

Yamamura, Sakura

Article — Published Version

Brain Waste ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Yamamura, Sakura (2009) : Brain Waste ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 89, Iss. 3, pp. 196-201, <https://doi.org/10.1007/s10273-009-0910-2>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/65577>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Sakura Yamamura

„Brain Waste“ ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Der deutsche Arbeitsmarkt im Gesundheitssektor ist derzeit durch einen Fachkräftemangel gekennzeichnet, der sich durch die demographische Entwicklung zukünftig noch verschärfen wird. Ausländischen ÄrztInnen könnten helfen, die Lücke zu füllen, wenn man ihnen die Arbeitsaufnahme in Deutschland erleichterte bzw. erst ermöglichte. Wie stellen sich die aktuellen Bedingungen dar und welche konkreten Maßnahmen können gegen den Ärztemangel in Deutschland ergriffen werden?

Fachkräftemangel und steigender Bedarf an Hochqualifizierten kennzeichnen den generellen Trend auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Auch im Gesundheitssektor fehlen Fachkräfte, die zunehmend nicht nur im Inland, sondern auch aus dem Ausland rekrutiert werden müssen. Ein besonderes Problem stellt der Bedarf an Ärzten und Ärztinnen dar.

Von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel

Deutschland gehört zu den Ländern, die sich vor wenigen Jahren noch über eine „Ärzteflut“ oder eine „Ärzteschwemme“ beklagten¹ und nun an Ärztemangel leiden.² Der Ärztemangel basiert, wie Kopetsch im Bericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer³ feststellte, zum einen auf dem steigenden Anteil an älteren ÄrztInnen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und zum anderen an einem sich verringernden Nachschub an jüngeren ÄrztInnen.

Die Ärzttestatistik der Bundesärztekammer⁴ zum Jahresende 2007 erweckt zunächst den Anschein eines wachsenden ärztlichen Personals, da die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ÄrztInnen mit einer Steigerungsrate von 1,7% zum Vorjahr auf 413 696 gestiegen ist. Auch ist eine konstante Zahl von StudienanfängerInnen im Medizinstudium zu verzeichnen, was nicht unbedingt auf einen Mangel an Nachwuchs schließen lassen würde. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass dies sowohl auf die weiter steigende Zuwanderung ausländischer ÄrztInnen als auch auf den sogenannten „Prozess der ‚Feminisierung‘ der medizinischen Profession“⁵, d.h. auf eine zunehmende Zahl von weiblichen Ärzten, zurückzuführen ist.

Tatsache ist, dass die Abwanderung junger deutscher ÄrztInnen konstant hoch bleibt⁶ (2493 ÄrztInnen haben 2007 Deutschland verlassen), damit ist ein „dramati-

scher Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung“⁷ zu verzeichnen. Gründe für die Auswanderung sind die Arbeitsbedingungen hinsichtlich des Einkommens und der Arbeitszeit.⁸ Aber auch das Arbeitsklima wird beklagt,⁹ was aus Sicht des Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, auch auf sich ändernde Erwartungen seitens der jungen ÄrztInnen und die wachsenden Anforderungen im ärztlichen Beruf zurückzuführen sei.¹⁰ Der Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit¹¹ wegen bürokratischer und administrativer Lasten ist ein zusätzlicher Faktor für den schwindenden

¹ Vgl. I. Flenker, M. Schwarzenau: Ärztliche Arbeitslosigkeit: Vom Fremdwort zum Langzeitproblem, in: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg. (1998), H. 3, S. 85-87; H. C. Lade: Arbeitsmarkt für Ärzte: Es wird enger, in: Deutsches Ärzteblatt, 94. Jg. (1997), H. 17, S. 1101.

² Vgl. hierzu auch K. Hoesch: ‚Green Card‘ für Ärzte? Von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel im deutschen Gesundheitssektor, in: IMIS-Beiträge, Osnabrück 2003, H. 22, S. 99-113.

³ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung, 4. Aktualisierte und überarbeitete Auflage, Hrsg. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2007.

⁴ Bundesärztekammer: Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.12. 2007, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.6097.6098>.

⁵ Ebenda.

⁶ Die Abwanderung findet insbesondere in Länder Skandinaviens, nach Österreich und in die Schweiz sowie in die traditionellen Einwanderungsländer USA, Großbritannien und Australien statt.

⁷ Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Dramatischer Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung, Gemeinsame Pressemitteilung, Studie von BÄK und KBV zur Arztlzahlentwicklung vorgestellt, Berlin, 9.10.2007, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5062.5717.5722>.

⁸ T. Kopetsch: The migration of doctors to and from Germany, in: Journal of Public Health, Vol. 17 (2009), No. 1, S. 33.

⁹ Vgl. R. Henke: Die Situation des ärztlichen Nachwuchses. Das Krankenhaus als Unternehmen, in: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg. (1998), H. 42, S. 2620-2624; Rambøll Management: Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ – Abschlussbericht, Hamburg 2004.

¹⁰ Experteninterview vom 22.9.2008

¹¹ Vgl. Rambøll Management, a.a.O.; R. Kaiser, S. Köhler, M. Popović, U. Stüwe: Rambøll-Gutachten. Datenbasis noch unbefriedigend – Empfehlungen für die Politik, in: Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg. (2005), H. 34-35, S. 2297-2301.

Sakura Yamamura, 28, ist Affiliated Researcher bei der Migration Research Group des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI).

Ärztepool.¹² Trotz konstanter Zahlen der StudienanfängerInnen im Medizinstudium wird seit mehr als zehn Jahren ein Rückgang an AbsolventInnen verzeichnet, da immer mehr Studierende ihr Medizinstudium abbrechen.¹³

Parallel zu dieser Entwicklung ist eine Überalterung der deutschen Ärzteschaft insgesamt zu beobachten, so dass es hier einen erheblichen Bedarf an Nachwuchs bereits gibt und in Zukunft verstärkt geben wird. Darüber hinaus kommt hinzu, dass die demographische Entwicklung die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zukünftig noch weiter steigern wird.¹⁴

Maßnahmen gegen den Ärztemangel in Deutschland

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels und des prognostizierten wachsenden Bedarfs an Gesundheitspersonal¹⁵ stehen unterschiedliche Ansätze für entsprechende Gegenmaßnahmen zur Debatte.

Die Position, die von ärztlicher Seite (insbesondere vom Marburger Bund, der Fachgewerkschaft für MedizinerInnen in Deutschland) vehement vertreten wird, ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von ÄrztInnen, um so den Abwanderungsabsichten junger deutscher ÄrztInnen entgegenzuwirken. Die Anwerbung von hochqualifizierten Fachkräften aus dem (EU-)Ausland stellt ein weiteres Instrument dar, um dem Ärztemangel zu begegnen. Angeworben werden ausländische ÄrztInnen, die im Ausland ausgebildet worden sind. Schließlich wurde durch das neue Zuwanderungsgezet aus dem Jahr 2005, das dem Absolventen aus dem Ausland ein Jahr weiteren Aufenthalt nach erfolgreichem Studienabschluss zur Arbeitssuche gewährt, eine neue Möglichkeit geschaffen, ausländische Studierende zum Studium in Deutschland zu motivieren und somit gegebenenfalls ausländischstämmige Hochqualifizierte für den deutschen Arbeits-

markt zu gewinnen. Die großen Schwierigkeiten bei der Anerkennung von ausländischen Qualifikationen und Arbeitserfahrungen¹⁶ oder sprachliche Barrieren¹⁷ würden somit umgangen.

Medizinstudierende und ÄrztInnen aus dem Nicht-EU-Ausland

Bei all den europaweiten Bemühungen, die aktuellen Herausforderungen der Gesundheitssysteme zu bewältigen und dabei gleichzeitig den „[e]ffektivere[n] Einsatz der verfügbaren Arbeitskräfte des Gesundheitswesens“ zu gewährleisten,¹⁸ wäre zu erwarten, dass auch Drittstaatsangehörige, die ihr Medizinstudium im EU-Inland erfolgreich abschließen, eine zusätzliche und damit willkommene Stärkung des Fachkräftepools darstellen.

Die bisher wenig erfasste Realität ist jedoch, dass ausländische Medizinstudierende an deutschen Universitäten nach erfolgreichem Studium mit kaum überwindbaren Hürden beim Einstieg in den deutschen Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Dabei handelt es sich letztendlich um eine spezifische Form des sogenannten „Brain Waste“, der Vergeudung des vorhandenen Humankapitals von hochqualifizierten MigrantInnen im Aufnahmeland Deutschland.

AbsolventInnen des Medizinstudiums aus Drittstaaten erhalten nämlich nach erfolgreichem Abschluss, den sie unter gleichen Bedingungen wie deutsche oder EU-AusländerInnen erlangt haben, keine Approbation, d.h. die Zulassung zur „eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung“¹⁹.

Die Bundesärzteordnung (BÄO)²⁰ besagt, dass die Approbation grundsätzlich Deutschen und EU-Staatsangehörigen vorbehalten ist.²¹ ÄrztInnen aus Drittstaaten

¹² Es gibt keine verlässliche Statistik zur Migration von ÄrztInnen. Die Zahlen sind zusammengesetzt aus unterschiedlichen Melderegistern und Daten, die die Lebensbedingungen der ÄrztInnen abzubilden versuchen: Anzahl der ausgestellten „Unbedenklichkeitserklärungen“ (die für die Erwerbstätigkeit im Ausland benötigt werden) der einzelnen Ärztekammern der Bundesländer, eigene Angaben der ÄrztInnen bei der Abmeldung von den regionalen Ärztekammern und Anmeldungen bei ausländischen Ärztekammern, wobei diese nicht für alle Länder vorhanden sind. So schwankt die Zahl emigrierter ÄrztInnen zwischen 6000 und 15 000; die tatsächliche Zahl der im Ausland tätigen ÄrztInnen liege derzeit weit über diesen ermittelten 15 000 (vgl. T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O.; sowie T. Kopetsch: The migration of doctors ..., a.a.O.). Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, geht von einem Negativsaldo von ca. 1000 ÄrztInnen pro Jahr aus.

¹³ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 150.

¹⁴ T. Gewiese, U. Leber, B. Schwengler: Gesundheits- und Sozialwesen: Hoher Bedarf an Fachkräften, in: IAB-Materialien, Nr. 4 (2003), S. 10-11; Europäische Kommission: Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa, Brüssel 2008, S. 3 ff.

¹⁵ IZA Institut zur Zukunft der Arbeit: Zukunft von Bildung und Arbeit. Perspektiven von Arbeitskräftebedarf und -angebot bis 2020, in: IZA Research Report, Nr. 9 (2007), S. 83 ff.; McKinsey & Company: Deutschland 20|20 Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft, Frankfurt a.M. 2008.

¹⁶ Vgl. R. Gordy: Qualitätssicherung durch Berufszulassung. Zur Problematik der Gleichwertigkeit ärztlicher und zahnärztlicher Ausbildungen im Ausland, in: Medizinrecht, Vol. 19 (2001), No. 7, S. 348-353; H. Haage: Die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Rechtsfolgen für die Zulassung insbesondere als Ärztin/Arzt, in: Medizinrecht, Vol. 26 (2008), No. 2, S. 70-76; unterschiedliche Problematiken wurden auch im Interview mit Dr. Frank Ulrich Montgomery genannt.

¹⁷ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 38.

¹⁸ Vgl. Europäische Kommission, a.a.O., S. 7 ff.

¹⁹ Approbationsordnung für Ärzte von 27. Juni 2002, in: Bundesgesetzblatt Nr. 44, Teil I (2002), Bonn.

²⁰ Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl I S. 2686).

²¹ Es gibt eine „Ausnahme der kleinen Gruppe von Migrant/innen, die nach der RL 2005/36/EG eine Anerkennung erhalten können, wenn ihre Ausbildung in einem anderen EU-Land anerkannt wurde und sie dort drei Jahre Berufserfahrung erworben haben“ (vgl. B. Englmann, M. Müller: Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland, Augsburg 2007, S. 5; doch wird weiterhin angeführt, dass „diese Ausnahmeregelung nur selten angewendet wird“ und für ausländische ÄrztInnen die Einbürgerung für die Erlangung der Approbation benötigt werde, vgl. ebenda. S. 51.

können lediglich einen „Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gem. § 10 Bundesärzteordnung“ bei der zuständigen Gesundheitsbehörde stellen. Die Berufserlaubnis wird widerrufen und bis zu einer Gesamtdauer von höchstens vier Jahren erteilt. Eine weitere Verlängerung kann im Fall der „ärztlichen Weiterbildung“ (§ 8), also im Rahmen einer Weiterbildung zur Erlangung einer Facharztqualifikation, ermöglicht werden, wenn diese in der oben genannten Frist nicht beendet werden konnte, jedoch darf sie drei Jahre nicht überschreiten. Die Dauer der befristeten Berufserlaubnis beträgt somit maximal sieben Jahre. Darüber hinaus ist die Berufserlaubnis örtlich und auf bestimmte Tätigkeiten begrenzt. ÄrztInnen aus Drittstaaten dürfen nur „unselbständige Tätigkeiten“ ausführen, so dass die ÄrztInnen „in der Regel auf Assistenzarztebene in Krankenhäusern“²² und unter Aufsicht²³ arbeiten. Gleichmaßen betroffen sind ausländische ZahnärztInnen aus dem Nicht-EU-Ausland. Der Wortlaut des § 13 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) ist identisch.²⁴

Eine Berufserlaubnis, die über die maximalen sieben Jahre hinausgeht, kann in Ausnahmefällen gewährt werden, wenn einer der folgenden Sachverhalte gegeben ist:

1. Die ärztliche Tätigkeit des betroffenen ausländischen Arztes liegt „im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung“. Diese Situation ist selten in Metropolregionen und eher in ländlichen Gebieten (vor allem in den neuen Bundesländern) gegeben, wobei Kopetsch kritisiert, dass „die bestehende Bedarfsplanung in Form einer Verteilungssteuerung nach vorgegebenen Arzt/Einwohner-Relationen kein ausreichendes Steuerungsinstrument“ darstellt.²⁵ Darüber hinaus sei die „Beweisführung“, dass kein deutscher oder EU-Arzt mit gleicher Qualifikation für die Stelle zur Verfügung stehe, mit „eine[m] bürokratische[n] Hürdenlauf“ verbunden. Eine entsprechende Erlaubnis nach „öffentlichem Interesse“ werde selbst bei großen Kliniken, wie z.B. dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), das über einen Verwaltungsapparat zur Betreuung ausländischer ÄrztInnen verfügt, „in der Tat nur selten“

erteilt, so der Leiter des Geschäftsbereichs Personal, Recht & Organisation des UKE, Oliver Füllgraf.²⁶

2. Wenn die/der ausländische Arzt/Ärztin „unanfechtbar als Asylberechtigter anerkannt“ ist oder den Status eines Flüchtlings innehat.²⁷
3. Wenn die betreffende Person „im Besitz einer Einbürgerungszusicherung ist, der Einbürgerung jedoch Hindernisse entgegenstehen, die der Antragsteller nicht selbst beseitigen kann“.
4. Und schließlich, wenn die betreffende Person mit einem/einer Deutschen oder einem/einer EU-Staatsangehörigen verheiratet ist.

Da die Umsetzung der Bundesärzteordnung in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer liegt, ist die Verwaltungspraxis nicht unbedingt einheitlich. Unterschiede gibt es vor allem bei den Prüfungsmodalitäten.²⁸ Anders als jedoch in einer ersten Studie über die Situation des „Brain Waste“ in Deutschland dargestellt,²⁹ haben eigene Nachfragen bei Gesundheitsbehörden in unterschiedlichen Bundesländern ergeben, dass in der Verwaltungspraxis trotz der Möglichkeit einer flexiblen Handhabung die Grundmaßgaben bei der Erteilung von Berufserlaubnissen und deren Verlängerungen strikte Anwendung finden. Dies bedeutet, dass grundsätzlich keine unbefristete oder zeitlich bzw. örtlich uneingeschränkte Berufserlaubnis erteilt wird.³⁰

„Brain Waste“ der Nicht-EU-ÄrztInnen

In der Praxis sieht dies dann, wie bereits Murata³¹ vor einem Jahrzehnt – allerdings noch unter anderen aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen – anhand eines australischen Arztes dargestellt hat, so aus, dass ein nicht-asylberechtigter und nicht mit einer EU-Bürgerin verheirateter Arzt aus dem Nicht-EU-Ausland trotz

²⁶ Experteninterview vom 17.9.2008.

²⁷ § 23 Abs. 2 AufenthG: „Das Bundesministerium des Innern kann zur Wahrung besonders gelagerter politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland im Benehmen mit den obersten Landesbehörden anordnen, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Ausländern aus bestimmten Staaten oder in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen eine Aufnahmezusage erteilt.“

²⁸ B. Englmann, M. Müller, a.a.O., S. 51.

²⁹ „Die BÄO bietet (...) einen durchaus flexiblen Rahmen für Verlängerungen der Berufserlaubnis. Aus Bescheiden von MigrantInnen geht hervor, dass die Erlaubnis in Bayern oft für mehrere Jahre erteilt wird und verlängert werden kann.“, vgl. B. Englmann, M. Müller, a.a.O., S. 51.

³⁰ Die Aussage von Englmann/Müller beruht vermutlich darauf, dass nicht nach den jeweiligen Umständen der befragten ausländischen ÄrztInnen gefragt wurde. Da die Verlängerung der Berufserlaubnis in der Regel nur jeweils für zwei Jahre erteilt wird, ist es möglich, dass die mehrmaligen Anträge bis zur Ausschöpfung der zugelassenen insgesamt sieben Jahre bei der betroffenen Person den Eindruck einer flexiblen Handhabung erweckt haben.

³¹ H. Murata: Berufserlaubnis: Arzt zu werden ist nicht schwer..., in: Deutsches Ärzteblatt, 96. Jg. (1999), H. 22, S. 60.

²² B. Englmann, M. Müller, a.a.O., S. 51

²³ Vgl. T. Kopetsch: The migration of doctors ..., a.a.O., S. 25; s. auch Hinweise der Landesprüfungsämter zum „Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 10 der BÄO“.

²⁴ Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 17. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2945).

²⁵ Vgl. T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O.

einer deutschen Ausbildung faktisch keine Möglichkeit hat, der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland nachzugehen und damit de facto kein Arzt/keine Ärztin ist.

Diese rechtliche Benachteiligung, die Chenot et al.³² als eine der Facetten der Probleme für ausländische Medizinstudierende bezeichnet, wird bei der Debatte über den Ärztemangel zwar erwähnt, doch werden die gravierenden Konsequenzen nicht weiter beleuchtet.³³

Besonders problematisch stellt sich der Fall der BildungsinländerInnen (AusländerInnen, die ihre Schulbildung in Deutschland genossen haben) unter den Medizinstudierenden dar. Bei dieser Gruppe handelt es sich um AusländerInnen, die oftmals nicht nur in Deutschland aufgewachsen, sondern auch hier geboren sind. Sie fallen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens aufgrund ihres deutschen Abiturs nicht unter die sogenannte „Ausländerquote“, sondern werden deutschen BewerberInnen gleichgestellt. Demnach können sie unter den gleichen Bedingungen wie deutsche StaatsbürgerInnen Medizin studieren,³⁴ werden jedoch nach erfolgreichem Abschluss des Studiums aufgrund ihrer Nationalität von der Erlangung der Approbation ausgeschlossen.

Das Problem der nicht zu erlangenden Approbation und der Befristung der Berufserlaubnis ist unter Studierenden der Humanmedizin und der Zahnmedizin durchaus ein Thema.³⁵ Ausländische Studierende aus Drittländern berichten, dass die Einbürgerung primär aus „Vernunftsgründen“ in Erwägung gezogen wird. Um Komplikationen bzw. die Chancenlosigkeit bei der Bewerbung um Arbeitsplätze nach dem Abschluss des Studiums zu umgehen (es wurde von einem Zahnarzt berichtet, dass seine Bewerbungen an Praxen ausnahmslos vor diesem Hintergrund abgewiesen worden seien), entscheiden sich ausländische Medizin- und Zahnmedizinstudierende, insbesondere diejenigen, die sich bereits langfristig in Deutschland aufhalten und die minimalen acht Jahre erfüllen, schon während des Studiums dafür, die deutsche Staatsangehörigkeit anzunehmen. Neben der Einbürgerung als Lösung steht jedoch auch die Ab- bzw. Weiterwanderung zur Debatte. So wurden ebenfalls Fälle von ausländischen ÄrztInnen u.a. aus Japan und dem Iran bekannt, die nach einer kurzen Assistenzarztzeit in ein anderes Land aus-

³² J. F. Chenot, A. Simmenroth-Nayda, M. Scherer: Medizinstudierende ausländischer Herkunft in Deutschland. Eine Forschungslücke, in: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 24. Jg. (2007), H. 1, Doc70.

³³ Vgl. T. Kopetsch: The migration of doctors ..., a.a.O.; B. Englmann, M. Müller, a.a.O.

³⁴ Da sie meist auch im Besitz der unbefristeten Niederlassungserlaubnis in Deutschland sind, können sie z.B. auch an EU-Mobilitätsprogrammen, wie ERASMUS, teilnehmen.

³⁵ Aussage auf Basis von Einzelgesprächen mit Studierenden und Absolventen aus Nicht-EU-Mitgliedsstaaten, u.a. Südkorea, Japan, Kroatien, Albanien, Serbien und der Türkei.

gewandert sind.³⁶ Eher sarkastisch und als verzweifelter Lösungsansatz wird unter den ausländischen Nicht-EU-Medizinstudierenden von der Möglichkeit einer Zweckehe mit einem/r deutschen Staatsangehörigen gesprochen: „Als Nicht-EU-Single bleibt Ihnen nur die perfekt inszenierte Scheinehe, um die Berufserlaubnis zu erhalten“³⁷.

Die allgemeine Debatte um „Brain Waste“ dreht sich hauptsächlich um die „Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland“. Im beschriebenen Fall geht es um in Deutschland erworbene Qualifikationen, die aufgrund der Staatsangehörigkeit dem Absolventen zwar anerkannt, jedoch nicht der Qualifikation entsprechend eingesetzt werden können und somit ebenfalls zwangsläufig zu „Brain Waste“ führen.

Unbekannte Dimension des „Brain Waste“ aufgrund fehlender Statistiken

Die Dimension der von dieser Restriktion betroffenen AbsolventInnen des Zahn- und Humanmedizinstudiums und jungen AssistenzärztInnen bleibt aufgrund der Nicht-Erfassung bzw. der nur unvollständig existierenden Statistiken im Dunkeln. Im Folgenden sollen jedoch die für die genannte Problematik relevanten Daten aufgeführt und deren Mängel beleuchtet werden, um eine grobe Idee des Ausmaßes zu erhalten.

Wie auch in der „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“³⁸ im Kapitel zur „Zuwanderung von ausländischen Ärzten“ angeführt wird, tauchen „Ausländer, die in Deutschland geboren bzw. jung zugewandert sind, ihre Schulausbildung hier erhalten und in Deutschland studiert haben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (...) in den Ausländerstatistiken auf, obwohl sie beruflich eigentlich wie Inländer gelten müssten.“

In Deutschland sind zum Jahresende 2007 nach Angaben der Bundesärztekammer insgesamt 20 434 ÄrztInnen ausländischer Nationalität registriert worden, was 4,94% der gesamten Ärzteschaft (413 696) umfasst. Derzeit sind jedoch davon 3616 ÄrztInnen ohne ärztliche Tätigkeit. Die Zahl der EU-AusländerInnen liegt bei 10 069, also knapp die Hälfte aller ausländischen ÄrztInnen. Die Anzahl an ausländischen ÄrztInnen in Deutschland wächst stetig, derzeit mit einer Wachstumsrate von 5,4%, wobei die stärksten Zuwächse auf ÄrztInnen aus europäischen Ländern entfallen.³⁹

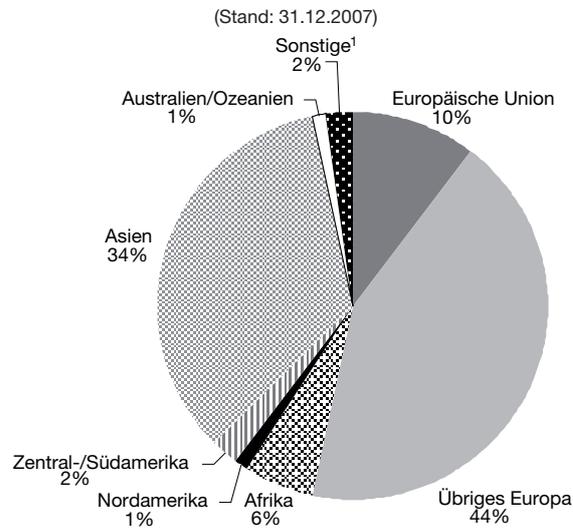
³⁶ Kontakte zu solchen ehemaligen KollegInnen oder auch KommilitonInnen herzustellen, war erfolglos.

³⁷ H. Murata, a.a.O., S. 60

³⁸ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 139.

³⁹ Vgl. Bundesärztekammer: Ärzttestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2007.

Ausländische ÄrztInnen nach § 10 BÄO in Hamburg



¹ Staatenlos, ungeklärt, o. A.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Ärztekammer Hamburg.

Ferner ist die Zahl der ausländischen ÄrztInnen bekannt, die nach der BÄO § 10 temporär zugelassen sind. Im Jahre 2006 berichtet Kopetsch, dass von den zu der Zeit in Deutschland wohnhaften 19 513 ausländischen ÄrztInnen 30% nach der BÄO § 10 angestellt waren.⁴⁰ Ein detaillierteres Bild über den Anteil an den von der Restriktion der BÄO § 10 betroffenen AusländerInnen gibt die Ärztestatistik auf der Landesebene (vgl. für Hamburg Abbildung). Es wird deutlich, dass 90% der nach dem § 10 beschäftigten ÄrztInnen aus nicht EU-Ländern kommen und somit nach der in der Regel maximal vier Jahre dauernden Befristung (falls keine Heirat oder Einbürgerung erwogen wird) dem deutschen Gesundheitssystem als hochqualifizierte Arbeitskräfte verloren gehen könnten.

Die ausländische Arbeitskraft im Ärzteberuf gewinnt zunehmend an Bedeutung, insbesondere wenn die Abwanderung von ÄrztInnen aus Deutschland stetig „auf einem hohen Niveau“ bleibt; 2429 ÄrztInnen verließen 2007 das Land.⁴¹ Kopetsch gibt an, dass im Jahr 2006 insgesamt 2575 ÄrztInnen, die ursprünglich in Deutschland praktiziert haben, ins Ausland gezogen sind, darunter 78% deutscher Staatsangehörigkeit.⁴² Dies bedeutet, dass 22%, also mehr als ein Fünftel der Ausgewanderten, AusländerInnen waren. Wie viele jedoch von diesen knapp 567 ÄrztInnen einem außereu-

ropäischen Land zugehören, bleibt offen. Da der Anteil an Nicht-EU-BürgerInnen an der § 10-Ärzterschaft groß zu sein scheint (dies wird zumindest am Beispiel Hamburgs deutlich), ist auch unter den Auswandernden mit einem nicht geringen Anteil an Nicht-EU-BürgerInnen zu rechnen.

Die Restriktionen für ausländische ÄrztInnen aus Drittstaaten könnten vermutlich ebenfalls erklären, dass der Anteil an ausländischen Staatsangehörigen in der deutschen Ärzteschaft (trotz verstärkter globaler Migrationsbewegungen) von den 1970er Jahren bis zum Jahr 2005 konstant bei 5% geblieben ist – während er mit Ausnahme Kanadas und Schwedens, in allen anderen OECD-Ländern wuchs.⁴³

Bei dem Versuch, das Ausmaß des „Brain Waste“ über Studierende-Statistiken ermitteln zu wollen, ergibt sich folgendes Bild. Dem Statistischen Bundesamt liegen zwar Daten über die Zahl ausländischer Studierender der Human- und Zahnmedizin (8717 bzw. 1600) vor, jedoch ohne Angaben zum BildungsinländerInnen-Anteil. Auch jene Statistiken, die über die Herkunftsländer dieser ausländischen Studierenden Aussagen ermöglichen, lassen den Aspekt der BildungsinländerInnen außer Acht. Zudem werden in diesen Statistiken Humanmedizin und weitere Gesundheitswissenschaften zusammen aufgeführt.⁴⁴ Auch wenn die Anzahl der BildungsinländerInnen an den medizinischen Fakultäten der einzelnen Universitäten bekannt ist, wie bei der Universität Hamburg, bleibt offen, wie viele von den z.B. zum Wintersemester 2007/08 immatrikulierten 276 BildungsinländerInnen und ausländischen Studierenden aus Nicht-EU-Staaten stammen.⁴⁵ Die genaue Zahl betroffener ausländischer ÄrztInnen ist daher grundsätzlich nicht zu ermitteln. Nichtsdestotrotz sollte das Potenzial der in Deutschland ausgebildeten ausländischen ÄrztInnen, insbesondere der BildungsinländerInnen, in Zeiten der „globalen Gesundheitskrise“ besser genutzt werden.

Ärztmangel und „Brain Waste“

Seit geraumer Zeit wird von einer globalen Gesundheitskrise gesprochen. In einigen Teilen der Welt muss mit den gravierenden Folgen der Überalterung der Gesellschaft umgegangen werden. Immer mehr Menschen leben länger, was den Bedarf an Versorgung steigen lässt, aber gleichzeitig auch einen Mangel an Versor-

⁴⁰ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 140.

⁴¹ Ebenda.

⁴² T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 149.

⁴³ Vgl. auch OECD: International Migration Outlook: Sopemi 2007 Edition. Part III Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, Paris 2007, S. 181.

⁴⁴ Statistisches Bundesamt: Studierende an Hochschulen. Wintersemester 2007/2008, Fachserie 11, Reihe 4.1, Stand 25.9.2008, Wiesbaden.

⁴⁵ Angaben des Zentrums für Studierende der Universität Hamburg (12.11.2008); 2596 momentan immatrikulierte Studierende im Medizinstudium.

genden mit sich bringt. Wiederum in anderen Teilen muss den Folgen von Armut, Krisen und Epidemien mit mangelhaften Gesundheitssystemen begegnet werden. Wegen alarmierender Prognosen über die fehlende medizinische Versorgung der Bevölkerung in weiten Teilen der Welt rufen internationale Organisationen wie die WHO, OECD⁴⁶ und die EU⁴⁷ zur Kooperation und Verbesserung der Gesundheitssituation auf.

Ein wichtiger Aspekt dieser globalen Gesundheitskrise ist der große Bedarf an Fachkräften im Gesundheitssektor. In beinahe allen Ländern der Welt werden mittlerweile Gesundheitsfachkräfte, darunter auch ÄrztInnen, gebraucht. Darüber hinaus wird die demographische Entwicklung in wenigen Jahren eine „Ruhestandswelle“⁴⁸ hervorrufen. Parallel dazu geht eine „Wandlung des Morbiditätsspektrums und Ausweitung der Multimorbidität“ mit der Überalterung der Gesellschaft einher, die zusätzlich zu dem erhöhten Bedarf weitere ÄrztInnen erforderlich machen wird.⁴⁹ Vor diesem Hintergrund ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung die Beibehaltung von Fachkräften im eigenen Land (die „Retention“), d.h. die Verhinderung der Abwanderung aus dem Gesundheitssystem, indem Arbeitsbedingungen verbessert und die vorhandenen Arbeitskräftepotenziale effizienter genutzt werden. Zwar ist durchaus nachvollziehbar, dass die oben erläuterten restriktiven Maßnahmen für AusländerInnen ursprünglich eingeführt worden sind, um „deutsche Arbeitsplätze für die Eingeborenen [zu] verteidigen“⁵⁰, doch in Zeiten der zunehmenden globalen Migration und des nicht mehr durch ausschließlich deutschen und EU-Nachwuchs zu bewältigenden Ärztemangels, erscheint diese Restriktion nicht mehr zeitgemäß.⁵¹ So sollte die Politik der „Retention“ auch für Fachkräfte gelten, die zwar nicht die deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besitzen, jedoch in Deutschland ausgebildet worden sind.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender ökonomischer Aspekt der Bestrebungen zur effizienteren und effektiveren Nutzung von Arbeitskräften wird von Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Hamburg, genannt: „Jeder dieser Ärzte, die ins Ausland gehen, nimmt ja ein Stu-

dium im Wert von 300 000 Euro mit, die der deutsche Steuerzahler bezahlt hat“.⁵² Bei emigrierenden ÄrztInnen geht Humankapital, das in Deutschland produziert wurde, aber ungenutzt bleibt, verloren.

Die Restriktionen gegen diese ÄrztInnen sprechen auch gegen das Bestreben der EU, „zur Verbesserung des unternehmerischen Umfelds in Europa und zur Unterstützung und Förderung der Selbständigkeit“ beizutragen. Denn diese Erwerbstätigen in der Gesundheitsbranche können per se nicht als „Selbständige ihre eigenen Praxen oder Zentren“ betreiben, obwohl sie als hochqualifizierte ÄrztInnen, auch aufgrund ihres Migrationshintergrundes, einen großen Beitrag zur Versorgung des wachsenden Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen (insbesondere auch der wachsenden Bevölkerung von MigrantInnen) und damit gleichzeitig zum Wachstum in Europa leisten könnten.⁵³

Zwar mag es sein, dass die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des in der Regel sechsjährigen Medizinstudiums und der darauf folgenden Facharztausbildung eine/n EU-BürgerIn zu heiraten, durchaus nicht gering ist; auch mag die Bereitschaft der insbesondere in Deutschland geborenen AusländerInnen, die deutsche Staatsbürgerschaft eventuell schon während des Studiums anzunehmen, vorhanden sein. Doch von solchen Umständen auszugehen, sei laut Montgomery „Unsinn“. „Jemand, der in Deutschland sechs Jahre studiert hat, der vielleicht sogar vorher eine Zeit lang in Deutschland gelebt hat, oder sogar hier geboren ist, kriegt sogar aufenthaltsrechtliche Probleme am Ende seiner Ausbildung, und kriegt eben nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis – das halte ich für absolut grotesk, das sollte man ändern“⁵⁴.

ExpertInnen sind sich darüber einig, dass sich der Mangel an ÄrztInnen in Deutschland bzw. in der Europäischen Union mit aller Wahrscheinlichkeit weiter verstärken und somit ein ganzer Katalog mit Gegenmaßnahmen erforderlich werden wird. Neben Bemühungen, den „Brain Drain“ deutscher ÄrztInnen ins Ausland durch verbesserte Arbeitsbedingungen einzudämmen und den „Brain Gain“ durch die Anwerbung ausländischer ÄrztInnen effektiver zu gestalten, wäre es vor diesem Hintergrund sicherlich gleichermaßen sinnvoll, die Lage der in Deutschland ausgebildeten ausländischen ÄrztInnen zu überprüfen, um bereits in Deutschland vorhandenes Humankapital nicht zu vergebenden bzw. diese besondere Form des „Brain Waste“ zu verhindern.

⁴⁶ Vgl. OECD: The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond?, Paris 2008.

⁴⁷ Vgl. Europäische Kommission, a.a.O.

⁴⁸ T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 153.

⁴⁹ Ebenda.

⁵⁰ H. Murata, a.a.O., S. 60.

⁵¹ Auch sollte erwähnt werden, dass die „Förderung größerer sozialer und ethnischer Vielfalt bei der Einstellung“ von Arbeitskräften im europäischen Raum auch im Gesundheitssektor angestrebt wird, vgl. Europäische Kommission, a.a.O., S. 7.

⁵² Experteninterview vom 22.9.2008.

⁵³ Europäische Kommission, a.a.O., S. 14 f.

⁵⁴ Experteninterview vom 22.9.2008.