik- und Kunsttherapie (8174), Berufe in der Heilkunde und Homöopathie (8175), Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie (8176), Berufe nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) (8178), Führung - nichtärztliche Therapie, Heilkunde (81794), Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822), Berufe in der Pharmazie (ssT) 12) (8188), Berufe in der Altenpflege (oS) (8210), Berufe in der Altenpflege (ssT) (8218), Berufe in der Gesundheitsberatung (8221), Wellnessberufe (8222), Berufe in der Ernährungsberatung (8223), Ernähr.- und Gesundheitsber., Wellness (ssT) (8228), Berufe in der Medizintechnik (oS) (8250), Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik (8251), Berufe in der Augenoptik (8252), Berufe in der Hörgeräteakustik (8253), Berufe in der Zahntechnik (82542), Aufsicht, Führung - Medizin-, Orthop.-, Rehathechn. (8259), Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (8312), Berufe in Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (8313) sowie Berufe in der Haus- und Familienpflege (8314).

Abbildung 6: Anteil ausländischer Erwerbstätiger in ausgewählten nicht-ärztlichen Berufsuntergruppen an allen Erwerbstätigen in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in Deutschland (2014)



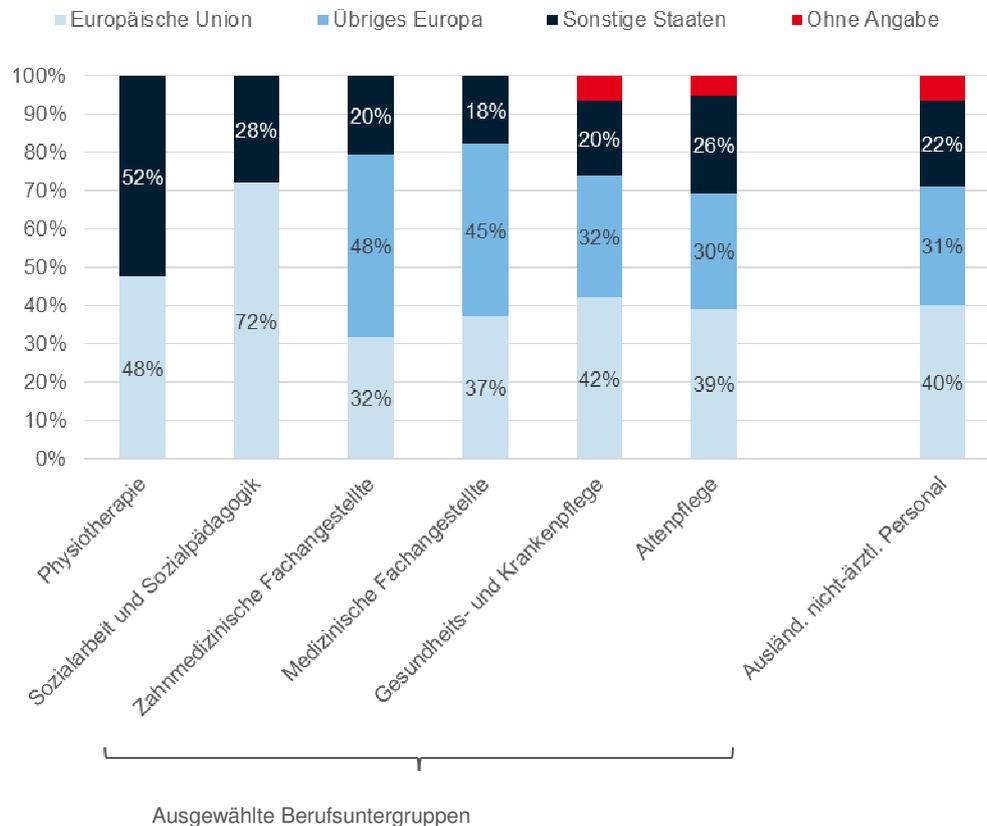
Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Mikrozensus

3.2.2 Herkunftsregionen und -länder

Etwa zwei Drittel des gesamten ausländischen nicht-ärztlichen Personals stammten im Jahr 2014 aus einem europäischen Land. Auch in den ausgewählten Berufsuntergruppen findet sich diese Verteilung wieder. Eine Ausnahme bildete lediglich die Physiotherapie. In dieser Berufsuntergruppe stammte nur etwa die Hälfte der ausländischen Erwerbstätigen aus einem europäischen Land.

Das Verhältnis zwischen den aus der Europäischen Union und den aus dem übrigen Europa stammenden ausländischen Erwerbstätigen war dabei insgesamt relativ ausgewogen. Eine Ausnahme stellten lediglich die Berufsgruppen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik sowie die Physiotherapie dar, in denen kein Personal aus Ländern des übrigen Europas erwerbstätig war.

Abbildung 7: Verteilung der ausländischen Erwerbstätigen nach Berufsuntergruppen und Herkunftsregionen (2014)

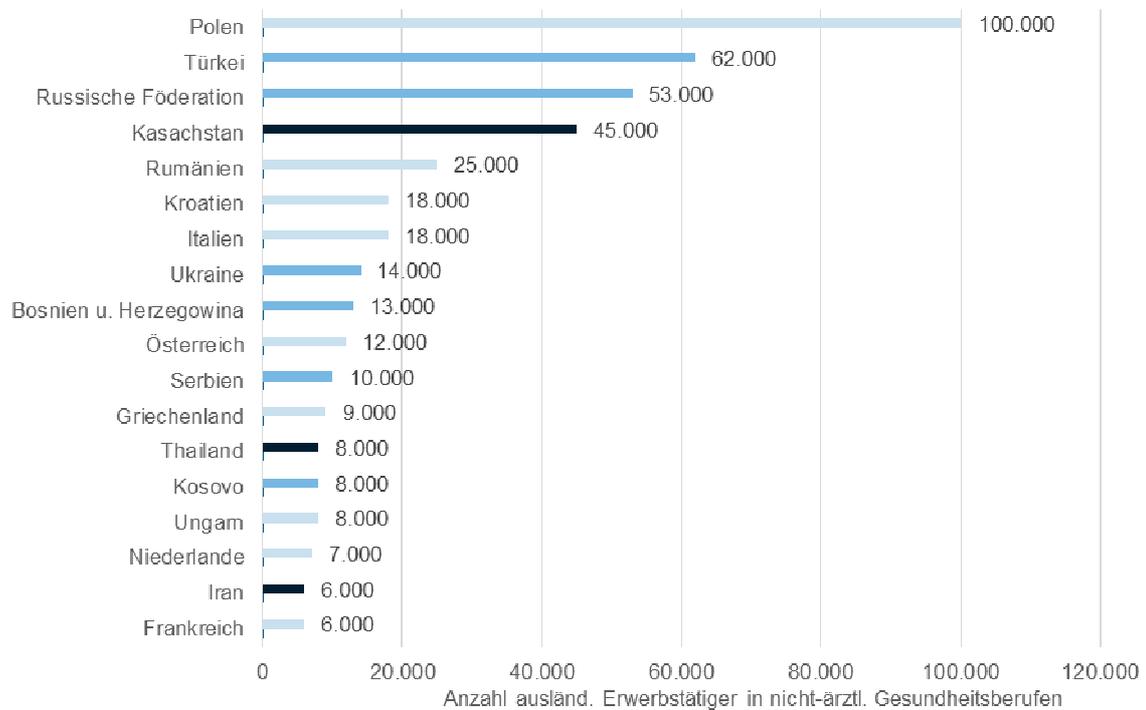


Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Mikrozensus

Die wichtigsten Herkunftsländer weltweit

An der Spitze der Herkunftsländer der ausländischen in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen Erwerbstätigen in Deutschland standen im Jahr 2014 Polen, die Türkei sowie die Russische Föderation. Insgesamt befanden sich unter den 18 wichtigsten Herkunftsländern neun EU-Staaten. Die überwiegende Mehrheit des ausländischen nicht-ärztlichen Personals stammte dabei aus EU-Staaten in Ost- oder Südosteuropa. Auch unter den Nicht-EU-Staaten der zahlenmäßig wichtigsten Herkunftsländer befanden sich neben der Türkei und Russland an der Spitze nur ost- oder südosteuropäische Länder. Asiatische Länder waren am stärksten durch Kasachstan (Rang 4), Thailand (Rang 13) und den Iran (Rang 17) vertreten.

Abbildung 8: Herkunftsländer der ausländischen Beschäftigten in nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (2014)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Mikrozensus

4 Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration

Im Hinblick auf die Integration ausländischer Beschäftigter im Gesundheitswesen in Deutschland lassen sich auf Basis der vorhandenen Literatur drei zentrale Problemfelder identifizieren:



Die Sprache stellt das zentrale Problemfeld dar, da sie stark in die anderen beiden Problemfelder hineinspielt. Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sind Voraussetzung für die Ausübung des Berufs in Deutschland, und die Überwindung kultureller Unterschiede setzt die persönliche Kontaktaufnahme mit anderen Menschen voraus, was wiederum nur mit vorhandenen Sprachkenntnissen möglich ist. Im Vergleich zu anderen nicht-medizinischen Berufen ist die Sprache auch deshalb zentral, weil die Fähigkeit, sich

adäquat auszudrücken bzw. Patienten und Kollegen richtig zu verstehen, im Notfall über Leben und Tod eines Patienten entscheidet.

Im Folgenden sollen die konkreten Probleme von ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen, die sich in der Fachliteratur finden, anhand der drei zentralen Problemfelder dargestellt werden. Ziel dieser Zusammenstellung ist es zunächst die Rahmenbedingungen und die aktuelle Situation zu skizzieren, um dann Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration zu identifizieren.

4.1 Anerkennung ausländischer Qualifikationen

4.1.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation

Um in Deutschland mit einer im Ausland erworbenen Qualifikation arbeiten zu können, muss die Qualifikation in Deutschland anerkannt werden. Grundlage hierfür ist seit 2012 für bundesrechtlich reglementierte Berufe das sogenannte Anerkennungsgesetz. Es sieht vor, dass nur solche ausländischen Qualifikationen in Deutschland anerkannt werden, bei denen eine Gleichwertigkeit mit einem deutschen Referenzberuf festgestellt werden kann.⁴ Werden bei der Prüfung der formalen Gleichwertigkeit einer ausländischen Qualifikation mit einer deutschen Referenzqualifikation Mängel festgestellt, so besteht die Möglichkeit, diese durch das Ablegen von weiteren Prüfungen sowie durch die Teilnahme an Anpassungskursen auszugleichen. Zur Vorbereitung auf diese Prüfungen steht den Antragsuchenden ein breites Angebot an fachlichen und sprachlichen Kursen in Deutschland zur Verfügung.

75 Prozent aller Anerkennungsverfahren bezogen sich im Jahr 2014 auf medizinische Gesundheitsberufe.⁵ Die quantitativ wichtigste Berufsgruppe waren dabei Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger.⁶

4.1.2 Schwierigkeiten und Hürden

Die Schwierigkeiten und Hürden betreffen vor allem Angehörige von Drittstaaten, da deren Qualifikationen im Gegensatz zu EU-Qualifikationen i.d.R. nicht automatisch anerkannt werden.

Seit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes im Jahr 2012 wurden die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Qualifikationen in den Gesundheitsberufen bundesweit nicht standardisiert. Die Anforderungen, die Anerkennungssuchende erfüllen müssen, variieren vielmehr in Abhängigkeit vom Bundesland, in welchem der Anerkennungsantrag gestellt wird, sowie in Abhängigkeit von den für die Prüfung der Gleichwertigkeit zuständigen Stellen. Sowohl Anerkennungssuchende als auch Berufsverbände wie der Marburger Bund kritisieren, dass die bisher nicht erfolgte bundesweite Vereinheitlichung der Anerken-

⁴ BMBF (2012).

⁵ Destatis (2015).

⁶ Vgl. BMBF (2015).

nungsverfahren in den Gesundheitsberufen und der dadurch bedingte Mangel an Transparenz und Rechtssicherheit für die Antragsuchenden die wesentlichen Hürden im Anerkennungsverfahren sind.⁷

Neben der mangelnden Standardisierung stellt der durch das Anerkennungsverfahren entstehende finanzielle und zeitliche Aufwand für die Antragsuchenden eine weitere Schwierigkeit beim Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt dar.⁸ Neben den Verfahrenskosten entstehen den Anerkennungssuchenden beispielsweise durch die Teilnahme an notwendigen Sprachkursen und weiteren Qualifikationsmaßnahmen Kosten, die von den Antragsuchenden aufgrund fehlenden Startkapitals mitunter nicht selbst finanziert werden können und auch von staatlicher Seite nicht immer übernommen werden.⁹ Zeitaufwändig sind insbesondere die Beschaffung von notwendigen Unterlagen über im Ausland erworbene Qualifikationen sowie, insbesondere bei ausländischen Ärztinnen und Ärzten, die Vorbereitung auf fachliche und sprachliche Prüfungen im Rahmen des Anerkennungsverfahrens.¹⁰ In Einzelfällen können sich die Anerkennungsverfahren so über zwei Jahre hinziehen.¹¹

Kaum verbessert hat das Anerkennungsgesetz den Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt für ausländische Fachkräfte in der Altenpflege.¹² So wurde zwischen April 2012 und Dezember 2013 beinahe die Hälfte aller Anträge auf Anerkennung als Altenpflegerin bzw. Altenpfleger negativ beschieden.¹³ Grund hierfür ist, dass es außerhalb Deutschlands kaum Studiengänge bzw. Ausbildungen gibt, die speziell auf die Altenpflege ausgerichtet sind. Die Vergleichbarkeit einer ausländischen Qualifikation, die den Bereich der Altenpflege abdeckt, mit dem deutschen Referenzberuf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers ist somit häufig nicht gegeben. Dies hat in vielen Fällen zur Folge, dass ausländische Pflegefachkräfte sich nicht um eine Anerkennung als Altenpflegerin oder Altenpfleger, sondern vielmehr um eine Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger bemühen. Im Falle eines positiven Bescheids werden sie anschließend oftmals in einem Krankenhaus und nicht in der Altenpflege tätig.¹⁴

4.2 Erwerb und Anwendung der deutschen Sprache

4.2.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation

Voraussetzung für die Approbation als Arzt ist es u. a., dass der Antragsteller „über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt“.¹⁵ Art und Erbringung des Nachweises ausreichender deutscher Sprachkenntnisse sind in diesem Zusammenhang nicht weiter konkretisiert. Wie dieser Nachweis erbracht

⁷ Vgl. BMBF (2014, 2015) sowie Kovacheva und Grewe (2015).

⁸ Vgl. Melzer (2013), BMBF (2015) sowie Kovacheva und Grewe (2015).

⁹ Vgl. Engelmann und Müller-Wacker (2014).

¹⁰ Köhler (2015).

¹¹ Bayerische Staatszeitung (2015).

¹² Vgl. Böse und Wünsche (2015).

¹³ Vgl. BMBF (2015).

¹⁴ Vgl. BMBF (2015).

¹⁵ § 3 Abs. 1 Satz 5 Bundesärzteordnung (BÄO).

wird, lag bisher im Ermessen der Länder und der dort zuständigen Behörde.¹⁶ Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat jedoch im Juni 2014 ein Eckpunktepapier für einheitliche Anforderungen an Fachsprachenkenntnisse in den akademischen Heilberufen für alle Bundesländer beschlossen. Ziel ist es, dass die Prüfungsverfahren formell und inhaltlich vereinheitlicht werden.¹⁷ Zudem wurde das erforderliche Sprachniveau für alle Bundesländer für die medizinische Fachsprache auf Niveau C1 angehoben.¹⁸

Der oben genannte Beschluss eines Eckpunktepapiers für akademische Heilberufe wurde auf der Gesundheitsministerkonferenz 2014 zudem zum Anlass genommen, auch für den Bereich der Gesundheitsfachberufe einen einheitlichen Standard zu vereinbaren. Bis Ende 2015 soll eine Arbeitsgruppe¹⁹ Mindestanforderungen für ein weitestgehend einheitliches Überprüfungsverfahren der für die Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen erforderlichen Deutschkenntnisse erarbeiten. Um als Gesundheitsfachkraft im Gesundheitswesen anerkannt zu werden, ist aktuell der Nachweis von berufsbezogenen Deutschkenntnissen auf dem Niveau B2 nötig.

In Deutschland gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Organisationen, die Kurse zur sprachlichen Vorbereitung auf die Gleichwertigkeitsprüfung²⁰ anbieten. Die Angebote sind dabei sehr vielfältig und reichen von allgemeinen bis hin zu fachlich ausgerichteten Sprachkursen für entsprechend unterschiedliche Zielgruppen.²¹ Die Kosten für Sprachkurse bei akkreditierten Trägern werden für registrierte Arbeitsuchende von der Bundesagentur für Arbeit übernommen, die ihren Kunden einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein (AVGS) ausstellt.²² Teilweise finanzieren deutsche Krankenhäuser aber auch selbst private Agenturen, die eine Fortbildung zur sprachlichen Integration von bereits in den Krankenhäusern tätigen ausländischen Ärzten anbieten.²³

Auch von staatlicher Seite aus gibt es zahlreiche Angebote. So organisiert beispielsweise das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) seit 2007 das Kursangebot „Berufsbezogene Sprachförderung für Menschen mit Migrationshintergrund (ESF-BAMF-Programm)“. Zielgruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die

¹⁶ Fachsprachprüfungen boten bisher nur wenige Bundesländer an, medizinische Fachsprachkenntnisse wurden aber teilweise auch in anderen Bundesländern verlangt.

¹⁷ Der Sprachtest soll aus drei Teilen bestehen: einem simulierten Patienten-Arzt-Gespräch, der Anfertigung eines Arztbriefes und einem Arzt-Arzt-Gespräch.

¹⁸ Für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten wurde das erforderliche Sprachniveau sogar auf das Niveau C2 angehoben.

¹⁹ In der Arbeitsgruppe sitzen Vertreter der GMK und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) der Länder.

²⁰ So kooperiert zum Beispiel die Zahnärztekammer in Berlin mit dem kammereigenen Fortbildungsinstitut „Philipp-Pfaff“ und der „Gesellschaft für berufsbildende Maßnahmen“ (GFBM). Die besondere Kompetenz des freien Trägers GFBM liegt dabei im Sprach- und Fachsprachbereich. Deren Angebot umfasst auch spezielle Akademiker-Sprachkurse im medizinischen Bereich.

²¹ Vgl. Zahnärztliche Mitteilungen (2012).

²² Vgl. u. a. <http://gfbm.de/angebote/bildungsarten/coaching/berufsbezogene-sprachangebote/> und <https://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/BuergerinnenUndBuerger/ArbeitundBeruf/ArbeitsJobsuche/UnterstuetzungdurchDritte/index.htm> (zuletzt abgerufen am 29.10.2015).

²³ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2009).

dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erhalten.²⁴ Seit März 2015 werden im Rahmen des Programms „Integration durch Qualifizierung – IQ“ zudem spezielle Deutschkurse für Gesundheitsberufe sowie eine fachliche Anpassungsqualifizierung angeboten.²⁵ Zielgruppe sind Flüchtlinge und andere Migranten, die auf einen Einsatz im deutschen Gesundheitswesen vorbereitet werden sollen.²⁶

4.2.2 Schwierigkeiten und Hürden

Sprachliche Barrieren stellen laut einer Umfrage unter Beschäftigten des Gesundheitswesens mit Migrationshintergrund in zwei Hamburger Krankenhäusern die größte Herausforderung dar. Dies betrifft insbesondere Ärzte und Pflegekräfte, weniger Wissenschaftler, deren Arbeitssprache in der Regel Englisch ist. Dabei bereitet insbesondere die berufsspezifische Sprache Probleme, auch weil die medizinische Terminologie teils von Land zu Land unterschiedlich ist.²⁷

Einige der Hamburger Befragten gaben an, dass sie ihre Sprachkenntnisse vor oder während einer beruflichen Anstellung mit dem Besuch von Sprachkursen verbessern wollten. Als kritisch erwies sich dabei jedoch, dass diese Kurse sowohl zeit- als auch kostenintensiv waren. Sprachkurse wurden nur in Einzelfällen von Arbeitgebern finanziert. Zudem unterstrichen die Befragten, dass der Bedarf an berufsspezifischen Sprachkursangeboten sehr hoch ist.²⁸ Auch ausländische Ärzte in Sachsen zweifeln in einer Befragung die Qualität der angebotenen, wenig auf die Bedarfe von Medizinern ausgerichteten Sprachkurse an.²⁹ Erfahrung mit Sprachprüfungen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zeigen, dass selbst Prüflinge, die bereits vor der Sprachprüfung im Besitz eines Sprachdiploms der Stufe B2 bzw. C1 waren, nicht immer in der Lage waren, ausreichend gut mit Patienten zu kommunizieren und entsprechend die von der Landesärztekammer konzipierte Sprachprüfung nicht bestanden haben.³⁰ Zwischen 2012 und 2014 (Mai) wurden dort 360 ausländische Ärzte geprüft, die Durchfallquote lag bei 40 Prozent.³¹

Die Kommunikation und Dokumentation in der deutschen Alltags- und Fachsprache ist für Migranten in deutschen Gesundheitsberufen besonders zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland meist fordernd.³² Besonders schwierig ist es, wenn Patienten schwerstpflegebedürftig oder dementiell erkrankt sind. Im schlimmsten Fall kann es aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse zu Fehlbehandlungen von Patienten kommen. Herausfordernd für die ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zudem deutsche Redewendungen, die oft zu Missverständnissen beim ausländischen Gesundheitspersonal führen.³³ Zu Problemen kommt es außerdem, weil manche Diagnosen im Ausland gar

²⁴ Das Programm wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und den Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert.

²⁵ Das Programm wird vom BAMF und der Bundesagentur für Arbeit finanziert.

²⁶ Vgl. BMBF (2015).

²⁷ Vgl. Kovacheva und Grewe (2015).

²⁸ Vgl. Kovacheva und Grewe (2015).

²⁹ Vgl. Melzer (2013).

³⁰ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2013).

³¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014).

³² Vgl. Kovacheva und Grewe (2015).

³³ Zum Beispiel könnte der Ausdruck „da kommt mir die Galle hoch“ von einem Nicht-Muttersprachler missverständlich als ein Hinweis auf Übelkeit und schlimmstenfalls einen Darmverschluss verstanden werden.

nicht existieren.³⁴ Sprachkurse decken zudem meist nicht ab, wie ein Arztbrief korrekt geschrieben wird.³⁵ Laut Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, lassen sich 20 Prozent der gesamten Behandlungsfehler von (Zahn)Ärzten auf mangelnde Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte zurückführen.³⁶ Durch Sprachprobleme kann zudem die Dokumentation, beispielsweise in Form des Arztbriefes, nicht einwandfrei erfolgen und es fällt gegebenenfalls ein zusätzlicher Aufwand an, wenn Kollegen beziehungsweise Vorgesetzte zeitaufwändige Korrekturen vornehmen müssen. Darüber hinaus kann auch eine unpräzise Dokumentation unter Umständen zu Missverständnissen und im schlimmsten Fall auch Behandlungsfehlern führen.³⁷

4.3 Kulturelle Integration

4.3.1 Rahmenbedingungen und aktuelle Situation

Im Bereich der kulturellen Integration gibt es im Vergleich zu den Bereichen fachliche Anerkennung und Sprache kaum konkrete Regelungen und Zuständigkeiten. Grund hierfür ist, dass es sich bei der kulturellen Integration eher um einen weichen Faktor handelt, dessen Erfüllung nicht konkret messbar ist. Entsprechend eingeschränkt ist das Angebot an entsprechenden Kursen in diesem Bereich. Teilweise finanzieren jedoch deutsche Krankenhäuser private Agenturen, die eine Fortbildung zur sozialen Integration von bereits in den Krankenhäusern tätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzten anbieten.³⁸

Eine repräsentative Befragung von ausländischen Ärzten in Sachsen ergab, dass fast alle Befragten sowohl zu Beginn ihrer Tätigkeit als auch aktuell von ihren Kollegen gut bzw. eher gut aufgenommen wurden. Die Aufnahme durch Patienten war im Vergleich dazu zu Beginn weniger gut, entwickelte sich jedoch mit der Zeit und war aktuell zum Zeitpunkt der Befragung sogar noch etwas besser als die aktuelle Aufnahme durch Kollegen. Entsprechend weist die Befragung darauf hin, dass Skepsis und Vorurteile gegenüber ausländischen Ärzten zu Beginn der Tätigkeit eher auf Patienten- als auf Kollegenseite bestehen, diese jedoch mit der Zeit abgebaut werden.³⁹

4.3.2 Schwierigkeiten und Hürden

Die Integration von ausländischen Beschäftigten im Gesundheitsbereich ist nicht nur durch Sprachbarrieren problematisch, sondern auch aufgrund kultureller Unterschiede. Schwierigkeiten und Hürden aufgrund von kulturellen Unterschieden ergeben sich sowohl am als auch jenseits des Arbeitsplatzes.

Am Arbeitsplatz können sich Probleme ergeben, wenn die ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen lediglich geringe Kenntnisse der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems mitbringen. Durch möglicherweise neue Arbeitsprozesse und eine ungewohnte Arbeitskultur in deutschen Gesundheitseinrichtungen benötigen ausländische

³⁴ Zum Beispiel ist die Diagnose „Schleudertrauma“ in Lettland unbekannt.

³⁵ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2009).

³⁶ Vgl. Zahnärztliche Mitteilungen (2014).

³⁷ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2009).

³⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2009).

³⁹ Vgl. Melzer (2013).

Beschäftigte gegebenenfalls eine intensivere Einarbeitung am Arbeitsplatz als Kollegen, die innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ausgebildet wurden und die Strukturen bereits kennen.⁴⁰

Darüber hinaus ist der Umgang mit Patienten von Land zu Land unterschiedlich.⁴¹ Auch der Umgang mit den Kollegen unterscheidet sich von Land zu Land. Ausländischen Ärzten ist es entsprechend nicht immer klar, wie offen und persönlich der Umgang unter Kollegen in Deutschland ist.⁴²

Ausländische Fachkräfte benötigen zu Beginn ihrer Anstellung meist eine vergleichsweise intensive Einarbeitung und Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Die eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten wirken sich zu Beginn der beruflichen Tätigkeit in Deutschland zudem häufig negativ auf die Wahrnehmung der beruflichen Fähigkeiten und die Akzeptanz durch Kollegen, aber auch Patienten aus.⁴³

Jenseits des Arbeitsplatzes besteht laut Umfrage unter ausländischen Ärzten in Sachsen insbesondere bei Behördengängen, aber auch bei der Arbeitsplatzsuche für den Partner Unterstützungsbedarf. Die Suche nach einer Wohnung und einer Kinderbetreuungsmöglichkeit werden ebenso genannt. Behördengänge wurden von den Befragten als mittelmäßig aufwändig eingeschätzt. Unterstützungsbedarf durch den Arbeitgeber wünschen sich die Befragten insbesondere bei Fort- und Weiterbildungen, aber auch bei der Wohnungssuche und bei Deutschkursen. Bei den Angeboten und der inhaltlichen Gestaltung von Deutschkursen sehen die Befragten die Verantwortung aber zudem auch bei der Landesärztekammer.⁴⁴

4.4 Schwierigkeiten und Hürden im Überblick

Abbildung 9 fasst die zentralen Schwierigkeiten und Hürden in den drei Feldern zusammen. Es hat sich gezeigt, dass unzureichende Sprachkenntnis die zentrale Hürde bei der Integration von ausländischen Beschäftigten im Gesundheitsbereich darstellt. Darüber hinaus gibt es zahlreiche administrative Hürden zu überwinden, bis einer Tätigkeit in Deutschland nachgegangen werden kann. Schließlich stellen auch kulturelle Unterschiede ausländische Beschäftigte im Gesundheitsbereich zu Beginn ihrer Tätigkeit vor Herausforderungen.

⁴⁰ Vgl. Kovacheva und Grewe (2015).

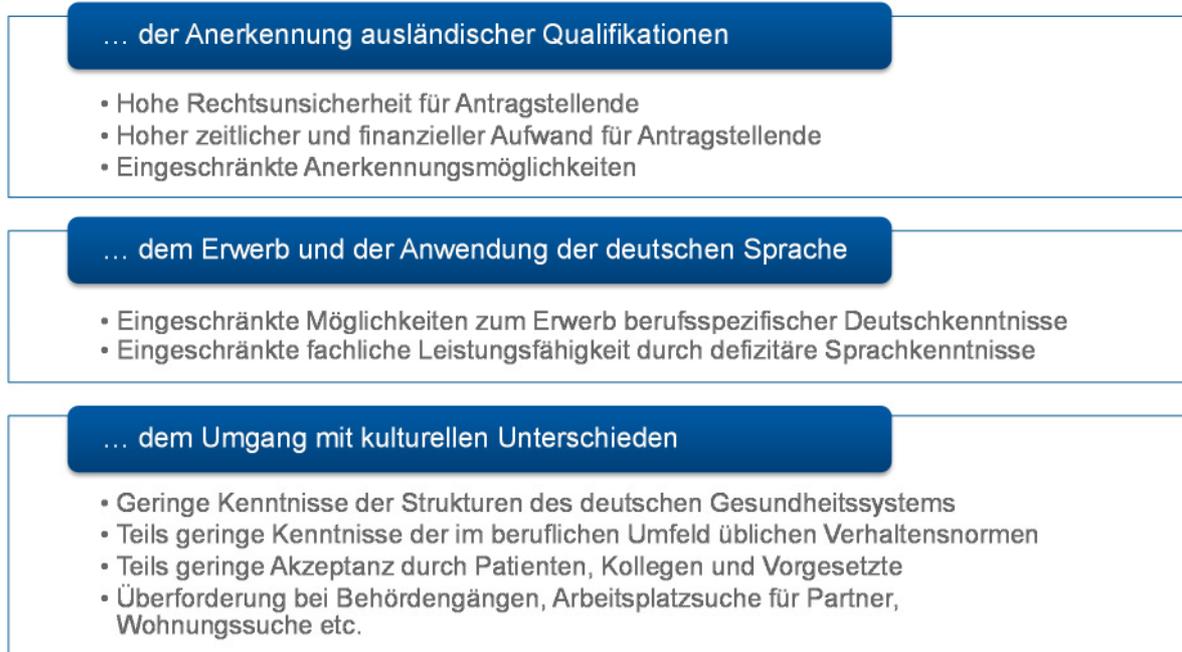
⁴¹ In Russland beispielsweise werden Diagnosen den Patienten sehr direkt und ohne weitere Umschweife mitgeteilt. In Rumänien wiederum wird dem Patienten die Diagnose meist gar nicht direkt mitgeteilt, sondern einem nahen Angehörigen. In Deutschland sind es die Patienten gewohnt, dass sie behutsam auf eine Diagnose vorbereitet werden.

⁴² Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2009).

⁴³ Vgl. Kovacheva und Grewe (2015).

⁴⁴ Vgl. Melzer (2013).

Abbildung 9: Schwierigkeiten und Hürden in den einzelnen Problemfeldern im Überblick



Quelle: Prognos AG 2015.

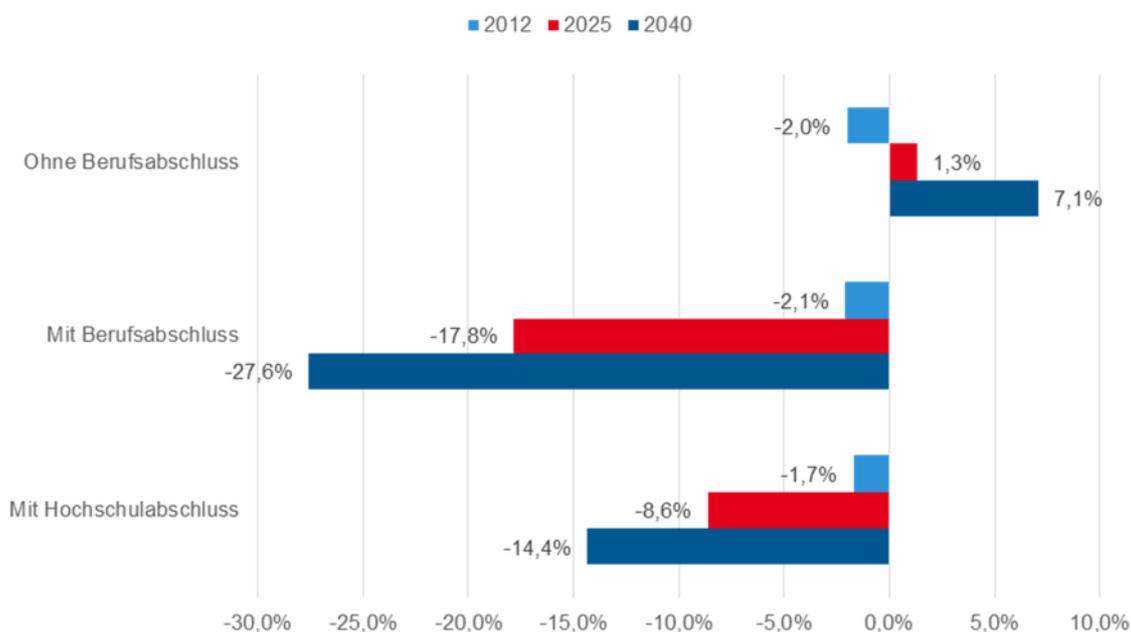
5 Bedeutung ausländischer Beschäftigter für das deutsche Gesundheitssystem

Die Bedeutung ausländischer Beschäftigter für das deutsche Gesundheitssystem kann zum einen vor dem Hintergrund der drohenden Fachkräftelücke im Gesundheitswesen deutlich gemacht werden, zum anderen durch die kulturelle Kongruenz von ausländischem Personal und ausländischen Patientinnen und Patienten.

5.1 Fachkräftelücke

Die prognostizierten Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt des deutschen Gesundheitswesens zeigen bis 2040 einen deutlichen Rückgang des Arbeitsangebots, bei gleichzeitiger Steigerung der Arbeitsnachfrage. Differenziert nach Tätigkeitsfeldern macht eine aktuelle Studie der Prognos AG⁴⁵ deutlich, dass für das Tätigkeitsfeld „gesundheitslich/sozial helfen“ bis zum Jahr 2040 im Vergleich zum Basisjahr 2012 rund 15 % weniger Erwerbstätige zur Verfügung stehen werden. Im Vergleich zu anderen Tätigkeitsfeldern fällt der Rückgang des Arbeitskräfteangebots damit jedoch noch durchschnittlich aus. Auf der Nachfrageseite weist das Tätigkeitsfeld „gesundheitslich/sozial helfen“ mit rund +6 % bis zum Jahr 2040 hingegen die drittgrößten Steigerungen unter allen Tätigkeitsfeldern auf.

Abbildung 10: Arbeitskräftesaldo im Tätigkeitsfeld „gesundheitslich/sozial helfen“ bis 2040



Quelle: Prognos AG (2015).

Im Saldo (Abbildung 10) ergibt sich differenziert nach dem Qualifikationsniveau für das Tätigkeitsfeld „gesundheitslich/sozial helfen“ der größte Arbeitskräftebedarf bei Personen mit Berufsabschluss. Das Arbeitskräfteangebot liegt dort bis 2040 um 28 % unter dem

⁴⁵ Prognos AG (2015).

notwendigen Bedarf. Personen ohne Berufsabschluss werden im Jahr 2040 gleichzeitig deutlich seltener gebraucht als heute. Im Tätigkeitsfeld „gesundheitlich/sozial helfen“ liegt hier das Angebot an Arbeitskräften 2040 um 7 % über der Nachfrage.

Die dargestellten Ergebnisse ergeben sich aus einem rein rechnerischen Vergleich von Angebot und Nachfrage. Die aufgezeigten Ungleichgewichte stellen also die Entwicklung für den hypothetischen Fall eines (angebotsseitig) erstarrten Arbeitsmarktes dar.⁴⁶ Damit stellen sie keine Prognose im Sinne der wahrscheinlichsten Entwicklung dar, sondern zeigen bewusst den Handlungsbedarf auf, einer drohenden Entwicklungen entgegenzusteuern.

Bedeutung ausländischer Beschäftigter zur Schließung der Fachkräftelücke

Heute (2012) liegt der Fachkräftemangel im Tätigkeitsfeld „gesundheitlich/sozial helfen“ für alle Qualifikationsniveaus noch unter 2,5 % (Abbildung 10) und damit in einem Bereich, der aufgrund ständig fortlaufender Matchingprozesse am Arbeitsmarkt als normal angesehen werden kann. Die Situation am Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen wird dabei durch den hohen Anteil ausländischen Personals (8 % ärztliches bzw. 15 % nicht-ärztliches) spürbar entlastet (siehe Kapitel 3).

Bis zum Jahr 2040 wird im Tätigkeitsfeld „gesundheitlich/sozial helfen“ das Arbeitskräfteangebot jedoch zwischen 14 % (Personal mit Hochschulabschluss) und 28 % (Personal mit Berufsschulabschluss) hinter der Nachfrage zurückliegen. Dabei berücksichtigen die Berechnungen bereits ein erhöhtes Maß an Zuwanderung entsprechend der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Vor diesem Hintergrund gilt es neben anderen Maßnahmen, die beispielsweise die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung fördern oder Beschäftigungschancen verbessern, zukünftig die Zuwanderung gezielt zu gestalten und die in Kapitel 4 genannten Schwierigkeiten und Hürden bei der Integration abzubauen.

5.2 Kulturelle Kongruenz

Im deutschen Gesundheitssystem gibt es nicht nur ausländische Beschäftigte, sondern auch eine Vielzahl ausländischer Patientinnen und Patienten, deren gesundheitliche Versorgung sicherzustellen ist. Da Migrantinnen und Migranten in der Gesundheits- und Pflegeforschung in Deutschland deutlich unterrepräsentiert sind, weiß man noch vergleichsweise wenig über Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung nach Migrationsstatus. Es gibt jedoch bereits Hinweise auf Fehl- und Unterversorgung von Migranten in Deutschland. So werden beispielsweise Präventionsangebote in geringerem Umfang genutzt.⁴⁷

Die bereits als Problemfeld identifizierten kulturellen Unterschiede ausländischer Beschäftigter können an dieser Stelle als Vorteil genutzt werden. Dies gilt umso mehr, wenn die Fachkräfte denselben sprachlichen und kulturellen Hintergrund besitzen wie die Patientinnen und Patienten.

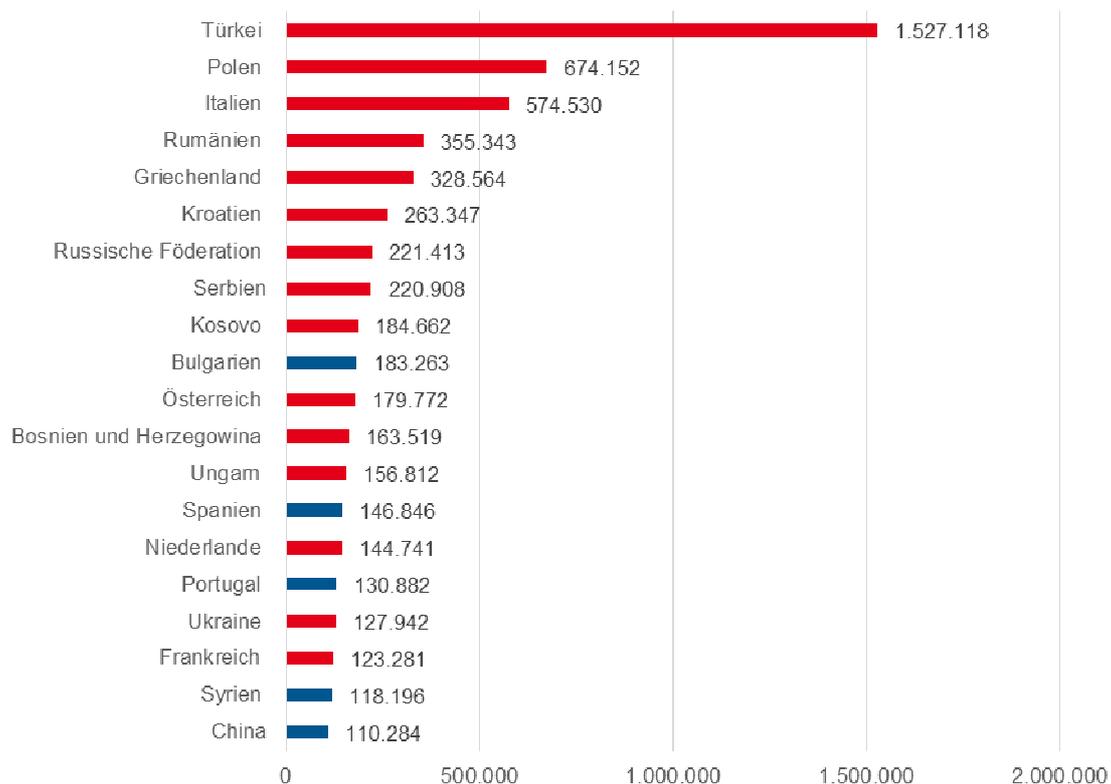
⁴⁶ Vgl. Prognos AG (2015).

⁴⁷ Vgl. Ärzte Zeitung online (2015).

Herkunftsländer im Vergleich

Insgesamt lag der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2014 bei knapp 9 % und ist in den letzten vier Jahren stetig angestiegen.⁴⁸

Abbildung 11: Die 20 wichtigsten Herkunftsländer der ausländischen Bevölkerung in Deutschland (2014)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Ausländische Bevölkerung – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters.

Ein Abgleich der wichtigsten Herkunftsländer der ausländischen Bevölkerung insgesamt (Abbildung 11) mit den wichtigsten Herkunftsländern des nicht-ärztlichen Personals (Abbildung 8) zeigt eine weitgehende Übereinstimmung (rote Markierung in Abbildung 11). Lediglich Bulgarien, Spanien, Portugal, Syrien und China zählen zu den 20 wichtigsten Herkunftsländern der ausländischen Bevölkerung insgesamt, spielen aber als Herkunftsland des nicht-ärztlichen Personals eine weniger wichtige Rolle (blaue Markierung in Abbildung 11). Aus Kasachstan, Thailand und dem Iran hingegen kommt zwar eine Vielzahl der nicht-ärztlich Beschäftigten, als Herkunftsländer generell sind sie aber weniger bedeutend. Bei den Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 4): Lediglich Kroatien, Kosovo, Bosnien und Herzegowina, Portugal, Frankreich und China zählen zu den 20 wichtigsten Herkunftsländern der ausländischen Bevölkerung insgesamt, spielen

⁴⁸ Vg. Statistisches Bundesamt (2015).

aber als Herkunftsland der betrachteten Gruppe eine weniger wichtige Rolle. Iran, Slowakei, die Tschechische Republik, Ägypten, Libyen und Jordanien sind hingegen als Herkunftsländer der Ärztinnen und Ärzte wichtiger als für die Gesamtbevölkerung.

Die kulturelle Kongruenz zwischen Patientinnen und Patienten und dem Personal macht ausländische Beschäftigte zu einer wichtigen Schnittstellen, um eine gute gesundheitliche Versorgung für alle Patienten unabhängig von ihrer Herkunft sicherzustellen.

Abbildung 12: Ausländisches Personal als Schnittstelle



Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

Aufgrund ihrer Sprachkompetenz, ihrem kulturellen Verständnis oder auch der Kenntnis spezieller Krankheitsbilder, können ausländische Beschäftigte eine Schlüsselrolle zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und den ausländischen Patientinnen und Patienten einnehmen. So zeigt ein Forschungsprojekt des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) zu interkulturellen Kompetenzen junger Fachkräfte mit Migrationshintergrund⁴⁹, dass Arzthelferinnen interkulturelle Kompetenzen in ihrem Berufsalltag zum Nutzen von Ärztinnen und Ärzten als auch von Patientinnen und Patienten einsetzen. Neben dem Einsatz ihrer Erstsprache zum Übersetzen von Arzt-Patienten-Gesprächen, spielt auch kulturspezifisches Wissen im Umgang mit Patientinnen und Patienten gleicher Herkunft eine Rolle. Mit ihnen können ausländische Arzthelferinnen zum Teil ungezwungener kommunizieren. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse des Forschungsprojekts, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die interkulturelle Kompetenz ihrer Mitarbeiterinnen nutzen, ohne dies jedoch angemessen wahrzunehmen.

6 Fazit

Vor dem Hintergrund des sich ankündigenden Fachkräftemangels wird deutlich, dass ausländische Beschäftigte auch zukünftig eine wichtige Rolle im deutschen Gesundheitswesen spielen sollten. Um die Integration erfolgreich zu gestalten, gilt es, die identifizierten Schwierigkeiten und Hürden abzubauen. Dies gilt insbesondere für Personal aus Nicht-EU-Staaten, da hier die Probleme am größten sind. Der Blick auf die Herkunftsländer hat zwar gezeigt, dass der Großteil des ausländischen Personals aus EU-Staaten kommt, aber auch andere europäische sowie einzelne asiatische und afrikanische Staaten – wie Syrien, Iran, Ägypten und Libyen – stellen bedeutende Herkunftsländer dar.

Neben einer Vereinfachung der Prozesse bei der Anerkennung ausländischer Qualifikationen sollte auch eine Vereinheitlichung der Verfahren insbesondere über Bundesländergrenzen hinweg erfolgen. Zudem ist zu überdenken, wie mit fehlenden Referenzberufen in

⁴⁹ Vgl. Settlemeyer et al. (2005).

den Herkunftsländern umgegangen werden soll. Um das Potenzial von Sprache als zentralem Integrationsfaktor auszuschöpfen, sollte darüber hinaus verstärkt darauf geachtet werden, dass Sprachkurse auch berufsspezifische Deutschkenntnisse fördern und so dazu beitragen, dass die vollumfängliche fachliche Leistungsfähigkeit ausländischen Personals auch nutzbar gemacht wird. Wünschenswert wäre es darüber hinaus, dass Schulungsangebote neben der Sprache auch den Umgang mit kulturellen Unterschieden im Blick haben.

Die erfolgreiche Integration ausländischer Beschäftigter bietet neben der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung generell zudem besondere Chancen in der Versorgung ausländischer Patientinnen und Patienten. Das hohe Maß an Übereinstimmung bei den Herkunftsländern macht ausländische Beschäftigte zu einer wichtigen Schnittstelle zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und ausländischen Patientinnen und Patienten. Sie können dazu beitragen eine gute gesundheitliche Versorgung für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Herkunft sicherzustellen. Die erfolgreiche Integration ausländischen Personals in das deutsche Gesundheitssystem rechnet sich demnach in zweifacher Hinsicht.

7 Literaturverzeichnis

Böse, C. und Wünsche, T. (2015): Möglichkeiten zur Fachkräftesicherung in der Pflege durch das Anerkennungsgesetz. In monitor Pflege (2015/1), S. 31-35.

Bundesärztekammer (2014): Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>

Bundesministerium für Bildung und Forschung – BMBF (2015): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung – BMBF (2014): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2014. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung – BMBF (2012): Erläuterungen zum Anerkennungsgesetz des Bundes. Berlin.

Deutsches Ärzteblatt (2009): Integration Ausländischer Ärzte: Neben sprachlichen gibt es auch kulturelle Hürden. Jg. 106, Heft 10. Veröffentlicht am 06.03.2009.

Deutsches Ärzteblatt (2013): „Ich Arzt – Du Patient!“ Verstehen und verstanden werden. Deutschprüfung für ausländische Ärzte - ein erstes Fazit. Veröffentlicht am 15.01.2013.

Deutsches Ärzteblatt (2014): Ausländische Ärzte. Umgangssprache reicht nicht aus. Jg. 111. Heft 29-30. Veröffentlicht am 21.07.2014.

Englmann, B. und Müller-Wacker, M. (2014): Bewirken die Anerkennungsgesetze eine Verbesserung des Bildungstransfers? Studie zu ausländischen Fachkräften, die Anerkennungsberatungsangebote in Bayern nutzen. Augsburg.

Köhler, M.; Schröter, H.; Weizsäcker, E. (2015): Darstellung rechtlicher Regelungen zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse bei Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin. Informationsgrundlage für Beraterinnen und Berater. Nürnberg.

Kovacheva, V. und Grewe, M. (2015): Workplace Integration of Migrant Health Workers in Germany. Qualitative findings on experiences in two Hamburg hospitals.

Melzer, S. (2013): Ausländische Ärzte in Sachsen - Barrieren erkennen und Integration fördern - Eine Forschungsarbeit zur Erhebung, Analyse und Auswertung von strukturellen und organisatorischen Eintrittsbarrieren ausländischer Ärzte im Freistaat Sachsen.

Settelmeier, A., Benneker, G., Dorau, R., Hörsch, K., (2005): Interkulturelle Kompetenzen von Arzthelferinnen mit Migrationshintergrund. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (B/W/P) 4/2005.

Weizsäcker, E. (2013): Von der EU lernen? Das deutsche Anerkennungsgesetz. In: SVR: Erfolgsfall Europa? Folgen und Herausforderungen der EU-Freizügigkeit für Deutschland. Jahresgutachten 2013 mit Migrationsbarometer. Berlin: 2013. S. 150-168.

Zahnärztliche Mitteilungen (2012): Vorbereitungskurs zur Gleichwertigkeitsprüfung. Der Weg zur deutschen Laufbahn. Heft 23. Veröffentlicht am 01.12.2012.

Zahnärztliche Mitteilungen (2014): Ärzte aus dem Ausland. Medizin braucht Migration. Heft 6. Veröffentlicht am 16.03.2014.

Elektronische Quellen:

Ärzte Zeitung online (2015): http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/876610/gesundheitsversorgung-migranten-ruecken-staerker-fokus.html (zuletzt abgerufen am 16.11.2015).

Bayerische Staatszeitung (2015): <http://www.bayerische-staatszeitung.de/staatszeitung/politik/detailansicht-politik/artikel/kuechenhilfe-mit-dokortitel.html> (zuletzt abgerufen am 16.11.2015).

Bundesagentur für Arbeit: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III. <https://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/BuergerinnenUndBuerger/ArbeitundBeruf/ArbeitsJobsuche/UnterstuetzungdurchDritte/index.htm> (zuletzt abgerufen am 29.10.2015).

Gesellschaft für berufsbildende Maßnahmen (GFBM): Finanzierung berufsbezogener Sprachangebote. <http://gfbm.de/angebote/bildungsarten/coaching/berufsbezogene-sprachangebote/> (zuletzt abgerufen am 29.10.2015).