

Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage

Teney, Céline; Becker, Regina; Bürkin, Katharina; Spengler, Max

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Forschungsbericht / research report

Dieser Beitrag ist mit Zustimmung des Rechteinhabers aufgrund einer (DFG geförderten) Allianz- bzw. Nationallizenz frei zugänglich. / This publication is with permission of the rights owner freely accessible due to an Alliance licence and a national licence (funded by the DFG, German Research Foundation) respectively.

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Teney, C., Becker, R., Bürkin, K., & Spengler, M. (2017). *Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage*. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53309-0>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

socium

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik



Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage

Céline Teney, Regina Becker, Katharina Bürkin & Max Spengler

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Aus -und Weiterbildung	5
2.1	Studium und Land der Ausbildung	5
2.2	Facharztrichtung.....	7
3	Migration.....	14
3.1	Zuzug nach Deutschland.....	14
3.2	Wichtigste Migrationsgründe.....	16
3.3	Weitere Einflussfaktoren der Migrationsentscheidung	19
4	Berufliche Integration.....	24
4.1	Strukturelle Faktoren beruflicher Integration.....	24
4.2	Subjektive Faktoren beruflicher Integration	33
5	Soziale und kulturelle Integration	49
5.1	Strukturelle Faktoren subjektiver Integration.....	49
5.2	Subjektive Faktoren sozio-kultureller Integration.....	58
5.3	Identifikative Integration.....	64
6	Bleibeabsichten und zukünftige Migrationspläne.....	68
6.1	Ursprüngliche Bleibeabsicht.....	68
6.2	Zukünftige Bleibeabsicht	69
6.3	Gründe in Deutschland zu bleiben	70
7	Zusammenfassung.....	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der Befragten	3
Tabelle 2: Staatsbürgerschaft.....	4
Tabelle 3: Land des Studiums nach Herkunftsregion der Befragten.....	5
Tabelle 4: Land des Studiums nach Alterskategorie der Befragten	7
Tabelle 5: Verteilung der Facharztrichtungen (in Deutschland und vorliegender Stichprobe der EU-Ärzt/-innen)	8
Tabelle 6: Geschlechterverteilung nach Facharztrichtung in unserer Stichprobe	10
Tabelle 7: Facharztrichtung nach Geschlecht (in Deutschland und vorliegender Stichprobe der EU-Ärzt/-innen)	11
Tabelle 8: Facharztrichtung nach Alterskategorie der Befragten	12
Tabelle 9: Facharztweiterbildung nach Land.....	12
Tabelle 10: Land der Facharztweiterbildung nach Alterskategorie der Befragten	13
Tabelle 11: Herkunftsregion nach Jahr (Zeitraum) des Zuzugs der Befragten	14
Tabelle 12: Alter bei Zuzug nach Deutschland (nach Geschlecht der Befragten)	15
Tabelle 13: Bisherige Migrationserfahrung vor und seit dem 18. Lebensjahr	19
Tabelle 14: Familiäre Situation beim Zuzug nach Deutschland.....	20
Tabelle 15: Unterstützung beim Zuzug nach Deutschland.....	21
Tabelle 16: Berufstätigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate vor Zuzug nach Deutschland.....	21
Tabelle 17: Letzte Tätigkeit vor dem Zuzug nach Deutschland.....	22
Tabelle 18: Stellenzusage in Deutschland vor Migration	23
Tabelle 19: Berufliche Position europäischer Ärzt/-innen	26
Tabelle 20: Arbeitsort nach Geschlecht, Herkunftsregion und Jahr des Zuzugs der Befragten.....	30
Tabelle 21: Arbeitszeit nach Geschlecht und Beschäftigungssituation der Befragten	31
Tabelle 22: Überstunden Teilzeit/Vollzeit.....	31
Tabelle 23: Überstunden bei Vollzeitbeschäftigten nach diversen Merkmalen	32
Tabelle 24: Allgemeine Benachteiligungserfahrungen aufgrund der Herkunft	33
Tabelle 25: Wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz.....	34
Tabelle 26: Berufliche Situation im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten im Herkunftsland	47
Tabelle 27: Berufliche Situation im Vergleich zu deutschen Ärztinnen und Ärzten.....	47
Tabelle 28: Anzahl gesprochener Sprachen und Anzahl gesprochener Fremdsprachen.....	50
Tabelle 29: Deutschkenntnisse (Selbsteinschätzung nach GER) nach Aufenthaltsdauer (in Jahren) ...	51
Tabelle 30: Sprachverwendung mit dem Kind/den Kindern nach bisheriger Aufenthaltsdauer	52
Tabelle 31: Sprachverwendung mit dem Partner/der Partnerin nach bisheriger Aufenthaltsdauer ...	52
Tabelle 32: Partnerschaft und Staatsbürgerschaft des Partners/der Partnerin	53
Tabelle 33: Partnerschaft und Staatsbürgerschaft des Partners/der Partnerin nach bisheriger Aufenthaltsdauer in Deutschland.....	53
Tabelle 34: Kinder unter 16 Jahren nach verschiedenen Merkmalen der Befragten	54
Tabelle 35: Zusammensetzung des Freundeskreises in Deutschland	57
Tabelle 36: Zusammensetzung des Freundeskreises in Deutschland nach verschiedenen Merkmalen der Befragten.....	58
Tabelle 37: Wahrgenommene Benachteiligung im Alltag.....	59
Tabelle 38: Wahrgenommene Benachteiligung bei Ämtern und Behörden.....	59
Tabelle 39: Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich vor der Migration	63

Tabelle 40: Situation bzgl. Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten im Herkunftsland.....	64
Tabelle 41: Situation bzgl. Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich zu deutschen Ärztinnen und Ärzten	64
Tabelle 42: Ursprüngliche Bleibeabsicht (zum Zeitpunkt des Zuzugs nach Deutschland)	68
Tabelle 43: Ursprüngliche Bleibeabsicht nach Alterskategorie beim Zuzug und Herkunftsregion der Befragten	69
Tabelle 44: Zukünftige Bleibeabsicht (zum Zeitpunkt der Umfrage)	69
Tabelle 45: Zukünftige Bleibeabsichten nach Jahr (Zeitraum) des Zuzugs der Befragten	70
Tabelle 46: Gründe in Zukunft in Deutschland zu bleiben	71
Tabelle 47: Gründe in Zukunft in das Herkunftsland oder in ein anderes Land zu gehen	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Information zu Cramér's V	6
Abbildung 2: Gründe das Herkunftsland zu verlassen	16
Abbildung 3: Gründe nach Deutschland zu kommen.....	18
Abbildung 4: Information zur Interpretation Marginaler Effekte	25
Abbildung 5: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten.....	27
Abbildung 6: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten.....	28
Abbildung 7: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei in Behörden oder nicht ärztlich tätigen Personen	29
Abbildung 8: Marginale Effekte einer logistischen Regression mit „ab 10 Überstunden/Woche“ als abhängige Variable bei Vollzeitbeschäftigten	32
Abbildung 9: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz	35
Abbildung 10: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige.....	36
Abbildung 11: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung durch Mitarbeiter/-innen oder Pflegepersonal.....	37
Abbildung 12: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung durch Kolleg/-innen oder Vorgesetzte	37
Abbildung 13: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation	38
Abbildung 14: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit dem persönlichen Einkommen als abhängige Variable.....	39
Abbildung 15: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten als abhängige Variable.....	40
Abbildung 16: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit der Nutzung fachlicher Qualifikationen als abhängige Variable.....	41
Abbildung 17: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen als abhängige Variable	42
Abbildung 18: Einschätzung der beruflichen Position im Vergleich vor der Migration und jetzt.....	42

Abbildung 19: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Einkommen im Vergleich vor der Migration und jetzt.....	43
Abbildung 20: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zu Arbeitsbedingungen im Vergleich vor der Migration und jetzt	44
Abbildung 21: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zu beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten im Vergleich vor der Migration und jetzt	45
Abbildung 22: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zur Nutzung fachlicher Qualifikationen im Vergleich vor der Migration und jetzt	46
Abbildung 23: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl von Kindern unter 16 Jahren bei Männern.....	55
Abbildung 24: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl von Kindern unter 16 Jahren bei Frauen	56
Abbildung 25: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung im Alltag	60
Abbildung 26: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung bei Ämtern oder Behörden	61
Abbildung 27: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis.....	62
Abbildung 28: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit Deutschland als abhängige Variable	65
Abbildung 29: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit dem Herkunftsland als abhängige Variable	66
Abbildung 30: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit der EU als abhängige Variable.....	67

1 Einleitung

Im vorliegenden Bericht präsentieren wir erste Ergebnisse unserer Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einer nicht-deutschen EU-Staatsbürgerschaft, die selbst nach Deutschland zugewandert sind. Zusätzlich zu europäischen Ärzt/-innen wurde auch eine bundesweite Befragung unter deutschen Ärztinnen und Ärzten umgesetzt (die Ergebnisse dieser Befragung werden in Teney et al. 2017 beschrieben). Durchgeführt wurde die Umfrage von der Nachwuchsforschungsgruppe „Transnationalisierung der Gesellschaft, Politik und Wirtschaft“ unter der Leitung von Prof. Dr. Céline Teney am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM) der Universität Bremen. Die Nachwuchsgruppe ist von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) durch die Exzellenzinitiative der Universität Bremen finanziert und erforscht ökonomische, soziale und politische Dimensionen inner-europäischer Mobilität von hochqualifizierten EU-Bürger/-innen.

Die Europäische Union stellt aufgrund des Freizügigkeitsrechts einen besonderen Migrationsraum dar, der es EU-Bürger/-innen ermöglicht, ihren Wohn- und Arbeitsort innerhalb der EU frei zu wählen. Der im Zuge der EU-Osterweiterungen (2004 und 2007) und der EU-Finanz- und Wirtschaftskrise starke Boom inner-europäischer Migration – insbesondere Hochqualifizierter – hat zu zahlreichen wissenschaftlichen und öffentlichen Debatten geführt. In diesem Zusammenhang wird auf staatlicher Ebene beispielsweise der Gewinn von hochqualifizierten Fachkräften in manchen Ländern („Braingain“) und dem damit einhergehenden Verlust in anderen Ländern („Braindrain“) diskutiert. Länder wie Deutschland – mit einer relativ stabilen Wirtschaftslage und Fachkräfteengpässen in bestimmten Berufsfeldern – stellen dabei besonders attraktive Zielländer dar und profitieren von einer Zuwanderung Hochqualifizierter aus dem europäischen Ausland. Gerade für Humanmediziner/-innen, für die ein Fachkräftemangel festgestellt wird (Bundesagentur für Arbeit 2016), stellt Deutschland daher ein beliebtes Migrationsziel dar. Während „Braindrain“ und „Braingain“ häufig Gegenstand wissenschaftlicher Überlegungen sind, werden die Menschen hinter diesen Prozessen oftmals weniger berücksichtigt. Die beruflichen und persönlichen Erfahrungen der mobilen EU-Bürger/-innen sind jedoch zentral, um die Prozesse inner-europäischer Migration auf gesellschaftlicher Ebene zu verstehen. Die Forschungsgruppe beschäftigt sich daher mit den Migrationsentscheidungen und -erfahrungen von europäischen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland.

Mithilfe der Unterstützung der Landesärztekammern, die eine Zufallsstichprobe gezogen und die Fragebögen an die dadurch ausgewählten Personen weitergeleitet haben, konnten wir eine repräsentative Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzt/-innen mit einer nicht-deutschen EU-Staatsbürgerschaft durchführen. Es wurden Personen ausgewählt, die sich zwischen 2004 und 2015 in einer Landesärztekammer registriert haben. Die Fragebögen wurden an 7.525 europäische Ärztinnen und Ärzte verschickt. 1.712 Personen haben zwischen September 2015 und Mai 2016 an der Umfrage teilgenommen. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, den Fragebogen schriftlich zu beantworten und in einem frankierten Umschlag zurückzuschicken oder an einer Onlineumfrage teilzunehmen, die sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch verfügbar war.

Die Rücklaufquote beträgt ca. 23 Prozent. In diesem Zusammenhang möchten wir uns zunächst nochmals ausdrücklich für die Unterstützung der entsprechenden Landesärztekammern¹ bedanken, ohne die die Durchführung unserer Umfrage nicht möglich gewesen wäre. Bedanken wollen wir uns insbesondere auch bei allen Ärztinnen und Ärzten, die unseren Fragebogen ausgefüllt haben.

Unter den 1.712 Ärzt/-innen, die an der Umfrage teilgenommen haben, sind 42 Personen über 65 Jahre alt und 44 Berufstätige, die keine Staatsbürgerschaft eines der Länder der Europäischen Union (außer Deutschland) innehaben. Da die Zielgruppe der Befragung nur Ärztinnen und Ärzte im Erwerbsalter mit einer EU-Staatsbürgerschaft einschließt, wurden die Antworten der Rentner/-innen (hier definiert als Personen über 65 Jahren zum Zeitpunkt der Befragung) und Personen, die keine (nicht-deutsche) EU-Staatsbürgerschaft haben, nicht in der Auswertung berücksichtigt. Zusätzlich sind in 73 Fällen keine Informationen zur Staatsbürgerschaft und/oder zum Alter der Befragten vorhanden. Da somit nicht sicher ist, ob diese Fälle den Auswahlkriterien für unsere Stichprobenziehung entsprechen, sind sie nicht Bestandteil der folgenden Analysen. Darüber hinaus werden Befragte ausgeschlossen, die in Deutschland geboren oder als Kind nach Deutschland gekommen sind, da viele der Fragen nur auf diejenigen zutreffen, die selbst eine Migrationsentscheidung getroffen haben. Die hier untersuchte Stichprobe besteht damit aus 1.444 Fällen.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden in fünf Themenblöcken gefragt nach: 1) Ausbildung und Beruf, 2) Lebenslauf und Migrationserfahrungen, 3) soziodemografischen Angaben, 4) Sprachkenntnissen und sozialem Umfeld und 5) Einstellungen und Partizipation.

Im Folgenden werden wir die Ergebnisse unserer Umfrage unter europäischen Ärztinnen und Ärzten darstellen. Nach einer kurzen Beschreibung der soziodemographischen Merkmale der Befragten beschäftigen wir uns in Kapitel 2 zunächst mit der erworbenen Aus- und Weiterbildung. Dabei interessiert uns, in welchem Land die Befragten ihr Studium bzw. ihre Facharztweiterbildung absolviert und in welchem Fachbereich sie sich spezialisiert haben. In Kapitel 3 werden verschiedene migrationsspezifische Themen untersucht. Darin geht es unter anderem um Gründe das Herkunftsland zu verlassen bzw. nach Deutschland zu ziehen sowie weitere Faktoren, die möglicherweise einen Einfluss auf die Migrationsentscheidung hatten. Im darauffolgenden Kapitel stehen arbeitsbezogene Faktoren im Mittelpunkt (Kapitel 4). Hier geben wir eine Übersicht über die beruflichen Positionen und Bedingungen sowie die subjektiven Bewertungen der beruflichen Situation. Anschließend beschreiben wir Aspekte der sozio-kulturellen Integration europäischer Ärztinnen und Ärzte. Dazu gehören beispielsweise soziale Netzwerke in Deutschland und Zugehörigkeitsgefühle (Kapitel 5). Weiterhin interessieren uns Bleibeabsichten in Deutschland bzw. Pläne in ein anderes Land zu migrieren bzw. ins Herkunftsland zurückzukehren (Kapitel 6). Kapitel 7 fasst abschließend die zentralen Ergebnisse zusammen.

¹ 12 der 17 Landesärztekammern in Deutschland haben uns bei unserer Umfrage unterstützt. Die Stichprobe wurde in folgenden Bundesländern gezogen: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Zusätzlich wiesen die Landesärztekammern Hamburg und Thüringen auf die Onlineversion der Umfrage in ihrem Newsletter bzw. in ihrem Ärzteblatt hin.

Soziodemographische Merkmale der Befragten

41,48 Prozent (N=599) der Befragten sind männlich und 58,45 Prozent (N=844) weiblich, eine Person hat ihr Geschlecht nicht angegeben.² Die Altersverteilung zeigt, dass Befragte jeder Altersgruppe in der Stichprobe sind, wobei der Anteil derjenigen, die älter als 45 Jahre sind, deutlich unter dem Anteil derjenigen liegt, die 45 Jahre alt oder jünger sind. Dies kann dadurch erklärt werden, dass unsere Auswahlkriterien insbesondere diejenigen ausgewählt haben, die seit 2004 nach Deutschland migriert sind.³ Die neuere Welle inner-europäischer Migration besteht im Vergleich beispielsweise zur traditionellen „Gastarbeitermigration“ insbesondere aus hochqualifizierten und jüngeren Personen (siehe z.B. Braun und Arsene 2009). Das Durchschnittsalter der Befragten in unserer Stichprobe liegt bei 38 Jahren. Die jüngste Teilnehmerin an unserer Umfrage ist 25 Jahre alt, die ältesten sind 65. Die männlichen Befragten sind im Durchschnitt ca. zwei Jahre älter als die weiblichen.

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der Befragten

	männlich	weiblich	Insgesamt
Alter (in Jahren)			
25-30	19,37%	22,04%	20,93%
31-35	25,04%	31,99%	29,11%
36-45	32,39%	27,49%	29,52%
46-55	12,69%	12,80%	12,75%
56-65	10,52%	5,69%	7,69%
Insgesamt	100,00%	100,00%	100,00%
Anzahl (N)	599	844	1.443
Durchschnittsalter (in Jahren)	39,31	37,54	38,30

Die Befragten kommen aus allen Mitgliedsländern der Europäischen Union (außer Irland).⁴ 34 Prozent geben an, aus einem seit der EU-Osterweiterung 2004 zur EU gehörenden Land zu stammen,⁵ 23 Prozent sind bulgarische, rumänische oder kroatische Staatsangehörige (seit 2007 bzw. 2013 Mitglieder der EU)⁶, 19 Prozent sind Südeuropäer/-innen,⁷ 13 Prozent kommen aus Österreich⁸ und 10 Pro-

² Nicht alle Personen haben Angaben zu allen Fragen gemacht. Im Folgenden bezieht sich die Anzahl der Personen (N) immer auf diejenigen Personen, die die entsprechende Frage beantwortet haben.

³ Ausschlaggebend ist hier das Jahr, in dem sich die Ärztinnen und Ärzte zum ersten Mal bei einer der Landesärztekammern in Deutschland registriert haben. Da in den meisten Fällen nicht festgestellt werden konnte, ob es sich bei der Erstregistrierung bei der Kammer auch um die Erstregistrierung in Deutschland handelt, sind auch Personen in der Stichprobe, die vor 2004 nach Deutschland zugewandert sind.

⁴ Das Herkunftsland messen wir anhand der Staatsbürgerschaft. Falls die befragte Person mehrere Staatsbürgerschaften besitzt, verwenden wir die von der befragten Person zuerst genannte Staatsbürgerschaft, sofern es sich dabei um eine EU-Staatsbürgerschaft (außer der deutschen) handelt. In den Fällen, in denen die erste genannte Staatsbürgerschaft die deutsche oder eine nicht-EU-Staatsbürgerschaft ist, verwenden wir die zweite genannte Staatsbürgerschaft.

⁵ Dazu gehören Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, die Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Diese Länder werden in den folgenden Tabellen als „EU-Ost 2004“ zusammengefasst.

⁶ Diese Länder werden in den folgenden Tabellen als „EU-Ost 2007/13“ zusammengefasst.

⁷ Griechenland, Italien, Portugal, Spanien; in den folgenden Tabellen als „EU-Süd“ zusammengefasst.

⁸ Österreicher/-innen haben wir als gesonderte Kategorie aufgeführt. Zum einen, da Österreicher/-innen sich dahingehend von anderen EU-Ärztinnen und -Ärzten unterscheiden, dass sie Deutsch als Muttersprache haben; zum anderen, da ihr Anteil unter den EU-Nord/West-Europäer/-innen relativ hoch ist und sie dadurch die Ergebnisse dieser Gruppe maßgeblich prägen würden.

zent geben an, eine belgische, dänische, finnische, französische, luxemburgische, niederländische, schwedische oder britische Staatsbürgerschaft zu haben.⁹ Diese Verteilung entspricht ungefähr der Gesamtverteilung europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.¹⁰ Die Abweichungen betragen in den meisten Fällen nur wenige Prozentpunkte (Tabelle 2). Während Ärztinnen und Ärzte aus den EU-Ost 2004-Beitrittsstaaten und Österreicher/-innen in unserer Stichprobe leicht überrepräsentiert sind (34% in der Stichprobe vs. 30% in Deutschland bzw. 13% in der Stichprobe vs. 11% in Deutschland), ist der Anteil der aus den EU-Ost 2007/13-Staaten (23% vs. 26%), aus Südeuropa (19% vs. 22%) und aus Nordwesteuropa (10% bzw. 11%) stammenden Mediziner/-innen leicht unterrepräsentiert.

Tabelle 2: Staatsbürgerschaft

Erste Staatsbürgerschaft	Befragte Personen in der Stichprobe		Gesamtverteilung europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland	
	Prozent	N	Prozent	N
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	9,83%	142	10,75%	2.452
EU-Ost 2004	34,42%	497	29,76%	6.786
EU-Ost 2007/13	22,92%	331	26,23%	5.981
EU-Süd	19,39%	280	21,97%	5.010
Österreich	13,43%	194	11,28%	2.573
Insgesamt	100,00%	1.444	100,00%	22.802

13 Prozent (N=187) der Befragten geben an, mehr als eine Staatsbürgerschaft zu besitzen, darunter haben 115 Personen auch die deutsche Staatsbürgerschaft. Davon wiederum wurden 107 eingebürgert, acht Personen haben seit Geburt eine deutsche Staatsbürgerschaft. 90 Prozent der Befragten haben ausschließlich eine (oder mehrere) EU-Staatsbürgerschaft(en), acht Prozent haben sowohl eine EU- als auch die deutsche Staatsbürgerschaft, knapp drei Prozent haben eine EU- und eine nicht-EU-Staatsbürgerschaft.

⁹ Diese Länder fassen wir im Folgenden als „EU-Nord/West“ (auch Nordwesteuropa) zusammen.

¹⁰ Vergleiche hierzu die Daten der Bundesärztekammer (2016). Für alle Herkunftsgruppen außer EU-Nord/West ist jedoch die Verteilung in unserer Stichprobe im Vergleich zur Verteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen mit einer EU-Staatsbürgerschaft signifikant abweichend.

2 Aus -und Weiterbildung

Zunächst betrachten wir die beruflichen Qualifikationen, die die befragten Ärztinnen und Ärzte erworben haben. Dabei sind deutliche Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Herkunftsregion der Befragten festzustellen. Zentral hierbei ist neben dem Studium, das für alle die Voraussetzung zur Ausübung des Arztberufs darstellt, die Facharztweiterbildung. Bezüglich des Studiums können wir nur Unterschiede dahingehend feststellen, in welchem Land/welchen Ländern die Ärzt/-innen ihr Studium absolviert haben. Bezüglich der Facharztweiterbildung können wir zusätzlich verschiedene Facharzt-richtungen unterscheiden. Im folgenden Abschnitt soll eine Übersicht über die Unterschiede bezüglich des Studienorts sowie bezüglich der Facharztweiterbildung gegeben werden.

2.1 Studium und Land der Ausbildung

Mehr als die Hälfte der Befragten hat ihr Studium ausschließlich im Herkunftsland absolviert (64%), während fast drei Prozent ausschließlich in Deutschland studiert haben und somit als sogenannte „Bildungsinländer/-innen“ bezeichnet werden können. Fast 18 Prozent haben hingegen sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland studiert (Tabelle 3). 38 Prozent davon haben hauptsächlich in Deutschland studiert und einen Auslandsaufenthalt im Herkunftsland absolviert. 57 Prozent haben hauptsächlich im Herkunftsland studiert und ungefähr fünf Prozent haben gleich lange in Deutschland wie im Herkunftsland studiert. Dies verweist auf die Bedeutung, die ein möglicher Studienaufenthalt in Deutschland während des Studiums im Herkunftsland für diese Befragten auf eine spätere Migrationsentscheidung nach Deutschland gehabt haben könnte.

Insgesamt haben 20 Prozent der Befragten Studienerfahrung in Deutschland gesammelt. 29 Prozent haben in mehr als einem Land studiert.¹¹

Tabelle 3: Land des Studiums nach Herkunftsregion der Befragten

Studium in Land	nur im Herkunftsland	nur in Deutschland	im Herkunftsland und in Deutschland ¹²	andere ¹³	Insgesamt
Herkunftsregion					
EU-Nord/West	39,69%	3,82%	38,93%	17,56%	100,00%
EU-Ost 2004	63,42%	2,60%	19,05%	14,94%	100,00%
EU-Ost 2007/13	71,80%	2,30%	13,11%	12,79%	100,00%
EU-Süd	59,14%	4,28%	16,34%	20,23%	100,00%
Österreich	74,43%	0,57%	11,36%	13,64%	100,00%
Insgesamt	63,64%	2,70%	18,11%	15,55%	100,00%

Cramér's V: 0,1341

¹¹ Diese Werte sind nicht separat tabellarisch aufgeführt und errechnen sich aus denjenigen, die sowohl im Herkunftsland als auch in Deutschland studiert haben, und denjenigen aus der Gruppe „andere“, die in mehr als einem Land studiert haben, also in Deutschland und einem anderen Land (außer Herkunftsland) oder im Herkunftsland und einem anderen Land (außer Deutschland).

¹² Die Befragten haben sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland studiert. In dieser Gruppe befinden sich auch diejenigen, die zusätzlich noch in einem dritten Land studiert haben.

¹³ In dieser Gruppe befinden sich diejenigen, die in einem anderen Land (nicht Herkunftsland oder Deutschland) studiert haben, diejenigen, die sowohl in Deutschland als auch einem anderen Land (außer Herkunftsland) studiert haben und diejenigen, die im Herkunftsland und einem anderen Land (außer Deutschland) studiert haben.

Betrachtet man die Unterschiede nach Herkunftsländern (Tabelle 3), so sieht man, dass der Anteil der Nordwesteuropäer/-innen, die ausschließlich im Herkunftsland studiert haben (40%) deutlich unter dem der Befragten aus anderen Herkunftsländern liegt. Insbesondere der Anteil der Österreicher/-innen und derjenigen, die eine rumänische, bulgarische oder kroatische Staatsbürgerschaft haben und ausschließlich im Herkunftsland studiert haben, ist besonders hoch (74% bzw. 72%). Analog dazu haben deutlich mehr Nordwesteuropäer/-innen sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland studiert (39%) verglichen sowohl mit Österreicher/-innen (11%) als auch Bulgar/-innen, Rumän/-innen und Kroat/-innen (13%). Cramér's V^{14} weist einen schwachen Zusammenhang zwischen Herkunftsregion und Studienland auf (0,13).¹⁵ Insgesamt weisen die Ergebnisse jedoch auf eine internationalere Studierweise der Nordwesteuropäer/-innen in unserer Stichprobe hin. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass nicht alle Länder zum gleichen Zeitpunkt vollständigen Zugang zu EU-Programmen (z.B. Sokrates/Erasmus-Programm) hatten, die internationale Mobilität fördern.¹⁶

Abbildung 1: Information zu Cramér's V^{17}

Info: Cramér's V

Cramér's V ist ein statistisches Zusammenhangsmaß für bivariate Tabellen, wenn (mindestens) eine der beiden Variablen mehr als zwei Ausprägungen hat.

Es liegt immer zwischen 0 und 1, wobei 0 für keinen und 1 für einen absoluten Zusammenhang steht.

Sozialwissenschaftliche Analysen orientieren sich meist an folgender Daumenregel:

kleiner als 0,1	kein Zusammenhang
0,1	schwacher Zusammenhang
0,3	mittlerer Zusammenhang
0,5 und größer	starker Zusammenhang

¹⁴ Um die Zusammenhänge zwischen zwei nominalen Variablen zu untersuchen, verwenden wir das statistische Maß Cramér's V . Informationen zur Interpretation finden sich im Infokasten (Abbildung 1).

¹⁵ Untersucht man den Zusammenhang zwischen der Herkunftsregion und ob die befragte Person zumindest einen Teil ihres Studiums in Deutschland absolviert hat, so stellt man einen etwas höheren Zusammenhang fest (Cramér's $V=0,20$).

¹⁶ Die Teilnahme am Sokrates/Erasmus-Programm war für die Mitgliedsstaaten teilweise bereits vor ihrem Beitritt möglich. So waren Österreich, Schweden und Finnland bereits seit 1992/93 (drei Jahre vor ihrem offiziellen Beitritt) und die EU-Ost 2004-Staaten seit 1998 (sechs Jahre vor ihrem Beitritt) Teil des Sokrates/Erasmus-Programms. EU-Bürger/-innen in letztgenannten Ländern erhielten jedoch erst mit ihrem EU-Beitritt vollständige Mobilität. Zuvor waren sie dahingehend beschränkt, dass das EU-Programm nicht gültig war für Studienmobilität innerhalb der EU-Ost 2004-Staaten. Das heißt, Studierende konnten nicht im Rahmen des Sokrates/Erasmus-Programms in einem der anderen EU-Ost 2004-Staaten studieren. Bulgarien, Rumänien und Kroatien beteiligen sich seit dem Jahr ihres jeweiligen Beitritts am Sokrates/Erasmus-Programm (Deutscher Akademischer Austauschdienst 2011: 27ff.).

¹⁷ Hier haben wir uns an Kühnel und Krebs (2012: 321f., 366f.) orientiert.

Es lässt sich zusätzlich ein leichter Trend hin zu einer zunehmend internationaleren Studierweise im Zeitverlauf beobachten, wenn man jüngere und ältere Befragte vergleicht. So ist der Anteil unter den 25- bis 30- bzw. 31- bis 35-Jährigen, die in mehr als einem Land studiert haben höher (35% bzw. 31%) als unter den 36- bis 45-Jährigen (26%) bzw. 45- bis 55-Jährigen (17%). Unter den 56- bis 65-Jährigen ist dieser Anteil wiederum etwas höher (32%), wobei die Fallzahlen für diese Altersgruppe gering sind (siehe hierzu auch Fußnote 11). Deutlich wird jedoch, dass jüngere Befragte eher sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland studiert haben (Tabelle 4). Der Anteil derjenigen hingegen, die ausschließlich im Herkunftsland studiert haben, ist unter den 30-Jährigen und Jüngeren am geringsten (58%). Gerade unter den 46 bis 55-Jährigen ist der Anteil mit fast 77 Prozent besonders hoch. Die Altersgruppe der 56- bis 65-Jährigen stellt hingegen mit einem Anteil von 58 Prozent eine Ausnahme dieses Trends dar. Diese Trends können verschiedene Gründe haben und beispielsweise auch damit zusammenhängen, dass internationale Mobilität von Arbeitgeber/-innen heutzutage stärker eingefordert wird als noch vor 10 oder 20 Jahren. Laut Cramér's V (0,09) besteht zwischen dem Alter und dem Land des Studiums allerdings kein Zusammenhang.

Tabelle 4: Land des Studiums nach Alterskategorie der Befragten

Studium in Land	nur im Herkunftsland	nur in Deutschland	im Herkunftsland und in Deutschland	andere	Insgesamt
Alter (in Jahren)					
25-30	58,13%	3,11%	23,53%	15,22%	100,00%
31-35	61,52%	2,53%	21,27%	14,68%	100,00%
36-45	65,80%	2,07%	14,25%	17,88%	100,00%
46-55	76,69%	3,07%	9,20%	11,04%	100,00%
56-65	58,16%	4,08%	19,39%	18,37%	100,00%
Insgesamt	63,64%	2,70%	18,11%	15,55%	100,00%
Cramér's V: 0,0864					

2.2 Facharztrichtung

Im Folgenden sind die Facharztrichtungen, in denen sich die Befragten spezialisiert haben bzw. in deren Weiterbildung sie sich gerade befinden, dargestellt. Die Zuordnung zu einzelnen Fachbereichen orientiert sich an der Einordnung des Statistischen Bundesamtes (2013). Die Reihenfolge der Facharztrichtungen ist dabei aufsteigend nach dem durchschnittlichen Einkommen eines Facharztes/einer Fachärztin in diesem Bereich geordnet. Mit 19 Prozent haben die meisten der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte eine abgeschlossene Facharztweiterbildung im Bereich Innere Medizin, gefolgt vom Bereich Neurologie/Psychiatrie und Chirurgie (13% bzw. 12%) (Tabelle 5, Spalte B).

Vergleicht man die Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte in unserer Stichprobe (Tabelle 5, Spalte B) mit der Gesamtverteilung aller in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Tabelle 5, Spalte A), so zeigt sich ein ähnliches Bild. Wichtig für diesen Vergleich ist, dass die Gesamtverteilung aller in Deutschland tätigen Ärzt/-innen nur einen Facharztbereich für diejenigen ausweist, die die Facharztweiterbildung bereits abgeschlossen haben. Alle anderen haben keine abgeschlossene Facharztweiterbildung (ca. 30%) und sind hier nicht in den Analysen enthalten. Dabei handelt es sich insbesondere um jüngere Ärzt/-innen. In unserer Umfrage haben wir jedoch auch für die europäischen Ärztinnen und Ärzte, die sich noch in der Weiterbildung befinden, den Facharztbereich erhoben. Daher unter-

scheiden wir im Folgenden zwischen den Ärzt/-innen in unserer Stichprobe, die noch in der Facharztweiterbildung sind (Spalte C), und denjenigen, die diese bereits abgeschlossen haben (Spalte B).

Die letzteren sind bezüglich der Facharztweiterbildung mit der Gesamtverteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen (Spalte A) vergleichbar. Die Vergleiche zwischen der Gesamtverteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen mit unserer Stichprobe der EU-Ärzt/-innen bezüglich der Facharztweiterbildung beziehen sich daher nur auf diejenigen, die ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen haben. Zusätzlich werden im Folgenden jedoch auch Unterschiede zwischen denjenigen in unserer Stichprobe, die bereits Fachärzt/-innen sind und denjenigen, die sich noch in der Facharztweiterbildung befinden, aufgezeigt.

Während die Befragten in unserer Stichprobe im Vergleich zur Gesamtverteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen etwas häufiger einen Facharzt in Chirurgie (12% vs. 8%) sowie Innere Medizin (19% vs. 15%) haben, sind Ärztinnen und Ärzte mit Facharzt im Bereich Allgemeinmedizin (7% vs. 18%) in unserer Stichprobe deutlich unterrepräsentiert (Tabelle 5, vgl. Spalte A und B). In allen anderen Fachbereichen beträgt die Abweichung zwischen der Gesamtverteilung und der Verteilung in unserer Stichprobe weniger als zwei Prozentpunkte.¹⁸

Tabelle 5: Verteilung der Facharzttrichtungen (in Deutschland und vorliegender Stichprobe der EU-Ärzt/-innen)

Facharzttrichtung	A Gesamtverteilung der Ärzt/-innen in Deutschland ¹⁹		B befragte EU-Ärzt/- innen (abgeschlos- sene Facharztwei- terbildung)		C befragte EU- Ärzt/-innen (in der Facharztwei- terbildung)	
	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N
Chirurgie ¹⁾	7,93%	18.825	12,29%	89	13,61%	60
Urologie	2,43%	5.771	1,52%	11	0,91%	4
Innere Medizin	15,44%	36.650	19,06%	138	25,85%	114
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,61%	6.191	1,24%	9	1,13%	5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2,43%	5.767	2,90%	21	2,04%	9
Radiologie	3,11%	7.371	3,59%	26	3,17%	14
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,01%	14.271	6,63%	48	7,48%	33
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7,26%	17.224	7,32%	53	5,90%	26
Neurologie und (Kinder-) Psychiatrie ²⁾	10,96%	26.005	12,85%	93	17,91%	79
Kinderheilkunde	4,85%	11.502	6,35%	46	4,99%	22
Allgemeinmedizin	18,36%	43.566	7,18%	52	2,95%	13
Andere	18,61%	44.166	19,06%	138	14,06%	62
Insgesamt	100,00%	237.309	100,00%	724	100,00%	441

¹⁾ Hier sind die Facharzttrichtungen im Bereich Chirurgie aufgeführt, dazu gehören hier auch Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie. Die Bereiche Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie werden hier jedoch gesondert unter „Orthopädie und Unfallchirurgie“ aufgeführt. Dies gilt auch für alle weiteren Tabellen, in denen Chirurgie als Kategorie aufgeführt wird.

²⁾ Die Kategorie umfasst die Fachbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dies gilt auch für alle weiteren Tabellen, in denen Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie als Kategorie aufgeführt wird.

¹⁸ Für folgende Facharzttrichtungen ist die Abweichung in der Verteilung in unserer Stichprobe im Vergleich zur Verteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen signifikant: Chirurgie, Innere Medizin, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Allgemeinmedizin.

¹⁹ Die Verteilung wurde entnommen aus Bundesärztekammer (2016).

Vergleichen wir die Anteile derjenigen EU-Ärzt/-innen in unserer Stichprobe, die ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen haben, mit denen, die sich noch in der Facharztweiterbildung befinden (vgl. Spalte B und C), so lassen sich in den Bereichen Innere Medizin (19% abgeschlossene Weiterbildung vs. 26% in Weiterbildung), Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie (13% vs. 18%) und Allgemeinmedizin (7% vs. 3%) Abweichungen von mehr als zwei Prozentpunkten feststellen. Deutlich mehr Ärzt/-innen befinden sich folglich noch in der Facharztweiterbildung in den Bereichen Innere Medizin und Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie. In der Weiterbildung Allgemeinmedizin befinden sich hingegen vergleichsweise weniger.²⁰

Interessante Unterschiede lassen sich bezüglich des Geschlechts der Befragten und der gewählten Facharztweiterbildung feststellen (Tabelle 6). So sind die Fachbereiche Chirurgie (männlich 65% vs. weiblich 35%), Orthopädie sowie Urologie (beide: 81% vs. 19%) klar männlich dominierte Bereiche. In den Fachbereichen Haut- und Geschlechtskrankheiten (20% vs. 80%), Kinderheilkunde (21% vs. 79%), Neurologie/(Kinder-) Psychiatrie (28% vs. 72%) und Allgemeinmedizin (31% vs. 69%) liegt der Anteil der Frauen jedoch deutlich über dem der Männer. Bei den letztgenannten handelt es sich um Fachrichtungen der geringeren Einkommensgruppierung, während der am stärksten von Männern dominierte Bereich derjenige mit dem höchsten Durchschnittsgehalt ist. Cramér's V (0,34) bestätigt den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Facharztbereich. Der Wirkungszusammenhang ist hierbei jedoch nicht eindeutig.

Eine Befragung unter Medizinabsolventinnen und -absolventen in Deutschland zeigt, dass die Auswahl des Fachbereichs gemäß der Neigungen und auch aufgrund von unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Facharztbereichen erfolgt (Bussche et al. 2012). Die Bereiche, für die sich *Ärztinnen* entscheiden, sind meist niedriger entlohnt. Auf der anderen Seite zeigt die Forschung zum geschlechtsspezifischen Lohngefälle, dass Berufe, in denen mehrheitlich Frauen tätig sind, durchschnittlich niedriger entlohnt sind (Achatz et al. 2004; Busch 2013). Dies trifft auch auf den Arztberuf zu. So wird ein steigender Anteil an *Ärztinnen* konstatiert, der jedoch mit einer Abwertung des Ansehens und der Entlohnung des Arztberufs einhergeht (Lukesch 2007).

²⁰ Die Unterschiede in der Verteilung unter denjenigen, die sich derzeit in der Facharztweiterbildung befinden im Vergleich zu jenen, die diese bereits abgeschlossen haben, sind in diesen Fachbereichen signifikant abweichend.

Tabelle 6: Geschlechterverteilung nach Facharzttrichtung in unserer Stichprobe

	männlich	weiblich	Insgesamt
Facharzttrichtung			
Chirurgie	65,10%	34,90%	100,00%
Urologie	81,25%	18,75%	100,00%
Innere Medizin	37,30%	62,70%	100,00%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	35,71%	64,29%	100,00%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20,00%	80,00%	100,00%
Radiologie	40,00%	60,00%	100,00%
Orthopädie	81,25%	18,75%	100,00%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	34,18%	65,82%	100,00%
Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie	27,75%	72,25%	100,00%
Kinderheilkunde	20,59%	79,41%	100,00%
Allgemeinmedizin	30,77%	69,23%	100,00%
Andere	39,00%	61,00%	100,00%
Insgesamt	41,42%	58,58%	100,00%
Cramér's V: 0,3410			

Ähnliche geschlechterspezifische Unterschiede lassen sich auch für alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte feststellen (Tabelle 7, Spalte A).²¹ Hier betrachten wir die Verteilung der Fachrichtungen nach Geschlecht, also wie viel Prozent der *Ärztinnen* einen bestimmten Facharztbereich gewählt haben. Auch hier wählen Männer eher als Frauen den Fachbereich Chirurgie (männlich 10% vs. weiblich 5%), Urologie (4% vs. 1%) oder Orthopädie (9% vs. 2%), während der Anteil der Frauen in den Fachbereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe (4% männlich vs. 11% weiblich), Kinderheilkunde (3% vs. 7%), Neurologie/(Kinder-)Psychiatrie (10% vs. 13%) und Allgemeinmedizin (17% vs. 20%) dominiert.²²

²¹ Wie bereits bei Tabelle 5 werden auch hier die Werte für die EU-Ärzt/-innen in unsere Stichprobe, die eine Facharztweiterbildung abgeschlossen haben, und für diejenigen, die sich derzeit in der Facharztweiterbildung befinden, getrennt dargestellt.

²² Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind für folgende Fachbereiche und Stichproben signifikant abweichend: Für die Gesamtverteilung aller in Deutschland registrierten Ärzt/-innen sind die Unterschiede für alle Fachbereiche signifikant abweichend. Für die EU-Ärzt/-innen in unserer Stichprobe, die eine Facharztweiterbildung abgeschlossen haben: Chirurgie, Urologie, Orthopädie, Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie sowie Kinderheilkunde. Für die EU-Ärzt/-innen in unserer Stichprobe, die sich derzeit in der Facharztweiterbildung befinden: Chirurgie, Orthopädie und Kinderheilkunde.

Tabelle 7: Facharzttrichtung nach Geschlecht (in Deutschland und vorliegender Stichprobe der EU-Ärzt/-innen)

	A		B		C	
	Gesamtverteilung der Ärzt/-innen in Deutschland ²³		befragte EU-Ärzt/-innen (abgeschlossene Facharztweiterbildung)		befragte EU-Ärzt/-innen (in der Facharztweiterbildung)	
Facharzttrichtung	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Chirurgie	4,51%	10,45%	5,42%	21,14%	10,87%	18,18%
Urologie	0,93%	3,54%	0,25%	3,15%	0,72%	1,21%
Innere Medizin	14,65%	16,02%	20,20%	17,67%	27,54%	23,03%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,19%	2,91%	1,23%	1,26%	1,45%	0,61%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,09%	1,95%	3,94%	1,58%	2,90%	0,61%
Radiologie	2,55%	3,51%	3,94%	3,15%	2,90%	3,64%
Orthopädie	2,11%	8,88%	2,22%	11,99%	2,17%	16,36%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11,38%	4,23%	8,13%	6,31%	6,88%	4,24%
Neurologie und (Kinder-) Psychiatrie	12,64%	9,73%	16,50%	8,20%	20,65%	13,33%
Kinderheilkunde	7,01%	3,26%	8,62%	3,47%	6,88%	1,82%
Allgemeinmedizin	20,05%	17,11%	8,62%	5,36%	3,62%	1,82%
Andere	18,88%	18,42%	20,94%	16,72%	13,41%	15,15%
Insgesamt	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Vergleicht man die Altersverteilung der EU-Ärzt/-innen mit derjenigen der Ärzt/-innen mit deutscher Staatsbürgerschaft, unter denen wir ebenfalls eine Umfrage durchgeführt haben (Teney et al. 2017), so lassen sich deutliche Unterschiede beobachten. Unter den Ärzt/-innen mit deutscher Staatsbürgerschaft haben insbesondere ältere Befragte häufiger Chirurgie und Innere Medizin als Spezialisierung angegeben. Ob die Anwerbung aus dem EU-Ausland gezielt in diesen Bereichen erfolgte und daher der Anteil der EU-Ärzt/-innen in diesen Bereichen besonders hoch ist, ist nicht belegbar. Jedoch befürchtet der Bundesverband der deutschen Chirurgen einen deutlichen Nachwuchsmangel, da bis 2020 ca. 55 Prozent der niedergelassenen und 32 Prozent der stationär tätigen Chirurgen und Chirurgen pensioniert werden (Berufsverband Deutscher Chirurgen et al. 2011).

²³ Die Verteilung wurde entnommen aus Bundesärztekammer (2016).

Tabelle 8: Facharzttrichtung nach Alterskategorie der Befragten

	25-30 Jahre	31-35 Jahre	36-45 Jahre	46-65 Jahre	Insgesamt
Facharzttrichtung					
Chirurgie	23,49%	23,49%	30,20%	22,82%	100,00%
Urologie	18,75%	18,75%	43,75%	18,75%	100,00%
Innere Medizin	22,62%	37,30%	26,19%	13,89%	100,00%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	21,43%	28,57%	42,86%	7,14%	100,00%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10,00%	30,00%	40,00%	20,00%	100,00%
Radiologie	17,50%	32,50%	22,50%	27,50%	100,00%
Orthopädie	20,99%	25,93%	35,80%	17,28%	100,00%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15,19%	29,11%	29,11%	26,58%	100,00%
Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie	18,50%	31,79%	30,06%	19,65%	100,00%
Kinderheilkunde	13,24%	35,29%	33,82%	17,65%	100,00%
Allgemeinmedizin	7,69%	26,15%	21,54%	44,62%	100,00%
Andere	15,23%	23,35%	36,55%	25,00%	100,00%
Insgesamt	18,34%	29,48%	30,76%	21,42%	100,00%
Cramér's V: 0,1347					

Interessant ist auch, dass mehr als ein Drittel der Befragten ihre Facharztweiterbildung ausschließlich in Deutschland absolviert oder absolviert hat (fast 38%), 31 Prozent absolvieren bzw. haben Teile ihrer Facharztweiterbildung sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland absolviert, während 22 Prozent ihre Facharztweiterbildung ausschließlich im Herkunftsland durchlaufen bzw. durchlaufen haben.

Tabelle 9: Facharztweiterbildung nach Land

Facharztweiterbildung...	Anteil
...ausschließlich im Herkunftsland	21,65%
...ausschließlich in Deutschland	37,50%
...in Deutschland und im Herkunftsland ²⁴	31,45%
Andere ²⁵	9,40%
Insgesamt	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,1150; Herkunftsregion: 0,1203	

²⁴ Die Befragten haben sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland ihre Facharztweiterbildung absolviert bzw. absolvieren diese gerade. In dieser Gruppe befinden sich auch diejenigen, die zusätzlich noch in einem dritten Land Auslandserfahrung während der Facharztweiterbildung gesammelt haben.

²⁵ In dieser Gruppe befinden sich diejenigen, die in einem anderen Land (nicht dem Herkunftsland oder Deutschland) eine Facharztweiterbildung absolviert haben, diejenigen, die sowohl in Deutschland als auch einem anderen Land (außer dem Herkunftsland) während ihrer Facharztweiterbildung waren/sind, und diejenigen, die im Herkunftsland und einem anderen Land (außer Deutschland) ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen haben.

Der verhältnismäßig hohe Anteil derjenigen, die zumindest einen Teil ihrer Facharztweiterbildung in Deutschland absolvieren bzw. absolviert haben, könnte zum einen mit dem relativ hohen Anteil der eher jüngeren europäischen Ärztinnen und Ärzte zusammenhängen, die sich noch in dieser Qualifizierungsphase befinden. Zudem könnte eine Weiterqualifizierung/Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin als ein wichtiger Indikator der Migrationsmotivation gesehen werden (siehe auch Unterabschnitt 3.2.2 zu den Gründen nach Deutschland zu migrieren).

Unter den 25- bis 30-Jährigen hat mehr als die Hälfte aller Befragten die Facharztweiterbildung ausschließlich in Deutschland absolviert oder absolviert diese gerade (57%). Mehr als die Hälfte der 46- bis 55-Jährigen hat hingegen ihren Facharzt ausschließlich im Herkunftsland erworben (53%). Mehr als ein Drittel der unter 45-Jährigen hat während der Facharztweiterbildung sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland gearbeitet (Tabelle 10). Dieser Zusammenhang ist schwach bis mittelstark (Cramér's $V=0,24$).

Tabelle 10: Land der Facharztweiterbildung nach Alterskategorie der Befragten

Facharzt in Land	ausschließlich im Herkunftsland	ausschließlich in Deutschland	in Deutschland und im Herkunftsland	andere	Insgesamt
Alter (in Jahren)					
25-30	4,74%	56,92%	32,81%	5,53%	100,00%
31-35	11,94%	40,28%	38,89%	8,89%	100,00%
36-45	25,48%	28,53%	34,35%	11,63%	100,00%
46-55	53,16%	20,25%	17,09%	9,49%	100,00%
56-65	36,96%	38,04%	11,96%	13,04%	100,00%
Insgesamt	21,65%	37,50%	31,45%	9,40%	100,00%

Cramér's V : Alterskategorie: 0,2429

3 Migration

Personenfreizügigkeit innerhalb der EU ist ein Grundpfeiler des europäischen Binnenraumes und als Grundrecht aller EU-Bürger/-innen in der Grundrechtecharta (Art. 40) sowie den europäischen Verträgen (Art. 18 des EG-Vertrags) verbrieft. Für Arbeitnehmer/-innen gilt dabei der Grundsatz der Gleichbehandlung, nach dem EU-Bürger/-innen in einem anderen Mitgliedsstaat unter den gleichen Bedingungen wie Einheimische Arbeit suchen und aufnehmen dürfen. Arbeitskräftewanderungen werden aufgrund der Personenfreizügigkeit als wichtige Form europäischer Binnenmigration bezeichnet. Auch die wissenschaftliche Literatur zur EU-Binnenmigration hebt den Stellenwert von ökonomisch motivierter Migration hervor, verweist aber gleichzeitig darauf, dass die Migrationsmotive innerhalb der EU vielfältiger und die Entscheidungsprozesse komplexer werden (z.B. King 2002; Santacreu et al. 2009; Verwiebe et al. 2014). Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den bisherigen Migrationserfahrungen und -motiven der befragten Ärztinnen und Ärzte. Neben den Gründen ihr Herkunftsland zu verlassen und nach Deutschland zu kommen, stehen die Fragen in Zusammenhang mit dem Zeitpunkt ihres Zuzugs nach Deutschland im Mittelpunkt. Darüber hinaus wird analysiert, ob die Befragten bereits vor ihrem Zuzug nach Deutschland Migrationserfahrung(en) gesammelt haben.

3.1 Zuzug nach Deutschland

Der Großteil der Befragten ist nach 2004 nach Deutschland migriert (80%). Dies ist maßgeblich durch unsere Stichprobenziehung (Erstregistrierung seit 2004; siehe Fußnote 3) zu erklären.

Tabelle 11: Herkunftsregion nach Jahr (Zeitraum) des Zuzugs der Befragten

	EU-Nord/West	EU-Ost 2004	EU-Ost 2007/13	EU-Süd	Österreich	Insgesamt
Jahr des Zuzugs						
Vor 2000	38,89%	15,28%	9,03%	30,56%	6,25%	100,00%
2000-2003	20,56%	33,64%	23,36%	15,89%	6,54%	100,00%
2004-2008	4,98%	35,55%	17,61%	19,60%	22,26%	100,00%
Nach 2008	3,37%	38,29%	27,63%	18,37%	12,34%	100,00%
Insgesamt	9,25%	34,62%	22,77%	19,84%	13,52%	100,00%

Betrachtet man den Zeitraum des Zuzugs der Befragten nach Deutschland, zeigen sich Unterschiede zwischen den Herkunftsregionen (Tabelle 11). Während vor 2000 insbesondere Nordwesteuropäer/-innen (39%) und Südeuropäer/-innen (31%) nach Deutschland migriert sind, ist der Anteil der Osteuropäer/-innen an allen zugewanderten Befragten seit 2000 deutlich angestiegen. Dies liegt auch daran, dass der Anteil an osteuropäischen Befragten in unserer Stichprobe höher ist. Interessant ist dabei allerdings, dass die Osterweiterung I (2004) nur zu einem marginalen Anstieg des Anteils derjenigen aus diesen Herkunftsländern an allen Zugewanderten geführt hat. So ist der Anteil der EU-Ost 2004-Mitglieder im Zeitraum 2004-2008 im Vergleich zum Zeitraum 2000-2003 nur um knapp zwei Prozentpunkte gestiegen. Deutlich ist hingegen der Anstieg am Gesamtanteil derjenigen, die aus Bulgarien und Rumänien kommen (Osterweiterung II, 2007). Der Prozentanteil der Befragten aus Rumänien und Bulgarien sowie Kroatien stieg im Zeitraum nach 2008 (also jeweils im Zeitraum nach dem Beitritt der drei Länder) im Vergleich zum Zeitraum 2004-2008 um 10 Prozentpunkte.

Zu beachten ist dabei, dass für die Zuwanderung von Arbeitnehmer/-innen aus den durch die Osterweiterungen neu beigetretenen EU-Mitgliedsländern nach Deutschland weiterhin Einschränkungen galten. Deutschland hatte jeweils von den siebenjährigen Übergangsregelungen Gebrauch gemacht, die Beschränkungen der Freizügigkeit festschrieben. Diese beinhalteten beispielsweise, dass Arbeitnehmer/-innen eine Arbeitserlaubnis brauchten, um in Deutschland eine Arbeit aufnehmen zu dürfen. Lediglich Arbeitnehmer/-innen aus Malta und Zypern genossen vom Tag des Beitritts an uneingeschränkte Freizügigkeit. Arbeitnehmer/-innen aus den ost- und mitteleuropäischen Staaten, die 2004 der EU beigetreten sind, genießen erst seit Mai 2011 uneingeschränkte Freizügigkeit. Für Arbeitnehmer/-innen aus Bulgarien und Rumänien ist dies seit Januar 2014 der Fall, für diejenigen aus Kroatien seit Juli 2015.

Betrachtet man das Jahr des Zuzugs der Befragten, so zeigt sich, dass 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in unserer Stichprobe zu einem Zeitpunkt nach Deutschland kamen, zu dem ihr Land noch den Übergangsregelungen unterlag, es also Einschränkungen ihrer Arbeitnehmerfreizügigkeit gab (darunter 55% aus den 2004 und 45% aus den 2007/13 beigetretenen Mitgliedsstaaten).

Interessant ist auch, wie alt die befragten Ärztinnen und Ärzte bei ihrem Umzug nach Deutschland waren (Tabelle 12). Mehr als zwei Drittel der Befragten (68%) waren 30 Jahre oder jünger als sie nach Deutschland kamen. Ein Großteil der Befragten in unserer Stichprobe ist in einer Lebensphase migriert, in der die Facharztweiterbildung einen zentralen Stellenwert in der beruflichen Karriere hat. Hier zeigt sich die Bedeutung Deutschlands als Zielland für die Zuwanderung aufgrund der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Dies spiegelt sich auch in den Kommentaren wieder, die die Befragten zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortoptionen im Fragebogen eintragen konnten.²⁶ So gaben dort einige Befragte an, dass das deutsche Aus- und Weiterbildungssystem in verschiedenen Fachbereichen qualitativ hochwertige Möglichkeiten der Qualifizierung biete, sehr gut zugänglich sei und über einen hohen technischen Stand verfüge. Der Anteil an Frauen ist in den Altersgruppen 18-25 und 26-30 Jahre bei Zuzug deutlich bzw. etwas höher als derjenige der Männer in der jeweiligen Altersgruppe. Bei den älteren Befragten ist dies umgekehrt.

Tabelle 12: Alter bei Zuzug nach Deutschland (nach Geschlecht der Befragten)

	18-25 Jahre	26-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-65 Jahre	Insgesamt
Geschlecht						
Männlich	15,24%	44,57%	29,14%	8,57%	2,48%	100,00%
Weiblich	27,43%	46,08%	19,19%	5,81%	1,49%	100,00%
Insgesamt	22,37%	45,45%	23,32%	6,96%	1,90%	100,00%

Cramér's V: 0,1746

²⁶ Bei einigen Fragen sowie am Ende des Fragebogens hatten die Befragten die Möglichkeit, zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortoptionen den jeweiligen Fragen sowie dem Fragebogen allgemein etwas hinzuzufügen. Diese offenen Kommentare wurden zusätzlich zu den einzelnen Fragen ergänzend ausgewertet.

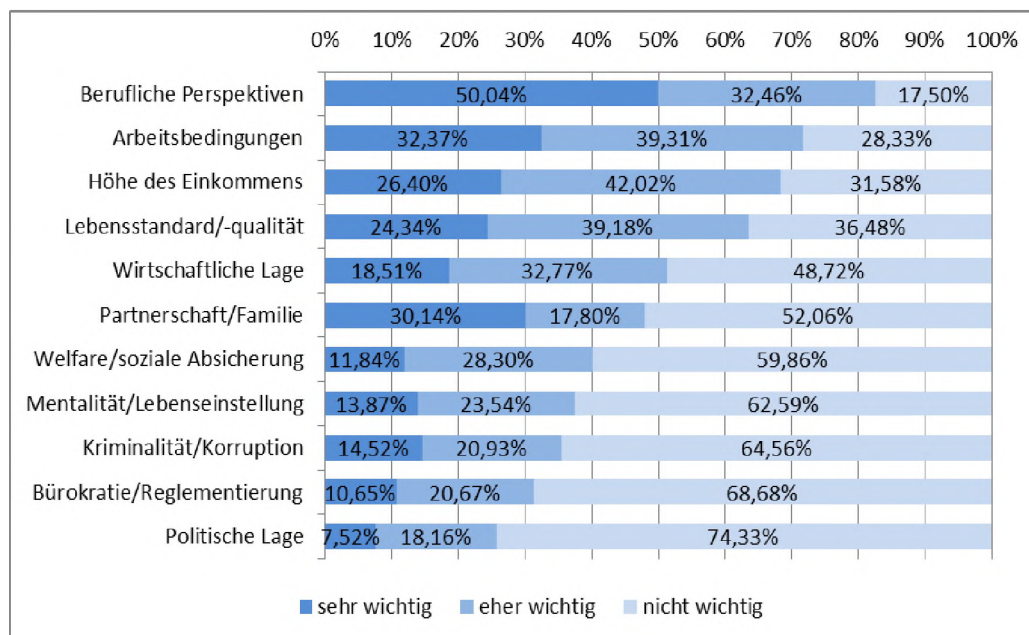
3.2 Wichtigste Migrationsgründe

Migrationsmotive werden oft in sogenannte Push- und Pullfaktoren eingeteilt. Die in den Herkunftsstaaten liegenden Gründe der Auswanderung werden als Pushfaktoren bezeichnet („abstoßende“ Faktoren), da sie Menschen dazu bewegen, ihr Herkunftsland zu verlassen. Pullfaktoren („anziehende“ Faktoren) beziehen sich auf das Zielland und lassen die Migration dorthin attraktiv erscheinen. Im Fragebogen wurden die Ärztinnen und Ärzte zunächst nach ihren jeweiligen Gründen gefragt, ihr Herkunftsland zu verlassen bzw. nach Deutschland zu kommen. Migrationsmotive sind dabei vielfältig und können sich beispielsweise auf wirtschaftliche, demographische oder soziale Aspekte beziehen. In unserer Umfrage wurde daher jeweils differenziert nach Motiven, die eher struktureller und gesellschaftlicher Natur sind (z.B. die wirtschaftliche und politische Lage) und solchen, die auf persönlicher Ebene angesiedelt sind (z.B. berufliche Perspektiven oder Partnerschaft und Familie). Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur ein Faktor zur Migration veranlassen kann, wurden die Ärzt/-innen danach gefragt, wie wichtig die jeweiligen Gründe für sie waren (sehr wichtig, eher wichtig, weder noch, eher unwichtig, überhaupt nicht wichtig).²⁷

3.2.1 Gründe das Herkunftsland zu verlassen

Der in der wissenschaftlichen Literatur ausgemachte Stellenwert beruflich motivierter Migration innerhalb der EU zeigt sich auch in der Motivation der befragten Ärztinnen und Ärzte, ihr Herkunftsland zu verlassen (Pushfaktoren, Abbildung 2). Berufliche Perspektiven, Arbeitsbedingungen und Höhe des Einkommens waren für die Befragten jeweils am wichtigsten („eher“ und „sehr wichtig“ zusammengenommen).

Abbildung 2: Gründe das Herkunftsland zu verlassen



²⁷ In den folgenden Analysen werden die Kategorien „weder noch“, „eher unwichtig“ und „überhaupt nicht wichtig“ zusammengefasst und zum Zwecke der Übersichtlichkeit als „nicht wichtig“ angegeben.

Die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihnen berufliche Perspektiven sehr wichtig waren, knapp ein Drittel erachtete dies als eher wichtig. Die Wichtigkeit, die den beruflichen Perspektiven beigemessen wird, nimmt mit dem Alter ab (Cramér's $V=0,11$). Mehr als die Hälfte derjenigen, die zum Zeitpunkt der Migration unter 30 Jahre alt waren, erachtet die beruflichen Perspektiven als sehr wichtig, während es unter den 41- bis 50-Jährigen nur 38 Prozent und unter den 51- bis 65-Jährigen nur noch 25 Prozent der Befragten sind. Dies kann damit zusammenhängen, dass generell die Entwicklung der beruflichen Karriere in jüngeren Lebensphasen einen höheren Stellenwert einnimmt. So belegen auch die zusätzlichen Anmerkungen der Befragten, dass es beispielsweise gerade junge Ärzt/-innen ins Ausland zieht, da dort unter Umständen der Berufseinstieg leichter ist als im Herkunftsland.

Für fast ein Drittel der Befragten waren zudem die Arbeitsbedingungen ein sehr wichtiger Grund, das Herkunftsland zu verlassen. In den zusätzlichen offenen Kommentaren merkten einige Befragte hier das Gehalt und die technische Ausstattung des Krankenhauses bzw. der Praxis als wichtige Kriterien an. Die wirtschaftliche Lage war für 19 Prozent ein sehr und für 33 Prozent ein eher wichtiger Grund. Hier zeigt sich ein mittelstarker Zusammenhang mit der Herkunftsregion der Befragten (Cramér's $V=0,29$). Während für jeweils 84 Prozent der Befragten aus der Region EU-Nord/West und Österreich die wirtschaftliche Lage nicht wichtig war, ist dies nur für 50 Prozent aus der Region EU-Süd sowie für 36 bzw. 31 Prozent aus den 2004 bzw. 2007/2013 der EU beigetretenen Ländern der Fall. Dies lässt sich mit den wirtschaftlichen Ungleichgewichten und damit zusammenhängenden Wohlstands- und Einkommensunterschieden zwischen diesen Regionen erklären, insbesondere im Hinblick auf die Ost-West-Wanderungen. Ein ähnlicher Zusammenhang in Bezug auf Migrationsgründe und Herkunftsregion zeigt sich daher auch mit der Höhe des Einkommens (Cramér's $V=0,33$) und dem Lebensstandard (Cramér's $V=0,31$).

Kriminalität oder Korruption im Herkunftsland waren überwiegend für Ärzt/-innen aus der Region EU-Ost 2007/13 ein eher bzw. sehr wichtiger Migrationsgrund. Hier haben einzelne Befragte aus Bulgarien, Rumänien und der Slowakei in den offenen Kommentarspalten angemerkt, dass gerade Korruption im Gesundheitssystem in ihren Herkunftsländern die ärztliche Tätigkeit enorm behindere und die Arbeitsbelastung zusätzlich erhöhe. Die politische Lage in ihrem Herkunftsland hat dagegen für die meisten der Befragten keine wichtige Rolle gespielt.

Einen Zusammenhang zwischen den Gründen, das Herkunftsland zu verlassen, und dem Geschlecht gibt es lediglich bei den familiär motivierten Migrationsgründen (Cramér's $V=0,22$). Für Frauen sind Partnerschaft und/oder Familie als Migrationsgründe wichtiger als für Männer.

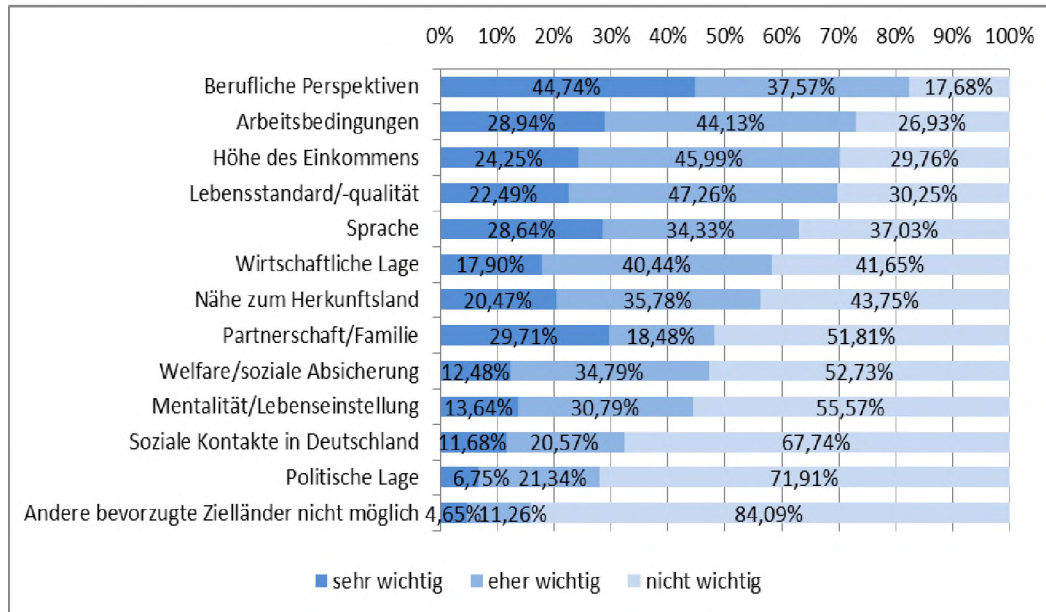
3.2.2 Wichtigste Gründe nach Deutschland zu kommen

Zusätzlich zur Motivation das Herkunftsland zu verlassen, stellt sich die Frage, warum die Befragten gerade nach Deutschland gekommen sind (Pullfaktoren). Insgesamt haben sich die befragten Ärztinnen und Ärzte bewusst für Deutschland entschieden. Das zeigt der hohe Anteil derjenigen, denen der Grund, dass andere bevorzugte Zielländer nicht möglich waren, nicht wichtig war (84%).

Darüber hinaus unterscheiden sich die Gründe für die Einwanderung nach Deutschland nicht stark von den Gründen der Auswanderung (Unterabschnitt 3.2.1). Die Verteilungen der Push- und Pullfaktoren sind ähnlich und hängen meist stark zusammen. Auch bei der Motivation nach Deutschland zu kommen, scheinen für die meisten Befragten berufliche Perspektiven, Arbeitsbedingungen und die Höhe des Einkommens, also allgemein berufsspezifische Faktoren, sowie der Lebensstandard und die

Lebensqualität die zentralen Beweggründe zu sein. Insbesondere ein höheres Gehalt wird auch in den zusätzlichen Kommentaren als ein wichtiger Anreiz dargestellt, da es wesentlich dazu beitragen könne sowohl die eigene Familie zu versorgen als auch Verwandte im Herkunftsland finanziell zu unterstützen. Für 45 Prozent der Befragten waren die beruflichen Perspektiven sehr, für 38 Prozent eher wichtig. Die Arbeitsbedingungen in Deutschland erachteten 29 Prozent der Ärztinnen und Ärzte als sehr und 44 Prozent als eher wichtig. Bei der Höhe des Einkommens sind dies entsprechend 24 und 46 Prozent.

Abbildung 3: Gründe nach Deutschland zu kommen



Die Nähe zum Herkunftsland geben vor allem Personen aus den 2004 der EU beigetretenen Ländern als eher wichtigen oder sehr wichtigen Grund an (71%). Dies geht insbesondere auf Befragte aus Deutschlands Nachbarland Tschechien zurück (für 87% ist die Nähe zum Herkunftsland ein eher wichtiger oder sehr wichtiger Grund), wohingegen beispielsweise nur 57 Prozent der Befragten aus den baltischen Staaten die Nähe zum Herkunftsland wichtig oder sehr wichtig finden. Darüber hinaus ist für 64 Prozent der Österreicher/-innen die Nähe zum Herkunftsland ein sehr wichtiger oder eher wichtiger Grund. Die Nähe zum Herkunftsland scheint für Befragte aus den Nachbarländern Deutschlands somit wichtiger als für Personen aus geographisch weiter entfernten Ländern. So erachtet zum Beispiel die Mehrheit der Befragten (62%) der 2007/13 der EU beigetretenen Mitgliedsstaaten sowie aus der Region EU-Süd (55%) – diese befinden sich nicht in unmittelbarer Nachbarschaft Deutschlands – die Nähe zum Herkunftsland als nicht wichtig für ihre Migrationsentscheidung.

Die wirtschaftliche Lage Deutschlands ist vor allem für Befragte aus den neueren EU-Mitgliedsländern wichtig (EU-Ost 2004: 21% sehr und 50% eher; EU-Ost 2007/13: 30% sehr und 42% eher wichtig) und – zu einem etwas geringeren Anteil – für Befragte aus der Region EU-Süd (13% sehr und 46% eher wichtig). Hier zeigt sich, dass die Wirtschaftsstärke und das relativ hohe Einkommensniveau die Attraktivität Deutschlands als Zielland erhöhen. Während sich in Bezug auf die Ost-West-Wanderungen hier wiederum die wirtschaftlichen Ungleichgewichte und damit auch das Wohlstandsgefälle zwischen den alten und neuen Mitgliedsländern zeigen, könnte die gute wirtschaftliche Lage Deutschlands für Personen aus der Region EU-Süd auch mit Erwägungen im Rahmen der EU-Wirtschafts- und Finanzkrise zusammenhängen. Diese führte in einigen Ländern Südeuropas im Ver-

gleich zu Deutschland zu höherer Arbeitslosigkeit. Für 70 Prozent der Österreicher/-innen und 81 Prozent der Befragten aus der Region EU-Nord/West spielte die wirtschaftliche Lage Deutschlands hingegen keine wichtige Rolle für ihre Entscheidung.

3.3 Weitere Einflussfaktoren der Migrationsentscheidung

Neben den oben untersuchten Push- und Pullfaktoren gibt es noch weitere Faktoren, die die Migrationsentscheidung beeinflussen könnten. Im Folgenden sollen einige dieser Faktoren untersucht werden. Der Fokus liegt dabei auf vorherigen Migrationserfahrungen und auf der Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke.

3.3.1 Vorherige Migrationserfahrung

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass die Wahrscheinlichkeit zu migrieren wächst, wenn bereits Migrationserfahrungen gesammelt wurden (siehe zum Beispiel Massey et al. 1993). 17 Prozent der befragten Ärzt/-innen in unserer Stichprobe haben bereits während ihrer Kindheit oder Jugend in einem anderen Land als dem Herkunftsland gelebt, darunter 19 Prozent in Deutschland. 27 Prozent hatten vor ihrem Umzug nach Deutschland im Erwachsenenalter schon Migrationserfahrung gesammelt, darunter 43 Prozent mit einer Dauer von drei bis neun Jahren. Dies könnte zumindest für einen Teil der Befragten die Wahrscheinlichkeit für eine erneute Migration erhöht haben. Aus den Kommentaren, die die Befragten zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortoptionen gemacht haben, geht hervor, dass Deutschland aufgrund von Vorerfahrungen, beispielsweise durch einen Au-Pair-Aufenthalt, bei einer späteren Migrationsentscheidung von einigen Befragten favorisiert wurde.

Tabelle 13: Bisherige Migrationserfahrung vor und seit dem 18. Lebensjahr

Migrationserfahrung...	nein	ja	Insgesamt
...vor dem 18. Lebensjahr	82,77%	17,23%	100,00%
...seit dem 18. Lebensjahr und vor Zuzug nach Deutschland	72,51%	27,49%	100,00%

3.3.2 Familiäre Situation bei Zuwanderung

Familiäre Einbindungen und Verpflichtungen können ebenfalls einen Einfluss auf die Migrationsentscheidung haben. Während Befragte, die kein Kind/keine Kinder haben und/oder sich nicht in einer Partnerschaft befinden, eine eigenständigere Entscheidung treffen können, sind Befragte mit Kind/Kindern und/oder Partner/-in bei ihrer Migrationsentscheidung stärker von ihrem sozialen Umfeld geprägt. Zum Zeitpunkt des Zuzugs waren 37 Prozent der befragten Ärzt/-innen in unserer Stichprobe Single oder getrennt lebend (Tabelle 14). 31 Prozent waren in einer Partnerschaft und sind zusammen mit dem Partner/der Partnerin nach Deutschland gekommen. Unter den Personen, die zum Zeitpunkt des Zuzugs in einer Partnerschaft lebten, aber alleine migriert sind (16%) sowie unter denjenigen, die in einer Partnerschaft lebten und mit ihrem Partner/ihrer Partnerin migriert sind (31%), ist jeweils der Anteil der Männer deutlich höher als derjenige der Frauen. Frauen waren dagegen deutlich öfter in einer Partnerschaft und sind zu ihrem Partner/ihrer Partnerin nach Deutschland gezogen. Cramér's V (0,26) weist auf einen mittelstarken Zusammenhang zwischen familiärer Situation bei Zuwanderung und Geschlecht hin.

Der Anteil der Ärzt/-innen, die zwar in einer Partnerschaft waren, aber alleine zugezogen sind, ist unter den Befragten aus der Region EU-Ost 2004 mehr als doppelt so hoch als unter den Befragten aus der Region EU-Nord/West (19% bzw. 8%). Vergleicht man die familiäre Situation der Befragten innerhalb einer Herkunftsregion, so zeigt sich, dass in fast allen Herkunftsgruppen jeweils der Anteil derjenigen, die zum Zeitpunkt des Zuzugs Single oder getrennt lebend waren, am höchsten ist. Eine Ausnahme bilden hier Befragte aus der Region EU-Ost. Vor allem unter den Ärzt/-innen aus den 2004 beigetretenen EU-Staaten ist der Anteil derjenigen, die mit ihrem Partner/ihrer Partnerin migriert sind, höher (36% in Partnerschaft und Migration mit Partner/-in, 30% Single oder getrennt lebend).

Tabelle 14: Familiäre Situation beim Zuzug nach Deutschland

	Single oder getrennt	Partnerschaft aber alleine migriert	Partnerschaft und Migration mit Partner/-in	Partnerschaft und migriert zum/zur Part- ner/-in in Deutschland	Insgesamt
Alle	37,41% (N=535)	16,29% (N=233)	31,26% (N=447)	15,03% (N=215)	100,00% (N=1.430)
Geschlecht					
Männlich	36,18%	21,78%	36,85%	5,19%	100,00%
Weiblich	38,30%	12,36%	27,25%	22,09%	100,00%
Herkunftsregion					
EU-Nord/West	40,74%	8,15%	27,41%	23,70%	100,00%
EU-Ost 2004	30,49%	18,70%	35,57%	15,24%	100,00%
EU-Ost 2007/13	36,56%	16,92%	35,35%	11,18%	100,00%
EU-Süd	48,92%	15,11%	20,50%	15,47%	100,00%
Österreich	37,63%	16,49%	31,44%	14,43%	100,00%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2586; Herkunftsregion: 0,1079; Berufliche Position: 0,1195

3.3.3 Soziales Netzwerk in Deutschland vor Migration

Die Kosten der Migration können erheblich gesenkt und damit die Migrationsentscheidung erleichtert werden, wenn im Zielland ein soziales Netzwerk besteht, das Informationen und Unterstützung bereitstellen kann (siehe u.a. Massey et al. 1993). Bekannte oder Verwandte können beispielsweise bei der Job- und Wohnungssuche oder dem Aufbau von Kontakten helfen. Die Ärztinnen und Ärzte wurden daher gefragt, ob sie bei ihrem Zuzug Unterstützung von Verwandten und/oder Bekannten hatten, die zu diesem Zeitpunkt in Deutschland lebten.

Mehr als die Hälfte der Befragten konnte auf keinerlei Unterstützung zurückgreifen (57%). Unter denjenigen Befragten, die Unterstützung erfahren haben, gibt jeweils fast ein Viertel an, Unterstützung durch deutsche Verwandte/Bekannte bzw. in Deutschland lebende Verwandte/Bekannte aus dem Herkunftsland bekommen zu haben. Dabei ist der Anteil derjenigen mit Unterstützung durch deutsche Verwandte/Bekannte unter den Befragten aus der Region EU-Nord/West am höchsten (39%) und derjenige unter den Befragten aus den 2004 beigetretenen ost- und mitteleuropäischen Staaten am niedrigsten (18%). Dies könnte unter anderem damit zusammenhängen, dass der Anteil der Nordwesteuropäer/-innen, die zu ihrem Partner oder ihrer Partnerin in Deutschland gezogen sind, höher ist, als derjenige der Personen aus der Region EU-Ost 2004 (24% im Vergleich zu 11%). Der Anteil der Ärzt/-innen, die Unterstützung von Verwandten und/oder Bekannten aus ihrem Herkunftsland hatten, die zum Zeitpunkt der Migration in Deutschland lebten, ist unter den heute älteren Befragten geringer als in den jüngeren Altersgruppen. Cramér's V (0,11) weist hier auf einen

schwachen Zusammenhang hin. Während 30 Prozent der heute 25- bis 30-Jährigen Unterstützung von Verwandten und/oder Bekannten aus dem Herkunftsland bekamen, sind dies unter den 56- bis 65-Jährigen 18 Prozent.

Tabelle 15: Unterstützung beim Zuzug nach Deutschland

Unterstützung von...	ja	nein	Insgesamt
...Verwandten/Bekanntem aus Deutschland	23,65%	76,35%	100,00%
...Verwandten/Bekanntem aus dem Herkunftsland	23,09%	76,91%	100,00%
...Verwandten/Bekanntem aus einem anderen Land	2,57%	97,43%	100,00%

3.3.4 Berufliche Situation bei Zuwanderung

Weiterhin könnte die berufliche Situation im Hinblick auf Berufstätigkeit oder Erwerbslosigkeit sowie die Zusage einer Stelle in Deutschland schon vor dem Zuzug einen Einfluss auf die Migrationsentscheidung haben. Betrachtet man die berufliche Situation der befragten Ärztinnen und Ärzte innerhalb der letzten zwölf Monate vor ihrer Zuwanderung nach Deutschland, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (59%) der Befragten berufstätig war, ein Drittel gibt an, studiert zu haben (34%). Der Anteil derjenigen, die weder studiert haben noch berufstätig waren, beträgt acht Prozent (Tabelle 16). Die Suche nach einer (neuen) Arbeitsstelle kann möglicherweise für einige der Befragten als Anreiz gegolten haben, nach Deutschland zu migrieren. Dies wurde auch in den zusätzlichen Kommentaren der Befragten oft erwähnt. Einige der befragten Ärzt/-innen fanden direkt im Anschluss an ihr Studium oder ihre Facharztweiterbildung keine Arbeitsstelle im Herkunftsland und suchten daher im Ausland nach geeigneten Möglichkeiten. Die Anzahl freier Stellen für junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland kann daher für diese Gruppe als weiterer Pullfaktor gesehen werden.

Tabelle 16: Berufstätigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate vor Zuzug nach Deutschland

	Anzahl (N)	Anteil
Berufstätig	833	58,50%
Nicht berufstätig	114	8,01%
Student/-in	477	33,50%
Insgesamt	1.424	100,00%

Die größte Gruppe der Berufstätigen war in den letzten zwölf Monaten vor ihrer Migration nach Deutschland als Assistenzarzt/-ärztin tätig (40%), während 15 Prozent angegeben haben als Facharzt/-ärztin tätig gewesen zu sein (Tabelle 17). Ungefähr acht Prozent hatten eine leitende Funktion inne, drei Prozent haben ihre eigene Praxis aufgegeben um nach Deutschland zu gehen. Ungefähr vier Prozent der Befragten waren wissenschaftlich tätig, zwei Prozent medizinisch (aber nicht ärztlich) und ein Prozent war weder medizinisch noch ärztlich tätig.

Tabelle 17: Letzte Tätigkeit vor dem Zuzug nach Deutschland

Berufliche Position	Anzahl (N)	Anteil
Chefarzt/-ärztin	13	1,58%
Oberarzt/-ärztin	44	5,35%
Leitende/r Oberarzt/-ärztin	3	0,36%
Leitende/r Facharzt/-ärztin	6	0,73%
Facharzt/-ärztin	120	14,58%
Niedergelassene/r Arzt/Ärztin	28	3,40%
Stationsarzt/-ärztin	4	0,49%
Arzt/Ärztin (nicht spezifiziert)	124	15,07%
Angestellte/r Arzt/Ärztin	2	0,24%
Arzt/Ärztin in Facharztweiterbildung	36	4,37%
Assistenzarzt/-ärztin	331	40,22%
Arzt/Ärztin im Praktikum	52	6,32%
Wissenschaftliche Tätigkeit/Dozent/-in	30	3,65%
Medizinisch (nicht ärztlich) tätig	18	2,19%
Nicht medizinisch tätig	12	1,46%
Insgesamt	823	100,00%

Mehr als zwei Drittel der Befragten (68%) geben darüber hinaus an, vor ihrem Zuzug nach Deutschland schon eine Stellenzusage gehabt zu haben (Tabelle 18). Der Anteil unter den Frauen, die eine Stellenzusage hatten, beträgt 62 Prozent. Unter den Männern hatten 77 Prozent vor ihrem Umzug nach Deutschland schon eine Stellenzusage. Insgesamt steigt der Anteil derjenigen mit einer Stellenzusage mit steigendem Alter bei Migration (Cramér's $V=0,21$). Unter den Befragten, die zwischen ihrem 18. und 25. Lebensjahr migriert sind, hatte lediglich die Hälfte eine Stellenzusage, während dies unter denjenigen, die im Alter von 41 bis 50 Jahren zugewandert sind, für mehr als drei Viertel der Fall war. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr viele der Befragten noch im Studium waren.

Auch die Herkunftsregion hat einen Einfluss: Cramér's $V(0,25)$ weist auf einen schwachen bis mittelstarken Zusammenhang hin. Vor allem Befragte aus Österreich hatten vor ihrem Zuzug eine Stellenzusage (87%). Während unter den Befragten aus der Region EU-Süd die Hälfte und unter den Befragten der Region EU-Nord/West etwas mehr als die Hälfte der Befragten eine Stellenzusage hatte, trifft dies auf fast zwei Drittel der Befragten aus der Region EU-Ost 2007/13 und sogar auf drei Viertel der Personen aus der Region EU-Ost 2004 zu. Hier könnten auch Vermittlungsagenturen eine Rolle spielen. So merkten mehrere Befragte aus Bulgarien, Ungarn, Slowenien und Tschechien zusätzlich an, über solch eine Agentur ihren ersten Arbeitsplatz in Deutschland gefunden zu haben. Manche Agenturen bieten Deutschkurse an, was die Attraktivität dieser Option möglicherweise weiter erhöht. Aus den offenen Kommentaren geht hervor, dass gerade Berufsanfänger/-innen in Deutschland gute Möglichkeiten sehen, den Einstieg über ein Stellenangebot oder eine freie Stelle in Krankenhäusern, die teilweise gezielt nach Personal aus dem Ausland suchten, zu schaffen.

Tabelle 18: Stellenzusage in Deutschland vor Migration

	ja	nein
Alle	67,99%	32,01%
Alter bei Zuzug (in Jahren)		
18-25	50,18%	49,82%
26-30	73,22%	26,78%
31-40	72,60%	27,40%
41-50	77,27%	22,73%
51-65	83,33%	16,67%
Herkunftsregion		
EU-Nord/West	57,97%	42,03%
EU-Ost 2004	75,35%	24,65%
EU-Ost 2007/13	65,26%	34,74%
EU-Süd	50,36%	49,64%
Österreich	86,53%	13,47%
Cramér's V:		
Alterskategorie bei Zuzug: 0,2138; Herkunftsregion: 0,2507		

4 Berufliche Integration

Integrationsprozesse vollziehen sich in verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. In der Migrations- und Integrationsforschung werden zur Analyse solcher Prozesse verschiedene Dimensionen unterschieden: strukturelle, kulturelle, soziale und identifikative Integration. Strukturelle Integration bezeichnet dabei den Zugang zu gesellschaftlichen Kerninstitutionen und umfasst beispielsweise den Zugang zum Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Zur kulturellen Integration gehört der Erwerb von kulturellen Kenntnissen und Fähigkeiten, wie beispielsweise die Landessprache. Die Aufnahme sozialer Beziehungen im alltäglichen Bereich ist Teil der sozialen Integration. Identifikative Integration bezeichnet die Entwicklung von Zugehörigkeits- und Verbundenheitsgefühlen.

In Anlehnung an diese Dimensionen untersuchen wir in diesem und im folgenden Kapitel verschiedene Faktoren der Integration der befragten europäischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Dabei unterscheiden wir bei der Analyse zusätzlich nach objektiven und subjektiven Komponenten. Während wir die objektiven Faktoren auf strukturell Messbares beziehen, wie beispielsweise die berufliche Position, umfassen die subjektiven Faktoren persönliche und individuelle Einschätzungen und Wahrnehmungen der Befragten. In diesem Kapitel werden die jeweiligen objektiven und subjektiven Faktoren beruflicher Integration als Teil der strukturellen Dimension beschrieben. In Kapitel 5 untersuchen wir die soziale sowie kulturelle, einschließlich der identifikativen, Dimension.

4.1 Strukturelle Faktoren beruflicher Integration

Arbeit und Beruf kommen in Integrationsprozessen eine große Bedeutung zu. Die gleichberechtigte Eingliederung am Arbeitsplatz spielt dabei eine zentrale Rolle. Die Ärztinnen und Ärzte in unserer Stichprobe wurden nach verschiedenen Merkmalen ihres Arbeitsplatzes gefragt, darunter beispielsweise berufliche Position, Arbeitsort und Arbeitszeiten, die im Folgenden dargestellt werden und einen Einblick in die berufliche Situation der befragten Ärzt/-innen geben sollen. Die Analyse dieser Aspekte ist ein Bestandteil zur Messung der beruflichen Integration am Arbeitsplatz. Dadurch kann festgestellt werden, ob europäische Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu ihren deutschen Kolleginnen und Kollegen beispielsweise häufiger oder seltener in Führungspositionen sind. Im Kontext einer ärztlichen Unterversorgung (insbesondere auch in ländlichen Gebieten) spielt auch der Arbeitsort eine Rolle, beispielsweise um zu untersuchen, ob hier möglicherweise eine gezielte Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus dem europäischen Ausland stattgefunden hat. Die Übersicht über den Arbeitsumfang ermöglicht es festzustellen, ob sich die befragten Personen mehrheitlich in einer Vollzeitstellung befinden bzw. wie hoch die Arbeitsbelastung durch Überstunden ist.

4.1.1 Berufliche Position

Betrachtet man die aktuelle berufliche Position der europäischen Ärzt/-innen, stellt man fest, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in unserer Stichprobe (80%) stationär tätig ist. Der Anteil der Niedergelassenen beträgt ungefähr fünf Prozent, wobei dabei der Anteil der männlichen über dem der weiblichen Befragten liegt. Gerade unter den älteren Befragten (46-65 Jahre) ist der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vergleichsweise hoch, während die jüngeren Befragten kaum niedergelassen sind. Unter den stationär tätigen Befragten beträgt der Anteil der Chefärztinnen und Chefärzte fast zwei Prozent, wobei darunter nur ein äußerst geringer Anteil an Frauen ist. Ähnliches trifft auf Oberärzt/-innen zu. Wie auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind es bei diesen beiden Berufsgruppen insbesondere ältere Befragte, die eine Chefarzt- bzw. Oberarztposi-

tion innehaben. Dies ist nahe liegend, da der Erwerb dieser Positionen eine gewisse Erfahrung voraussetzt. Die größte Gruppe (38%) der Befragten befindet sich in der Facharztweiterbildung in einem Krankenhaus (Tabelle 19).

Gerade unter den Personen aus Nordwesteuropa sind verhältnismäßig viele Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und weniger in der Facharztweiterbildung. Unter den Osteuropäer/-innen hingegen ist der Anteil unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gering, während sich ein relativ hoher Prozentsatz in der Facharztweiterbildung befindet. Dies hängt jedoch auch eng mit der Altersstruktur der Befragten zusammen (in der Stichprobe befinden sich viele jüngere Ärzt/-innen aus Osteuropa).

Abbildung 4: Information zur Interpretation Marginaler Effekte

Info:

Interpretation der grafischen Darstellung marginaler Effekte einer logistischen, multinomialen logistischen oder ordinalen Regression

Jeder Punkt der Abbildungen in diesem Bericht stellt einen Regressionskoeffizienten dar, die Balken stehen für die Konfidenzintervalle. Wenn diese Konfidenzintervallbalken nicht die Nulllinie überqueren bedeutet es, dass der Effekt auf dem 5%-Niveau signifikant ist. Nur wenn der Effekt signifikant ist, können wir (hier mit einer Sicherheit von 95%) davon ausgehen, dass tatsächlich ein Zusammenhang besteht. Liegt der Regressionskoeffizient rechts der Nulllinie, ist der Zusammenhang positiv. Ist der

Regressionskoeffizient links der Nulllinie, ist der Zusammenhang negativ. Ein positiver Zusammenhang bedeutet, dass ein höherer Wert der abhängigen Variable mit einem höheren Wert der unabhängigen Variablen einhergeht.

Die jeweiligen Koeffizienten (z.B. für die Herkunftsregion) stehen immer im Verhältnis zu einer bestimmten Referenzkategorie, die jeweils unter den Abbildungen angegeben ist. Die Werte werden in Relation zu dieser Referenzkategorie interpretiert. Für die Variablen, die nicht in einer Kategorie gemessen werden, ist keine Referenzkategorie nötig. Das betrifft die Variablen Alter, bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland, Verbundenheitsgefühl zu verschiedenen Ebenen und deutsche Sprachkenntnisse.

Bei den dargestellten Modellen handelt es sich um multivariate Modelle, das bedeutet, dass der Effekt einer Variable (z.B. des Geschlechts) auf eine andere Variable (z.B. die berufliche Position) gemessen wurde, während auf weitere mögliche Einflussgrößen (z.B. die Herkunftsregion) kontrolliert wurde.

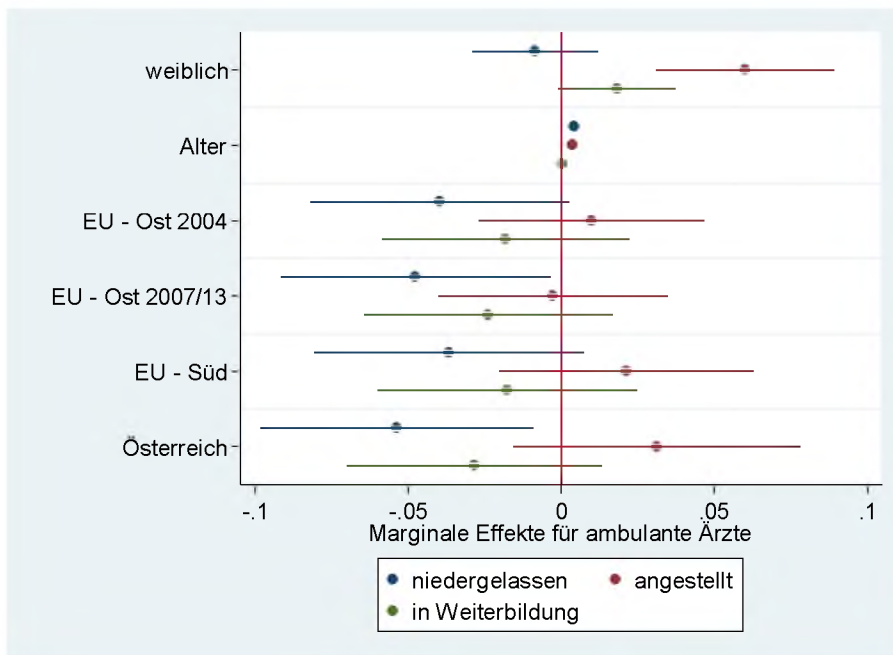
Tabelle 19: Berufliche Position europäischer Ärzt/-innen

	Ambulant Davon:			Stationär Davon:					Behörde/ Sonstiges	ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt
	nieder- gelassen	angestellt	in Facharzt- weiterbildung	Chefarzt/- ärztin	Oberarzt/- ärztin ¹⁾	Facharzt/- ärztin	Assistenzarzt/- ärztin (nicht in Weiterbildung)	Assistenzarzt/- ärztin (in Wei- terbildung)			
Alle	5,36%	5,43%	2,44%	1,81%	13,29%	17,61%	9,05%	38,20%	4,18%	2,64%	100,00%
Geschlecht											
Männlich	6,70%	2,51%	1,34%	4,02%	17,76%	18,43%	9,21%	35,68%	3,52%	0,84%	100,00%
Weiblich	4,41%	7,51%	3,22%	0,24%	10,13%	17,04%	8,94%	40,05%	4,65%	3,81%	100,00%
Alter (in Jahren)											100,00%
25-30	0,00%	0,33%	3,00%	0,00%	0,33%	1,33%	12,33%	79,33%	2,00%	1,33%	100,00%
31-35	0,96%	4,32%	3,36%	0,00%	7,19%	17,03%	10,07%	53,72%	1,68%	1,68%	100,00%
36-45	4,48%	8,02%	2,12%	0,71%	20,75%	30,90%	7,55%	17,69%	4,48%	3,30%	100,00%
46-55	17,39%	8,15%	0,54%	6,52%	22,28%	19,02%	8,15%	4,89%	9,24%	3,80%	100,00%
56-65	19,64%	8,93%	1,79%	9,82%	27,68%	10,71%	3,57%	2,68%	9,82%	5,36%	100,00%
Herkunftsregion											
EU-Nord/West	17,61%	5,63%	3,52%	3,52%	14,08%	11,97%	2,82%	29,58%	8,45%	2,82%	100,00%
EU-Ost 2004	4,04%	4,85%	2,63%	0,40%	15,56%	18,38%	8,28%	41,21%	2,42%	2,22%	100,00%
EU-Ost 2007/13	3,05%	3,96%	2,13%	0,30%	9,15%	16,16%	14,94%	45,43%	2,74%	2,13%	100,00%
EU-Süd	5,36%	6,43%	2,50%	2,14%	12,86%	22,14%	7,86%	31,79%	5,71%	3,21%	100,00%
Österreich	3,65%	7,81%	1,56%	6,25%	14,58%	15,63%	7,29%	33,85%	5,73%	3,65%	100,00%

¹⁾In leitender oder nicht leitender Position.

Die Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter, Herkunftsregion und beruflicher Position wurden mittels einer multinomialen logistischen Regression überprüft. Dabei haben wir zwischen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten (Abbildung 5), stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten (Abbildung 6) und in einer Behörde bzw. nicht ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten (Abbildung 7) unterschieden.

Abbildung 5: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten



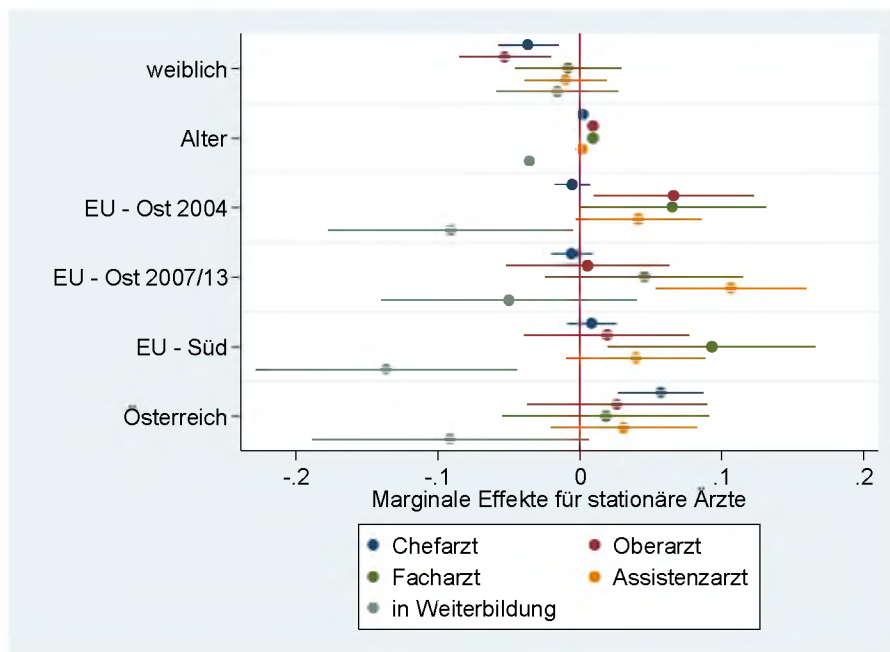
Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

Abbildung 5 zeigt, dass das Alter für ambulant tätige angestellte und niedergelassene Ärzt/-innen und das Geschlecht für ambulant tätige angestellte Ärzt/-innen einen signifikanten Einfluss haben. Für weibliche Befragte ist die Wahrscheinlichkeit angestellt zu sein höher als für gleichaltrige männliche Befragte aus der gleichen Herkunftsregion. Ältere Befragte haben hingegen eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit niedergelassen oder angestellt zu sein (unter Kontrolle auf Geschlecht und Herkunftsregion). Die Zusammenhänge für ambulant tätige Ärzt/-innen in der Facharztweiterbildung („in Weiterbildung“) sind nicht signifikant. Bezüglich der Herkunftsregion können wir lediglich einen Zusammenhang mit der beruflichen Position bei niedergelassenen Ärzt/-innen aus der Region EU-Ost 2007/13 und Österreich feststellen. Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen ist die Wahrscheinlichkeit niedergelassen zu sein für Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ost 2007/13 und Österreich geringer (unter Kontrolle auf Geschlecht und Alter).

Abbildung 6: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

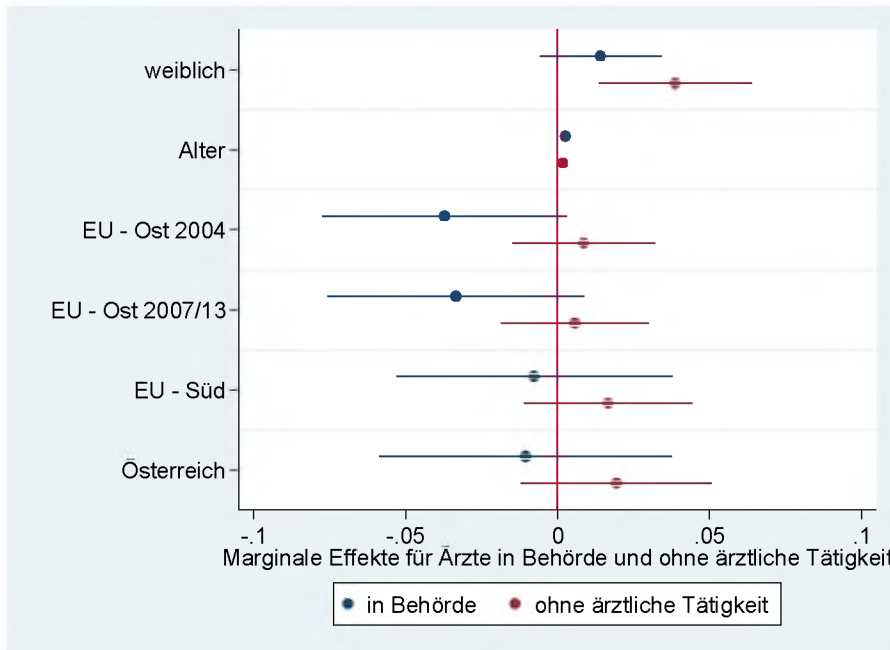
Für stationär tätige Ärzt/-innen sind ebenfalls verschiedene Zusammenhänge relevant (Abbildung 6). So sind weibliche Befragte mit einer deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit Oberärztinnen oder Chefarztinnen als ihre gleichaltrigen männlichen Kollegen aus der gleichen Herkunftsregion. Dies verweist auf deutliche Geschlechterunterschiede und die Unterrepräsentation von Frauen in Führungspositionen. Jüngere Befragte sind eher in einer Facharztweiterbildung, während ältere Befragte mit dem gleichen Geschlecht und aus der jeweils gleichen Herkunftsregion eher Fach-, Ober- oder Chefarzt/-innen sind. Dies hängt, wie bereits oben erwähnt, auch damit zusammen, dass für diese Positionen eine weitere Qualifizierung bzw. berufliche Erfahrung nötig ist.

Interessant ist auch, dass es für manche Berufsgruppen Unterschiede bezüglich der Herkunftsregion gibt, wenn auf die Variablen Alter und Geschlecht kontrolliert wird. Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen haben Befragte aus Österreich eine höhere Wahrscheinlichkeit in einer Chefarztposition zu sein, für Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ost 2004 trifft dies auf die Position Oberärztin/Oberarzt zu. Befragte aus EU-Süd sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in einer Facharztposition und mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit in der Facharztweiterbildung. Befragte aus der Region EU-Ost 2004 sind ebenfalls mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit in der Facharztweiterbildung. Für Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ost 2007/13 ist die Wahrscheinlichkeit in einer Assistenzarztposition zu sein höher als für die Vergleichsgruppe der Nordwesteuropäer/-innen. Alle anderen Zusammenhänge sind nicht signifikant.

Für Befragte, die in einer Behörde tätig oder ohne ärztliche Tätigkeit sind, ist der Zusammenhang für das Alter signifikant, für Ärzt/-innen ohne ärztliche Tätigkeit zudem für das Geschlecht (Abbildung 7).

Ältere Befragte sind sowohl mit höherer Wahrscheinlichkeit in einer Behörde als auch nicht ärztlich tätig (bei gleichem Geschlecht und gleicher Herkunftsregion). Für weibliche Befragte ist bei gleichem Alter und gleicher Herkunftsregion die Wahrscheinlichkeit höher, nicht erwerbstätig bzw. nicht ärztlich tätig zu sein als für ihre männlichen Kollegen.

Abbildung 7: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der beruflichen Positionen bei in Behörden oder nicht ärztlich tätigen Personen



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

4.1.2 Arbeitsort

In der öffentlichen Debatte wird häufig von Gegenden mit ärztlicher Unterversorgung gesprochen. Durch starke Versorgungsgefälle zwischen Gebieten mit ärztlicher Überversorgung (oftmals in Großstädten) und Unterversorgung (oftmals in ländlichen Regionen) werden daher insbesondere in unterversorgten Regionen verschiedene Strategien genutzt, um diesem Ärztemangel zu begegnen, darunter auch die Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus dem europäischen Ausland. Ein erster Blick auf die Verteilung zeigt, dass der größte Anteil der Befragten in einer Großstadt²⁸ tätig ist (38%) und ungefähr ein Viertel (26%) in einer Kleinstadt oder ländlichen Region (Tabelle 20).²⁹ Ein Vergleich, der die Herkunftsregionen der Befragten berücksichtigt, zeigt, dass jeweils mehr als 50 Prozent der Be-

²⁸ Eine Großstadt ist hier definiert als eine Stadt mit mehr als 100.000 Einwohner/-innen, eine mittlere Stadt als eine Stadt mit mindestens 20.000 aber weniger als 100.000 Einwohner/-innen. „Kleinstadt“ (mehr als 5.000 und bis zu 20.000 Einwohner/-innen) und „auf dem Land“ (5.000 und weniger Einwohner/-innen) wurden hier und in den folgenden Analysen zusammengefasst als „Kleinstadt/auf dem Land“ und definiert als eine Ortschaft mit weniger als 20.000 Einwohner/-innen.

²⁹ Bei den Analysen zum Arbeitsort sind nur diejenigen berücksichtigt, die sich derzeit nicht in der Facharztweiterbildung befinden, da angenommen wird, dass diese Gruppe in Großstädten überrepräsentiert ist. Diejenigen zu berücksichtigen, die derzeit in der Facharztweiterbildung sind, würde daher zu einer verzerrten Darstellung führen.

fragten aus Nordwest- und Südeuropa in einer Großstadt arbeiten, während der Anteil der Befragten aus den seit den Osterweiterungen 2004, 2007 und 2013 neu der EU beigetretenen Staaten gerade in Kleinstädten und ländlichen Regionen deutlich höher ist (um 24 Prozentpunkte höher für EU-Ost 2004 und um 30 Prozentpunkte für EU-Ost 2007/13 im Vergleich zur Region EU-Nord/West). Cramér's V ist für diesen Zusammenhang schwach bis mittelstark (0,24). Im Vergleich zu den von uns befragten Ärzt/-innen mit einer deutschen Staatsbürgerschaft ist der Anteil europäischer Ärzt/-innen insgesamt in Kleinstädten höher (deutsche 18% vs. europäische 26%), während eine Mehrheit der deutschen Ärztinnen und Ärzte (54% vs. 38%) in einer Großstadt tätig ist (Teney et al. 2017).

Tabelle 20: Arbeitsort nach Geschlecht, Herkunftsregion und Jahr des Zuzugs der Befragten

	Kleinstadt/ auf dem Land	mittelgroße Stadt	Großstadt	Insgesamt
Alle	26,05%	35,86%	38,09%	100,00%
Geschlecht				
Männlich	25,82%	38,59%	35,60%	100,00%
Weiblich	26,26%	33,56%	40,18%	100,00%
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	10,00%	36,67%	53,33%	100,00%
EU-Ost 2004	33,97%	40,08%	25,95%	100,00%
EU-Ost 2007/13	39,63%	37,20%	23,17%	100,00%
EU-Süd	9,25%	34,10%	56,65%	100,00%
Österreich	26,50%	26,50%	47,01%	100,00%
Jahr des Zuzugs				
Vor 2000	13,11%	33,61%	53,28%	100,00%
2000-2003	17,11%	31,58%	51,32%	100,00%
2004-2008	25,24%	40,95%	33,81%	100,00%
Nach 2008	34,02%	35,40%	30,58%	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,0560; Herkunftsregion: 0,2405; Jahr des Zuzugs: 0,1599				

Betrachtet man die Verteilung nach Jahr des Zuzugs nach Deutschland, so sieht man eine deutliche Zunahme von europäischen Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen oder Kleinstädten im Zeitverlauf. Der Anteil derjenigen, die seit 2008 nach Deutschland migriert sind und in einer ländlichen Region oder Kleinstadt arbeiten, ist mit 34 Prozent deutlich über dem Anteil derjenigen, die bis 2008 zugezogen sind. Bei den Befragten, die seit 2004 in Deutschland leben, beträgt der Anteil derjenigen, die in einer Großstadt arbeiten, etwa ein Drittel; bei denjenigen, die zuvor nach Deutschland gezogen sind, liegt er bei über 50 Prozent (Cramér's V=0,16).

4.1.3 Arbeitszeit

Ein weiteres zentrales Charakteristikum der Beschäftigungssituation ist die Anzahl der vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden sowie die geleisteten bezahlten und unbezahlten Überstunden (Tabelle 21). Eine erste Übersicht zeigt, dass über 80 Prozent der befragten europäischen Ärzt/-innen einer Vollzeitbeschäftigung mit mindestens 35 Stunden pro Woche nachgeht. Ungefähr zehn Prozent sind jeweils bis zu 20 Stunden bzw. 21-34 Stunden pro Woche beschäftigt. Der Anteil der männlichen Beschäftigten, die einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen, ist dabei deutlich höher als der Anteil der weiblichen Befragten (91% vs. 74%). Dies weist darauf hin, dass auch im Arztberuf eher Frauen als Männer einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen.

Tabelle 21: Arbeitszeit nach Geschlecht und Beschäftigungssituation der Befragten

	Teilzeit (bis 20h/Woche)	Teilzeit (21 bis 34h/Woche)	Vollzeit (ab 35h/Woche)	Insgesamt
Alle	8,91%	9,73%	81,37%	100,00%
Geschlecht				
Männlich	5,06%	4,19%	90,75%	100,00%
Weiblich	11,76%	13,82%	74,42%	100,00%
Ambulant:				
Niedergelassen	22,73%	16,67%	60,61%	100,00%
Angestellt	20,00%	33,33%	46,67%	100,00%
In Facharztweiterbildung	14,29%	17,14%	68,57%	100,00%
Stationär:				
Chefarzt/-ärztin	17,39%	0,00%	82,61%	100,00%
Oberarzt/-ärztin	5,38%	6,45%	88,17%	100,00%
Facharzt/-ärztin	9,35%	10,57%	80,08%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (nicht in Weiterbildung)	4,69%	10,16%	85,16%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (in Weiterbildung)	6,08%	5,70%	88,21%	100,00%
In Behörde	16,67%	14,81%	68,52%	100,00%
Ohne ärztliche Tätigkeit	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2089; Alterskategorie: 0,1514; berufliche Position: 0,2189; Herkunftsregion: 0,1045

74 Prozent aller Befragten haben angegeben, dass sie Überstunden leisten. Der Anteil derjenigen, die zehn und mehr Überstunden pro Woche leisten, ist bei den Vollzeitbeschäftigten deutlich höher als bei den Teilzeitbeschäftigten (Tabelle 22). Geschlechterspezifische Unterschiede lassen sich lediglich in der Kategorie „Teilzeit (21 bis 34h/Woche)“ feststellen: Männer in dieser Gruppe machen häufiger mehr Überstunden als Frauen in derselben Kategorie (31% vs. 21%).

Tabelle 22: Überstunden Teilzeit/Vollzeit

Überstunden	bis einschließlich 9 h/Woche	ab 10 h/Woche	Insgesamt
vertraglich vereinbarte Arbeitszeit			
Teilzeit (bis 20h/Woche)	73,68%	26,32%	100,00%
Teilzeit (21 bis 34h/Woche)	78,22%	21,78%	100,00%
Vollzeit (ab 35h/Woche)	56,77%	43,23%	100,00%

Die lediglich marginalen Geschlechterunterschiede unter Vollzeitbeschäftigten lassen sich auch in Tabelle 23 erkennen: Frauen und Männer in Vollzeitbeschäftigung unterscheiden sich nicht nach Überstunden. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der beruflichen Situation. Während ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte deutlich seltener viele Überstunden leisten – insbesondere in der Facharztweiterbildung – ist der Anteil derjenigen, die mindestens zehn Stunden pro Woche mehr als vertraglich vereinbart arbeiten, unter Personen in Chefarztpositionen besonders hoch (73%). Unter den stationär tätigen Ärzt/-innen ist der Anteil unter Assistenzärztinnen und -ärzten in der Facharztweiterbildung am geringsten (41%). Der Umfang der Überstunden steigt somit mit der Verantwortung, die ein Arzt/eine Ärztin übernimmt. Cramér's V zeigt einen schwachen bis mittleren Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Überstundenanzahl (0,18), während das Alter keinen Effekt zu haben scheint.

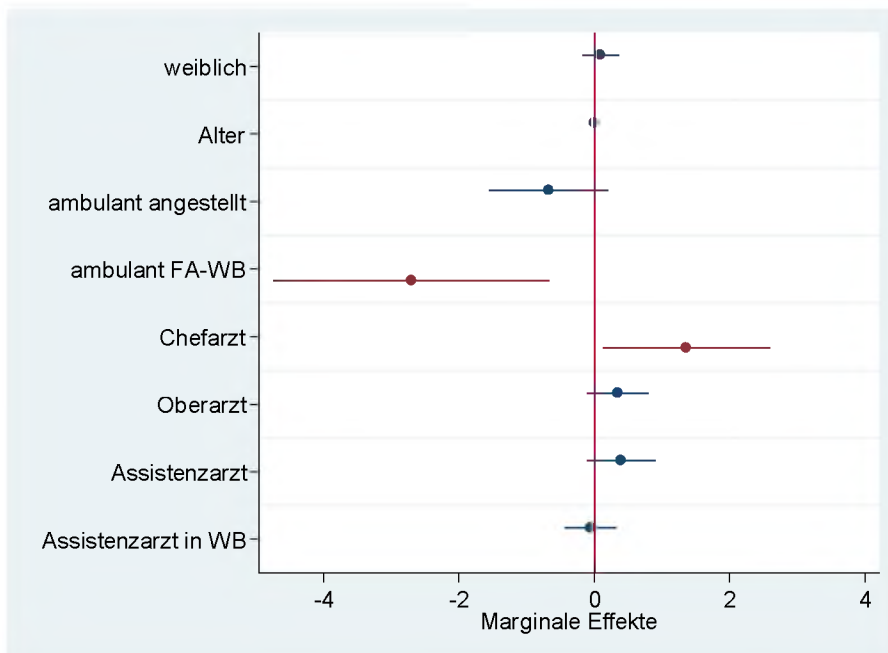
Tabelle 23: Überstunden bei Vollzeitbeschäftigten nach diversen Merkmalen

Überstunden	bis einschließlich 9 h/Woche	ab 10 h/Woche	Insgesamt
Alle	56,77%	43,23%	100,00%
Geschlecht			
Männlich	56,54%	43,46%	100,00%
Weiblich	56,97%	43,03%	100,00%
Ambulant			
Angestellt	72,41%	27,59%	100,00%
In Facharztweiterbildung	95,24%	4,76%	100,00%
Stationär			
Chefarzt/-ärztin	26,67%	73,33%	100,00%
Oberarzt/-ärztin	49,33%	50,67%	100,00%
Facharzt/-ärztin	57,80%	42,20%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (nicht in Weiterbildung)	47,96%	52,04%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (in Weiterbildung)	59,13%	40,87%	100,00%

Cramér's V: Alterskategorie: 0,0657; berufliche Position: 0,1761

Die Ergebnisse der logistischen Regression bestätigen diese Beobachtungen (Abbildung 8). Für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung sowie Chefärztinnen und Chefärzte sind die Ergebnisse signifikant und bestätigen die zuvor dargestellten Zusammenhänge (im Vergleich zur Referenzkategorie Facharzt/-ärztin und unter Kontrolle auf Alter und Geschlecht).

Abbildung 8: Marginale Effekte einer logistischen Regression mit „ab 10 Überstunden/Woche“ als abhängige Variable bei Vollzeitbeschäftigten



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

4.2 Subjektive Faktoren beruflicher Integration

Subjektive Faktoren geben Auskunft darüber, wie die Befragten ihre berufliche Situation wahrnehmen. Da Integration individuell erfahren wird, tragen subjektive Faktoren erheblich zum Verständnis der Situation der befragten Ärztinnen und Ärzte bei. Neben objektiven und sogenannten „harten“ Kriterien struktureller Integration sind sie wichtige Integrationsindikatoren, da sie beispielsweise die von den Befragten wahrgenommene Akzeptanz am Arbeitsplatz widerspiegeln. Dies trifft insbesondere auf die subjektiv empfundene Benachteiligung zu. Darüber hinaus geben Fragen nach der Zufriedenheit Aufschluss über das Wohlbefinden und werden in der soziologischen und ökonomischen Literatur zunehmend als wichtigster Indikator für die Wohlfahrt von Individuen und der Gesamtgesellschaft betrachtet (Tucci et al. 2014: 33). Darüber hinaus wurden die Befragten gebeten einzuschätzen, wie sie ihre jetzige Situation im Vergleich zum Zeitpunkt vor ihrer Migration sowie im Vergleich zu anderen Personengruppen wahrnehmen. Die Benachteiligungserfahrungen, Zufriedenheit und Vergleich der persönlichen Situation werden im Folgenden dargestellt.

4.2.1 Wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz

Benachteiligungserfahrungen können die Integration in den Arbeitsmarkt verhindern und Arbeitsmotivation und -leistung senken. Wir haben subjektiv wahrgenommene Benachteiligungserfahrungen in verschiedenen Bereichen des beruflichen und alltäglichen Lebens der Befragten erhoben. Wichtig anzumerken ist jedoch, dass diese verschiedenen Benachteiligungsdimensionen stark miteinander korrelieren. Das heißt, wer Benachteiligung in einem Bereich wahrnimmt, nimmt diese auch eher in anderen Bereichen wahr bzw. berichtet diese.

Die europäischen Ärzt/-innen wurden zunächst allgemein danach gefragt, wie häufig sie persönlich in Deutschland die Erfahrung gemacht haben, aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt worden zu sein. Auf diese Frage gibt mehr als ein Drittel der Befragten an, sich in Deutschland noch nie aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt gefühlt zu haben. Die Hälfte der Befragten hat diese Erfahrung selten, knapp zwölf Prozent allerdings oft gemacht.

Tabelle 24: Allgemeine Benachteiligungserfahrungen aufgrund der Herkunft

	Anzahl (N)	Anteil
Nie	537	37,45%
Selten	729	50,84%
Häufig	168	11,72%
Insgesamt	1.434	100,00%

Weiterhin haben die Befragten angegeben, in welchen Bereichen sie sich benachteiligt fühlten. Betrachtet man die Angaben zur wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz durch Kolleg/-innen oder Vorgesetzte, durch Mitarbeiter/-innen oder das Pflegepersonal sowie durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige zusammen, so fühlten sich 43 Prozent aller Befragten nie, 42 Prozent selten und 15 Prozent häufig aufgrund ihrer Herkunft am Arbeitsplatz benachteiligt (Tabelle 25; Benachteiligungserfahrungen in Bereichen des alltäglichen Lebens werden in Unterabschnitt 5.2.1 dargestellt).

Es sind zudem deutliche Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen zu beobachten. Personen mit einer nordwesteuropäischen oder österreichischen Staatsbürgerschaft fühlten sich im Durchschnitt

weniger benachteiligt als Personen aus den neueren Mitgliedsländern und südeuropäischen Staaten. So nahmen 65 Prozent der Befragten mit einer nordwesteuropäischen Staatsbürgerschaft und mehr als 80 Prozent der Befragten mit österreichischer Staatsbürgerschaft noch nie Benachteiligung am Arbeitsplatz wahr. Befragte mit einer Staatsbürgerschaft aus einem der 2004 (49%) bzw. 2007 (53%) der EU beigetretenen Länder sowie aus Südeuropa (42%) fühlten sich selten benachteiligt. Die Erfahrung oft benachteiligt zu werden, machten jeweils 19 Prozent der Befragten aus Bulgarien, Rumänien und Kroatien und 20 Prozent aus den südeuropäischen Ländern. Cramér's V (0,26) bestätigt diesen Zusammenhang zwischen Herkunftsregion und wahrgenommener Benachteiligung. Diese Wahrnehmung könnte möglicherweise auch auf mediale Debatten zurückzuführen sein. Unter den Schlagworten „Armutszuwanderung“ und „Krisenmigration“ wurden dabei die Zuwanderungen aus Rumänien und Bulgarien sowie jene aus Südeuropa im Zuge der Wirtschaftskrise zunehmend polemisch und pauschal diskutiert (zur Diskussion um Zuwanderung aus Rumänien und Bulgarien siehe zum Beispiel Engler und Grote 2013).

Tabelle 25: Wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz

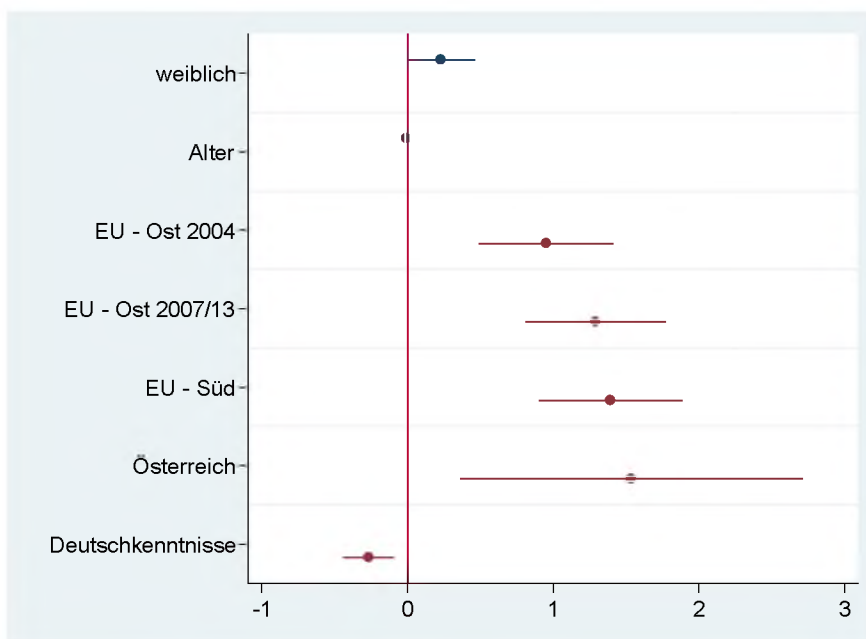
	nie	selten	häufig	Insgesamt
Alle	43,36% N=614	41,74% N=591	14,90% N=211	100,00% N=1.416
Alter (in Jahren)				
25-30	35,57%	46,98%	17,45%	100,00%
31-35	41,79%	43,72%	14,49%	100,00%
36-45	45,35%	38,90%	15,75%	100,00%
46-55	50,28%	36,87%	12,85%	100,00%
56-65	51,89%	38,68%	9,43%	100,00%
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	64,96%	28,47%	6,57%	100,00%
EU-Ost 2004	35,73%	49,28%	14,99%	100,00%
EU-Ost 2007/13	28,00%	52,92%	19,08%	100,00%
EU-Süd	37,45%	42,18%	20,36%	100,00%
Österreich	81,77%	12,50%	5,73%	100,00%

Cramér's V: Alterskategorie: 0,0778; Herkunftsregion: 0,2621; Geschlecht: 0,0694; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,0976

Unsere Analysen zeigen auch, dass sich jüngere Befragte tendenziell häufiger benachteiligt fühlten als ältere, allerdings besteht kein systematischer Zusammenhang zwischen Benachteiligungserfahrungen und den Alterskategorien (Cramér's V=0,08). Knapp die Hälfte (47%) der 25- bis 30-Jährigen berichtet von seltenen, 17 Prozent von häufigen Benachteiligungserfahrungen. Unter den 46- bis 55-Jährigen sind dies beispielsweise jeweils nur 37 (selten) bzw. 13 (häufig) Prozent. Dies könnte damit zusammenhängen, dass einerseits die selbstwahrgenommene Sicherheit im Beruf sowie die fremdwahrgenommene Legitimität eines Arztes/einer Ärztin mit der Länge der Berufserfahrung und damit auch des Alters steigt. Insbesondere die durch Patient/-innen wahrgenommene Legitimität und Kompetenz eines Mediziners/einer Medizinerin stehen oft in Zusammenhang mit deren Berufserfahrung, auf die junge Ärztinnen und Ärzte noch nicht in gleichem Maße zurückgreifen können wie ihre älteren Kolleg/-innen (vgl. z.B. Grünberg 2013: 237ff.). Dies kann durch unsere Umfragedaten bestätigt werden, die einen schwachen bis mittleren Zusammenhang zwischen wahrgenommener Benachteiligung durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige und dem Alter der befragten Personen aufweisen (Cramér's V=0,19).

Mittels einer ordinalen Regression können diese Zusammenhänge auf ihre Signifikanz hin überprüft werden. In Abbildung 9 werden die marginalen Effekte einer solchen Regression dargestellt. Die Zusammenhänge werden dabei teilweise bestätigt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Gefühl der Benachteiligung am Arbeitsplatz ist unter Kontrolle auf die Variablen Geschlecht, Herkunftsregion und Deutschkenntnisse nicht signifikant, gleiches gilt für den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Gefühl der Benachteiligung. Das Niveau der Sprachkenntnisse hat unter Kontrolle auf die übrigen Variablen im Modell einen negativen Effekt. Das heißt, dass Befragte mit besseren Deutschkenntnissen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, sich am Arbeitsplatz benachteiligt zu fühlen. Interessant ist auch, dass Befragte aus allen Herkunftsregionen im Vergleich zu Befragten aus Nordwesteuropa eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, sich stärker benachteiligt zu fühlen (bei gleichem Alter, gleichem Geschlecht und gleichen Deutschkenntnissen).

Abbildung 9: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz



Anmerkung:

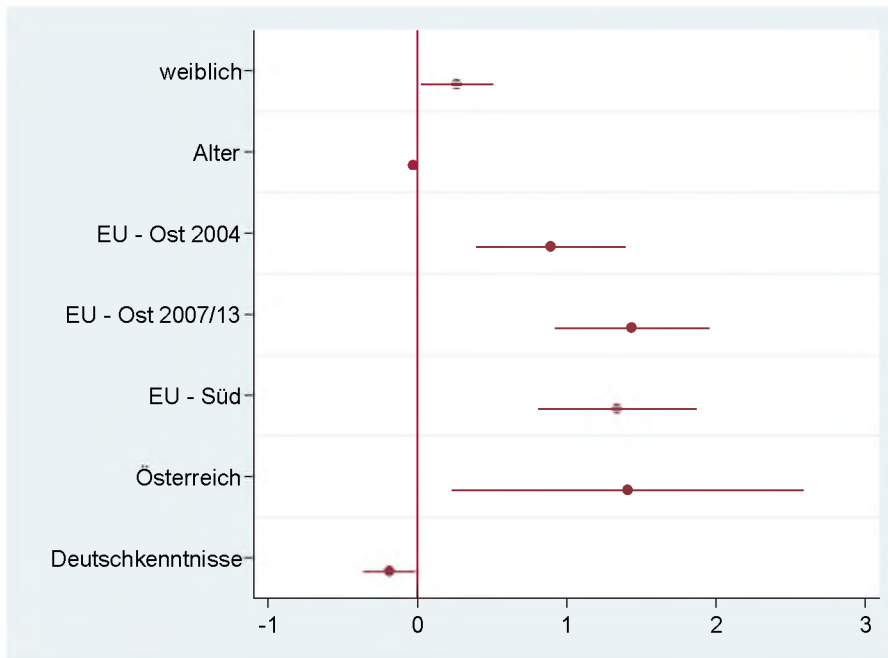
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

Betrachtet man verschiedene Bereiche der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz getrennt voneinander, so ist der Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Benachteiligung durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige und der Herkunftsregion besonders stark (auch hier wird auf Alter, Geschlecht und Deutschkenntnisse kontrolliert). Während sich drei Viertel der Befragten aus Nordwesteuropa nie durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige benachteiligt fühlten, nahmen Befragte aus Bulgarien, Rumänien und Kroatien nur zu ungefähr einem Drittel keine Benachteiligung wahr. Dies zeigt auch die ordinale Regression (Abbildung 10). Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen haben alle anderen Befragten eine höhere Wahrscheinlichkeit sich stärker durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige benachteiligt zu fühlen. „Viele Patienten gehen ohne ersichtlichen Grund lieber zu deutschen Kollegen“, heißt es beispielsweise in einem der offenen Kommentare der Befragten. Zudem lässt sich ein Zusammenhang zwischen Benachteiligungsgefühl und Geschlecht feststellen (Frauen fühlen sich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als gleichaltrige Männer mit den

gleichen Deutschkenntnissen und aus der gleichen Herkunftsregion durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige benachteiligt). Ein negativer Zusammenhang besteht hingegen zwischen dem Alter sowie dem Niveau der Deutschkenntnisse der Befragten und der wahrgenommenen Benachteiligung durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige. Jüngere Befragte und diejenigen mit geringeren Deutschkenntnissen fühlen sich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eher benachteiligt (auch hier wird auf die übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

Abbildung 10: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung durch Patient/-innen und/oder deren Angehörige



Anmerkung:

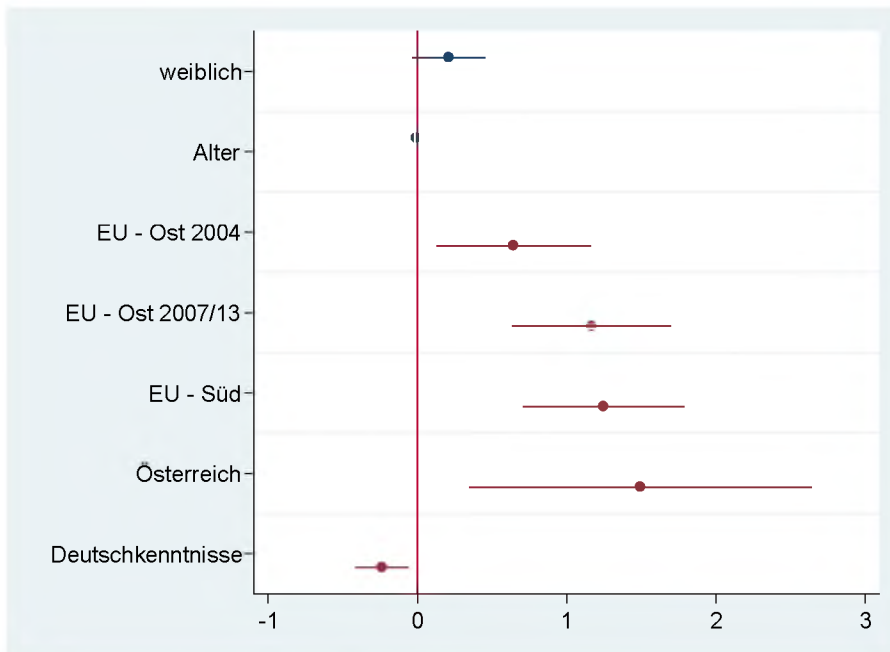
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

Auch zwischen der Herkunftsregion und der wahrgenommenen Benachteiligung durch Mitarbeiter/-innen oder Pflegepersonal (Abbildung 11) sowie durch Kolleg/-innen oder Vorgesetzte (Abbildung 12) besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang. Im Verhältnis zur Vergleichsgruppe (Nordwesteuropäer/-innen) haben Ärztinnen und Ärzte aus anderen Herkunftsregionen eine höhere Wahrscheinlichkeit sich stärker benachteiligt zu fühlen (unter Kontrolle auf Alter, Geschlecht und Deutschkenntnissen).

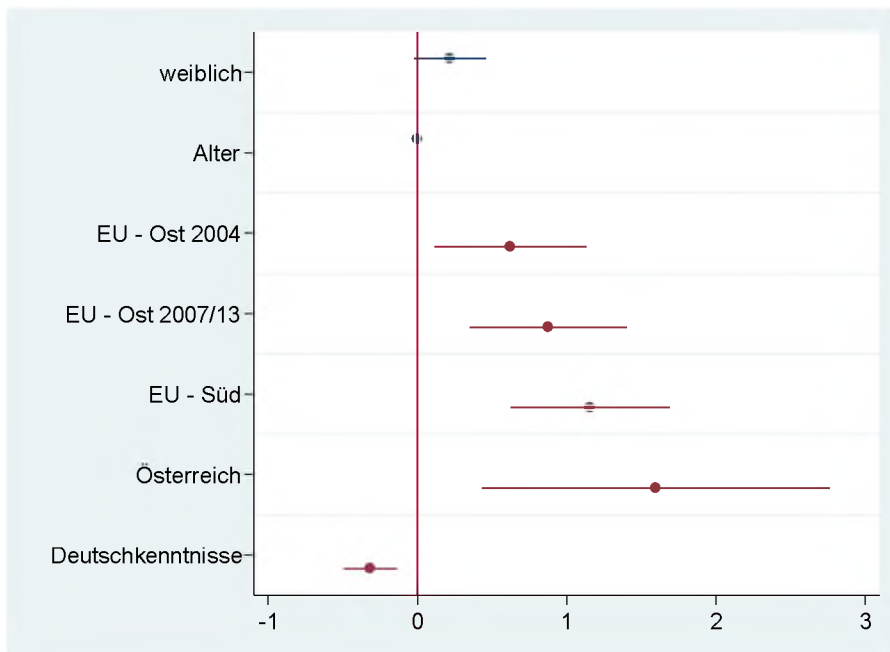
Sowohl für die wahrgenommene Benachteiligung durch Mitarbeiter/-innen oder Pflegepersonal als auch durch Kolleg/-innen oder Vorgesetzte zeigt sich ebenfalls, dass geringere Deutschkenntnisse die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Benachteiligung wahrzunehmen.

Abbildung 11: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung durch Mitarbeiter/-innen oder Pflegepersonal



Anmerkung:
 Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.
 Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

Abbildung 12: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der wahrgenommenen Benachteiligung durch Kolleg/-innen oder Vorgesetzte

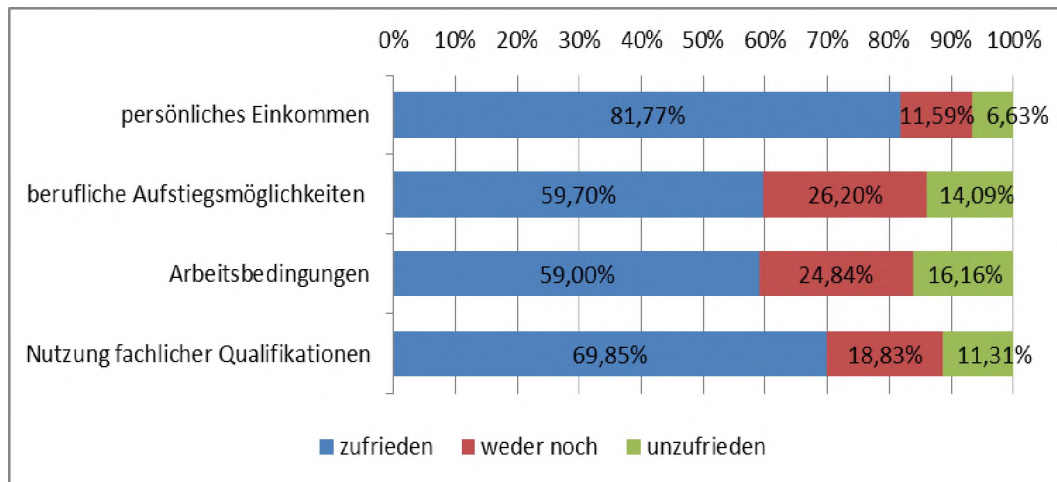


Anmerkung:
 Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.
 Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

4.2.2 Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Als weiteres subjektives Kriterium der Integration am Arbeitsplatz wurde die Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen, darunter die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, erfragt. Hier unterscheiden wir zwischen der Zufriedenheit mit dem persönlichen Einkommen, beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und der Nutzung fachlicher Qualifikationen. Die Antwortkategorien „völlig zufrieden“ und „zufrieden“ sind im Folgenden als „zufrieden“, die Kategorien „völlig unzufrieden“ und „unzufrieden“ als „unzufrieden“ dargestellt.

Abbildung 13: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation



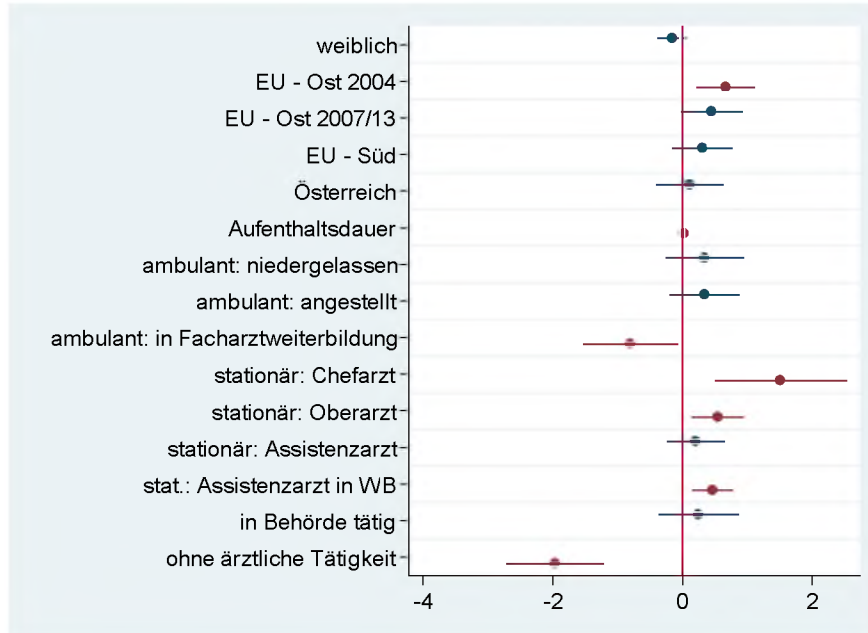
Die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ist unter den befragten Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen recht hoch. Am zufriedensten sind die Befragten mit ihrem Einkommen: 82 Prozent geben an, mit ihrem persönlichen Einkommen zufrieden zu sein. 70 Prozent der befragten Ärzt/-innen zeigen sich zufrieden mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen, 60 Prozent mit ihren beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und nahezu ebenso viele (59%) mit den Arbeitsbedingungen.

Allerdings unterscheidet sich die Zufriedenheit im Hinblick auf die verschiedenen Aspekte (persönliches Einkommen, berufliche Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen, Nutzung fachlicher Qualifikationen). Mittels ordinaler Regressionen haben wir den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation (getrennt nach den oben aufgeführten unterschiedlichen Aspekten) und dem Geschlecht, der Herkunftsregion, der bisherigen Aufenthaltsdauer in Deutschland sowie der beruflichen Position untersucht.

Bei der Zufriedenheit mit dem persönlichen Einkommen lässt sich ein signifikanter Zusammenhang für die Gruppe EU-Ost 2004 beobachten (Abbildung 14). Diese Gruppe ist (im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit ihrer Einkommenssituation zufriedener (unter Kontrolle auf Geschlecht, Aufenthaltsdauer und berufliche Position). Diesen Zusammenhang beobachten wir auch für Personen in Ober- und Chefarztpositionen sowie für stationär tätige Assistenzärzt/-innen in der Facharztweiterbildung im Vergleich zu Personen in Facharztpositionen mit dem gleichen Geschlecht, aus der gleichen Herkunftsregion und mit ähnlich langer Aufenthaltsdauer, während ambulant tätige Ärzt/-innen in der Facharztweiterbildung und Befragte ohne ärztliche Tätigkeit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eher unzufriedener sind (auch hier wird auf die übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

Mit der Aufenthaltsdauer steigt auch die Wahrscheinlichkeit zufriedener mit der Einkommenssituation zu sein (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion und gleicher beruflicher Position).

Abbildung 14: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit dem persönlichen Einkommen als abhängige Variable



Anmerkung:

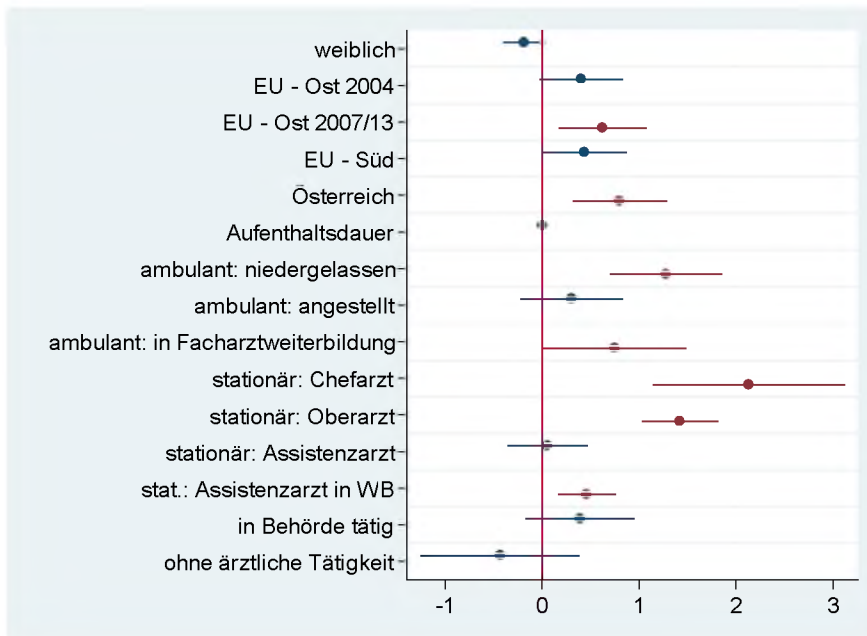
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; für berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „stat.: Assistenzarzt in WB“: stationär tätige/r Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Ärztinnen und Ärzte aus der Region EU-Ost 2007/13 und Österreich sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zufriedener mit ihren Karriereperspektiven als Nordwesteuropäer/-innen, die das gleiche Geschlecht, die gleiche berufliche Position und eine ähnlich lange Aufenthaltsdauer haben (Abbildung 15). Dieser Wirkungszusammenhang besteht auch für ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung sowie, in stärkerem Ausmaß, für Niedergelassene und Personen in Ober- und Chefarztpositionen: Auch diese sind im Vergleich zu Fachärztinnen und Fachärzten gleichen Geschlechts, aus der gleichen Herkunftsregion und mit ähnlich langer Aufenthaltsdauer mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zufriedener mit ihren Karriereperspektiven.

Abbildung 15: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten als abhängige Variable



Anmerkung:

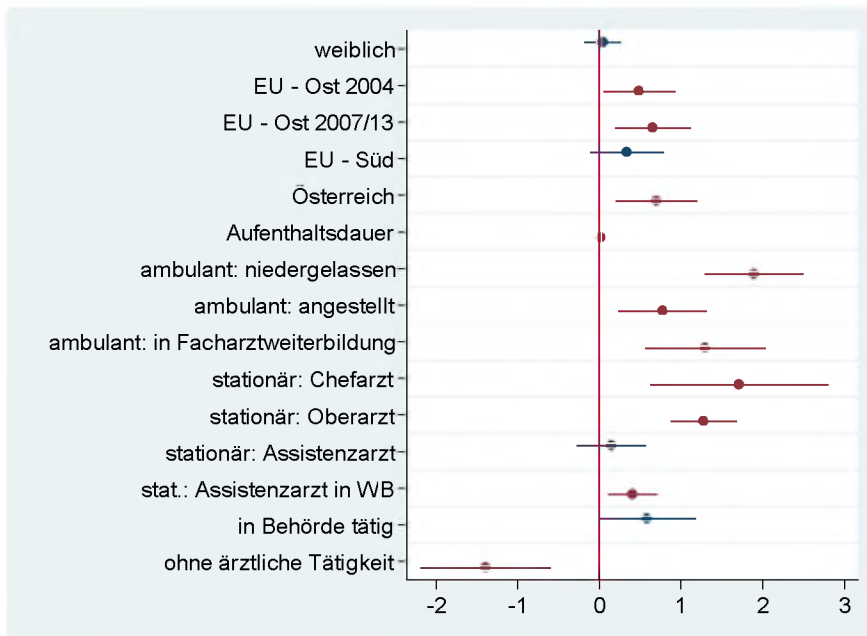
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „stat.: Assistenzarzt in WB“: stationär tätige/r Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Auch bezüglich der Nutzung der fachlichen Qualifikationen sehen wir signifikante Zusammenhänge mit der Herkunftsregion (unter Kontrolle auf Geschlecht, Aufenthaltsdauer und berufliche Position besteht ein positiver Zusammenhang für Befragte aus EU-Ost 2004 und 2007/13 sowie Österreich im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen) (Abbildung 16). Bis auf stationär tätige Assistenzärzt/-innen (nicht in der Facharztweiterbildung) und in Behörden tätige Ärztinnen und Ärzte, können für alle Berufspositionen signifikant positive Zusammenhänge festgestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit zufriedener mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen zu sein, ist für diese Berufsgruppen höher als für die Vergleichsgruppe der stationär tätigen Fachärzt/-innen (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion und ähnlich langer Aufenthaltsdauer). Für Befragte, die nicht ärztlich tätig sind, ist der Zusammenhang negativ. Für sie ist die Wahrscheinlichkeit, zufriedener mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen zu sein, geringer als für stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion und ähnlich langer Aufenthaltsdauer). Auch ist die Wahrscheinlichkeit, mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen zufriedener zu sein, höher, je länger die Befragten schon in Deutschland sind (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion und gleicher beruflicher Position).

Abbildung 16: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit der Nutzung fachlicher Qualifikationen als abhängige Variable



Anmerkung:

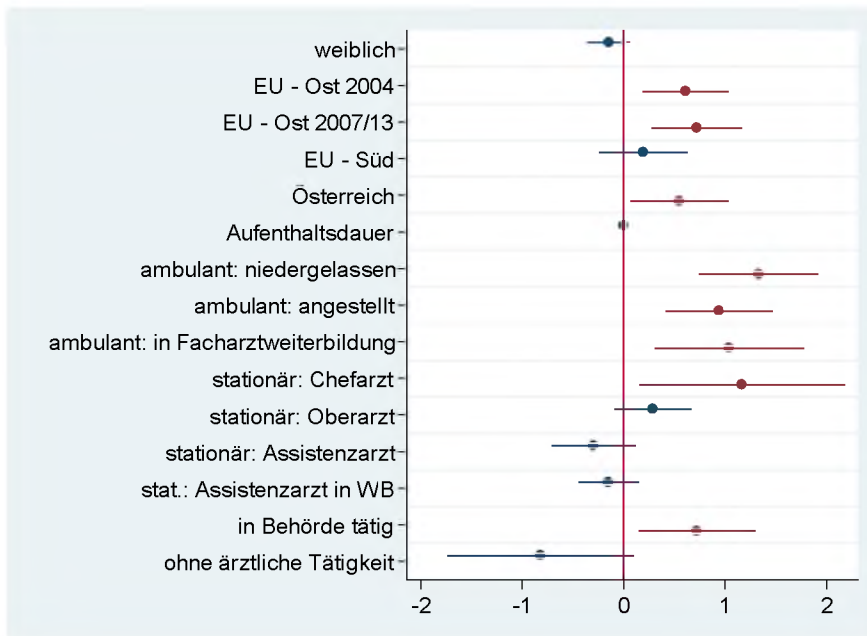
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „stat.: Assistenzarzt in WB“: stationär tätige/r Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Ähnliche Wirkungszusammenhänge sind auch für die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen gültig (Abbildung 17). Unterschiede zur Zufriedenheit mit der Nutzung fachlicher Qualifikationen sind hier, dass die Werte für Oberarzt/-innen, Assistenzarzt/-innen in der Facharztweiterbildung und Arzt/-innen ohne ärztliche Tätigkeit nicht signifikant sind, während zusätzlich ein signifikant positiver Zusammenhang für in Behörden tätige Arzt/-innen festzustellen ist. Das heißt, dass im Vergleich zu Facharzt/-innen diese Gruppe von Arzt/-innen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zufriedener mit ihren Arbeitsbedingungen ist (unter Kontrolle auf Geschlecht, Herkunftsregion und Aufenthaltsdauer). Die Aufenthaltsdauer weist keinen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen auf.

Abbildung 17: Ordinale Regression mit Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen als abhängige Variable



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

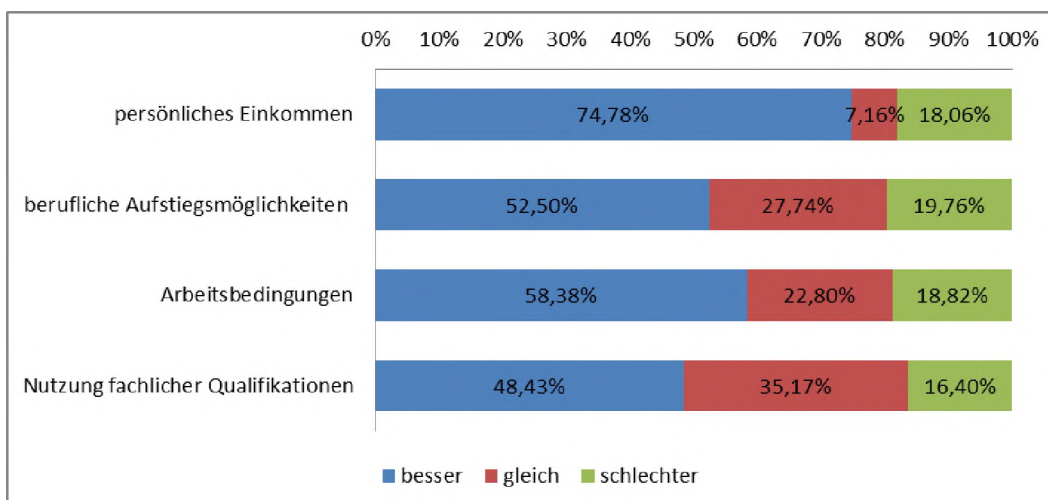
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „stat.: Assistenzarzt in WB“: stationär tätige/r Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

4.2.3 Vergleich zur Situation vor der Migration

Um besser einschätzen zu können, welche Auswirkungen ihr Umzug nach Deutschland für die befragten Ärztinnen und Ärzte hat, wurden sie gebeten, ihre jetzige berufliche Situation (zum Zeitpunkt der Befragung) mit ihrer beruflichen Situation bevor sie nach Deutschland gekommen sind zu vergleichen.

Abbildung 18: Einschätzung der beruflichen Position im Vergleich vor der Migration und jetzt

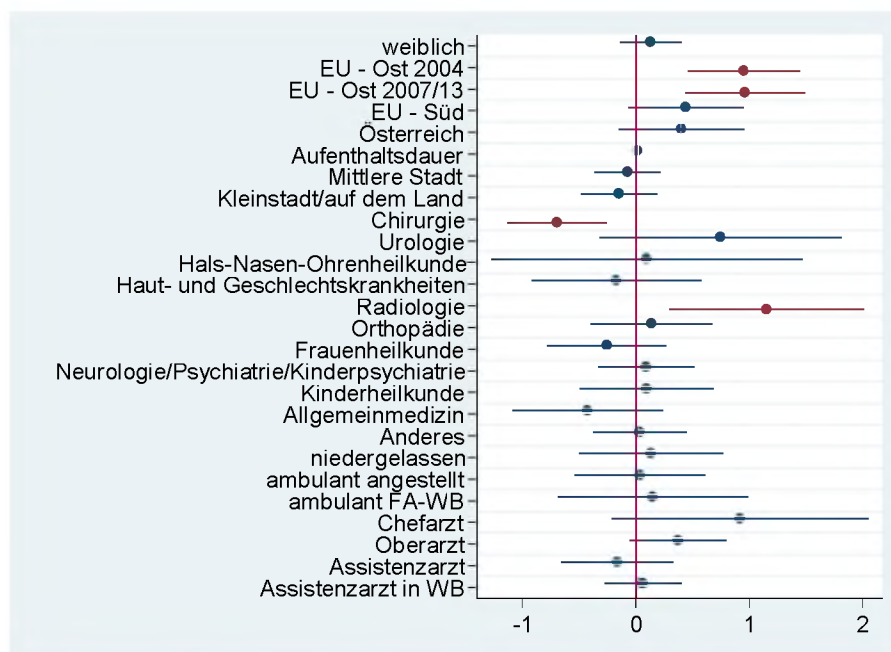


Die Mehrheit der Befragten stuft dabei ihre aktuelle berufliche Situation besser ein als vor der Migration (Abbildung 18). Vor allem das persönliche Einkommen schätzen drei Viertel aller Befragten besser ein. 58 Prozent sind der Meinung, dass sich ihre Arbeitsbedingungen verbessert haben. Günstigere berufliche Aufstiegsmöglichkeiten sehen fast 53 Prozent, während fast die Hälfte (48%) auch von einer Verbesserung der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen ausgeht.

Auch hier unterscheiden sich die Einschätzungen der Befragten in den unterschiedlichen Aspekten der Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Mittels ordinaler Regressionen haben wir jeweils getrennt den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen des persönlichen Einkommens, beruflicher Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und der Nutzung fachlicher Qualifikationen und jeweils dem Geschlecht, der Herkunftsregion, der Größe des derzeitigen Arbeitsorts, dem Facharztbereich, in dem die Ärztinnen und Ärzte tätig sind, und ihrer beruflichen Position untersucht.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte aus den 2004 und 2007/13 der EU beigetretenen Ländern schätzen ihre persönliche Einkommenssituation jetzt besser ein als vor ihrer Migration (im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen mit demselben Geschlecht, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, ähnlich großem Arbeitsort, gleichem Facharztbereich und derselben beruflichen Position) (Abbildung 19). Radiolog/-innen sehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eher eine Verbesserung und Chirurg/-innen eher eine Verschlechterung als Internist/-innen (auch hier wird auf die jeweils übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

Abbildung 19: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Einkommen im Vergleich vor der Migration und jetzt



Anmerkung:

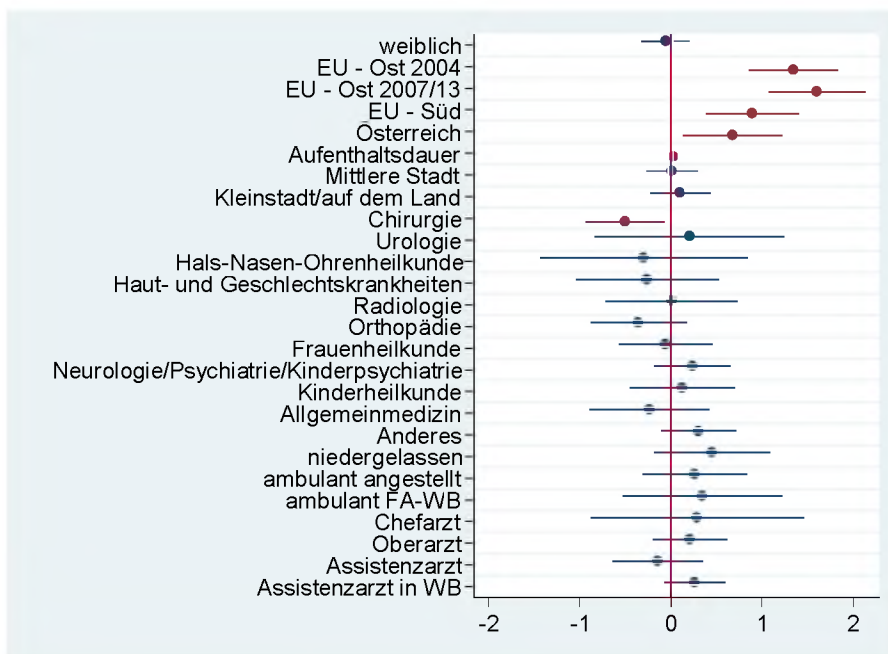
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Facharzttrichtung: Innere Medizin; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Bezüglich der Arbeitsbedingungen haben Befragte aus allen europäischen Ländern im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen eine höhere Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahrzunehmen (unter Kontrolle auf alle übrigen Variablen im Modell) (Abbildung 20). Zudem gibt es einen negativen Zusammenhang für Ärzt/-innen, die im Bereich Chirurgie tätig sind. Das bedeutet, dass Chirurg/-innen (im Vergleich zu Ärzt/-innen, die im Bereich Innere Medizin tätig sind) eher eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen wahrnehmen (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, ähnlich großem Arbeitsort und gleicher beruflicher Position). Der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Einschätzung der aktuellen Arbeitsbedingungen im Vergleich zu vor der Migration ist ebenfalls signifikant und positiv. Je länger die Befragten bereits in Deutschland sind, desto wahrscheinlicher sehen sie eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen (auf alle übrigen Variablen im Modell wird auch hier kontrolliert).

Abbildung 20: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zu Arbeitsbedingungen im Vergleich vor der Migration und jetzt



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

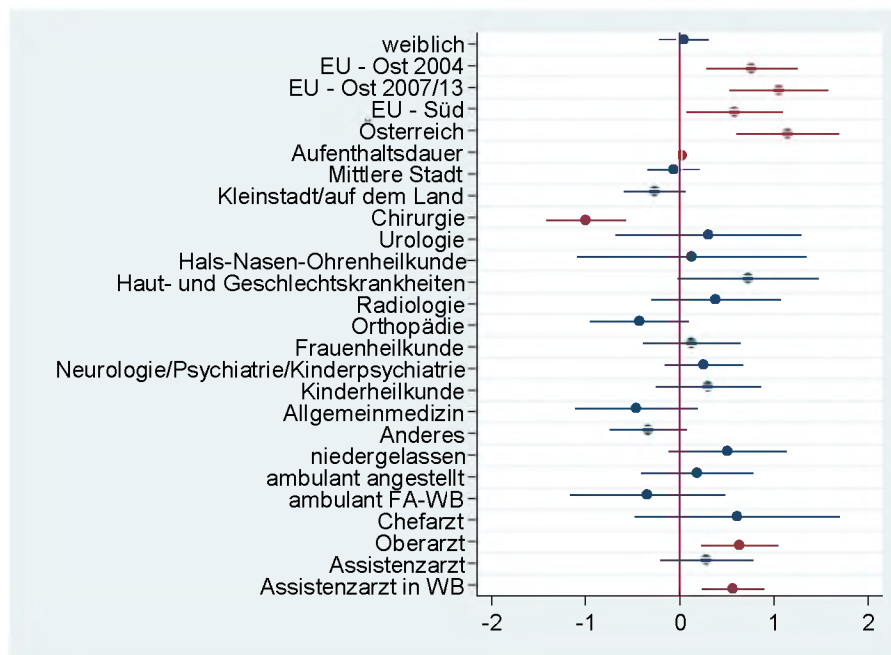
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Facharzttrichtung: Innere Medizin; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für den Vergleich der Karriereperspektiven vor der Migration und jetzt ab (Abbildung 21). Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen sehen Befragte aus allen anderen Herkunftsregionen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten (Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Größe des Arbeitsorts, Facharztbereich und berufliche Position sind dabei konstant gehalten). Dieser Zusammenhang ist für Chirurg/-innen im Vergleich zu Ärzt/-innen, die im Bereich Innere Medizin arbeiten, negativ. Ärztinnen und Ärzte im Fachbereich Chirurgie gehen also im Vergleich zu Internist/-innen eher von einer Verschlechterung ihrer Karriereperspektiven aus (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, ähnlicher langer Aufenthaltsdauer, ähnlich großem Arbeitsort und gleicher beruflicher Position). Bezüglich der berufli-

chen Position und der Zufriedenheit mit der jetzigen Situation im Vergleich zur Situation vor der Migration gibt es nur für Oberärzt/-innen und stationär tätige Assistenzärzt/-innen in der Facharztweiterbildung signifikante Zusammenhänge. Diese Beschäftigten sehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung ihrer beruflichen Perspektiven (die Vergleichsgruppe sind hier als Fachärzt/-innen im Krankenhaus angestellte Ärzt/-innen; auch bei diesen Analysen wird auf die jeweils übrigen Variablen im Modell kontrolliert). Mit steigender Aufenthaltsdauer steigt zudem die Wahrscheinlichkeit zufriedener mit der jetzigen Situation als mit der Situation vor der Migration zu sein. Der Wohnort scheint hingegen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit in Bezug auf den Vergleich vor der Migration und jetzt zu haben.

Abbildung 21: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zu beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten im Vergleich vor der Migration und jetzt

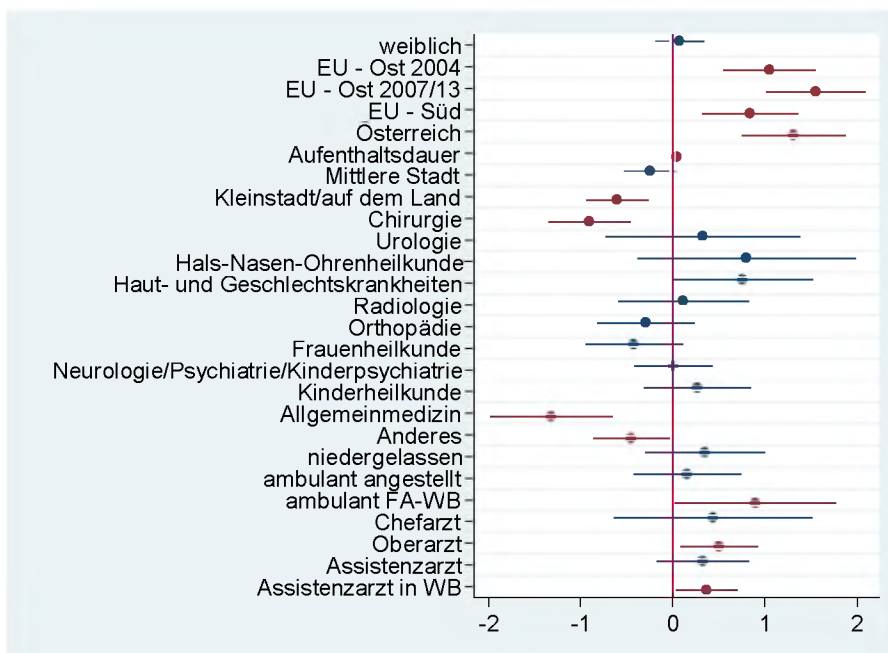


Anmerkung:
 Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.
 Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Facharzttrichtung: Innere Medizin; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).
 Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Interessante Ergebnisse zeigt auch die Regression zur Nutzung fachlicher Qualifikationen (Abbildung 22). Auch hier sehen wir die bereits zuvor beobachteten Effekte der Herkunftsregion: Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen sehen Befragte aus allen anderen Herkunftsregionen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung (unter Kontrolle auf Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Größe des Arbeitsorts, Facharztbereich und berufliche Position). Zudem zeigt sich, dass die Größe des Arbeitsorts einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der derzeitigen Nutzung der fachlichen Qualifikationen im Vergleich vor der Migration und jetzt hat: Befragte, die in einer Kleinstadt oder ländlichen Gegend arbeiten, sehen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen als Befragte, die in einer Großstadt arbeiten (unter Kontrolle auf die übrigen Variablen im Modell). Zusätzlich sehen Chirurg/-innen und Allgemeinmediziner/-innen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eine bessere Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen

im Vergleich zu Ärzt/-innen, die im Bereich der Inneren Medizin tätig sind (auch hier wird auf alle übrigen Variablen im Modell kontrolliert). Zudem empfinden sowohl Ärzt/-innen in der Facharztweiterbildung (ambulant und stationär) sowie Oberärzt/-innen eine Verbesserung der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen im Vergleich zu stationär angestellten Facharzt/-innen im gleichen Facharztbereich, mit dem gleichen Geschlecht, aus der gleichen Herkunftsregion, mit ähnlich langer Aufenthaltsdauer und einem ähnlich großen Arbeitsort. Darüber hinaus hat die Aufenthaltsdauer einen positiven Effekt: Befragte, die schon länger in Deutschland wohnen und arbeiten, sehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen im Vergleich jetzt zu vor der Migration als diejenigen, die gerade erst nach Deutschland gezogen sind (unter Kontrolle auf alle übrigen Variablen im Modell).

Abbildung 22: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zur Nutzung fachlicher Qualifikationen im Vergleich vor der Migration und jetzt



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Facharzttrichtung: Innere Medizin; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

4.2.4 Vergleich mit anderen Gruppen

Neben dem Vergleich zur Situation vor der Migration wurden die Befragten gebeten, ihre Situation im Vergleich zu nicht migrierten Ärztinnen und Ärzten aus ihrem Herkunftsland einzuschätzen sowie zu deutschen Kolleginnen und Kollegen.

Tabelle 26: Berufliche Situation im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten im Herkunftsland

	schlechter	gleich	besser	Insgesamt
Höhe des Einkommens	11,41	15,35	73,24	100,00%
Berufliche Perspektiven	13,73	33,43	52,84	100,00%

Cramér's V Einkommen:

Geschlecht: 0,0692; Herkunftsregion: 0,3146; Alterskategorie: 0,1635; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland: 0,2676

Cramér's V berufliche Perspektiven:

Geschlecht: 0,0689; Herkunftsregion: 0,2105; Alterskategorie: 0,0794; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland: 0,1850

Im Vergleich zu Ärzt/-innen aus dem Herkunftsland, die nicht migriert sind, schätzen die Befragten ihre berufliche Situation besser ein. 73 Prozent nehmen an, ein höheres Einkommen zu erzielen und 53 Prozent schätzen ihre beruflichen Perspektiven besser ein. Einen deutlich sichtbaren Zusammenhang gibt es dabei zwischen den Einschätzungen und der Herkunftsregion der Befragten (Cramér's $V=0,31$ für Einkommen und $0,21$ für berufliche Perspektiven). Während sich für etwas mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte aus Nordwesteuropa und Österreich die Einkommenssituation nicht anders als im Herkunftsland darstellt, geben 90 Prozent der bulgarischen, rumänischen und kroatischen Befragten sowie 82 Prozent der Befragten aus den 2004 der EU beigetretenen Ländern an, dass die Höhe des Einkommens für sie besser ist im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen im Herkunftsland. Etwas mehr als ein Drittel der befragten Nordwesteuropäer/-innen gibt an, dass sie die Höhe des Einkommens im Vergleich zu den im Herkunftsland verbliebenen Ärztinnen und Ärzten schlechter einschätzt. Dies hat auch mit den bereits angesprochenen Wohlstands- und Einkommensunterschieden in den einzelnen europäischen Ländern zu tun. Gerade die Unterschiede im Lohngefälle zwischen den alten und neuen Mitgliedsländern sind dabei besonders relevant und können einen Großteil dieses Zusammenhangs erklären. Außerdem geht eine zunehmende Aufenthaltsdauer mit einer positiveren Bewertung sowohl der beruflichen Perspektiven als auch des Einkommens einher (Cramér's $V=0,19$ bzw. $0,27$). Befragte, die schon länger in Deutschland leben, sehen somit sowohl ihre Einkommenssituation als auch ihre beruflichen Perspektiven im Vergleich zu Ärzt/-innen im Herkunftsland positiver.

Tabelle 27: Berufliche Situation im Vergleich zu deutschen Ärztinnen und Ärzten

	schlechter	gleich	besser	Insgesamt
Höhe des Einkommens	7,71	85,14	7,14	100,00%
Berufliche Perspektiven	27,67	65,53	6,79	100,00%

Cramér's V Einkommen:

Geschlecht: 0,0893; Herkunftsregion: 0,0765; Alterskategorie: 0,1618; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland: 0,2500

Cramér's V berufliche Perspektiven:

Geschlecht: 0,0563; Herkunftsregion: 0,1492 Alterskategorie: 0,0782; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland: 0,2246

Im Vergleich zu deutschen Kolleginnen und Kollegen schätzen die befragten Ärztinnen und Ärzte ihre Situation bezogen auf ihr Einkommen und ihre beruflichen Perspektiven mehrheitlich gleich ein (85% bzw. 66%). Aus den Kommentaren wird ersichtlich, dass dies für manche Befragte stark mit dem Überwinden von Sprachbarrieren zusammenhängt. Nach der Einarbeitungsphase und mit zunehmender Sicherheit mit der Verwendung der deutschen Sprache schätzen einige Befragte auch ihre Einkommenssituation und ihre beruflichen Perspektiven eher als gleich ein im Vergleich zu ihren deutschen Kolleg/-innen. Mehr als ein Viertel der Befragten (28%) gibt allerdings an, dass ihre beruflichen Perspektiven schlechter seien. Dies ist vor allem auf Befragte aus den ost- und südeuropäischen Mitgliedsstaaten zurückzuführen. 32 bzw. 34 Prozent der Personen aus den 2004 bzw. 2007/13 der EU beigetretenen Ländern sowie 30 Prozent der Südeuropäer/-innen schätzen ihre beruflichen Perspektiven im Vergleich zu ihren deutschen Kolleg/-innen schlechter ein. Für die Einschätzung der beruflichen Perspektiven im Vergleich zu deutschen Ärzt/-innen und der Herkunftsregion gibt es einen schwachen Zusammenhang (Cramér's $V=0,15$). Zudem zeigt sich ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang für die Dauer des Aufenthalts in Deutschland: Je länger die Befragten in Deutschland sind, desto positiver ist ihre Einschätzung im Vergleich zu deutschen Ärzt/-innen (Cramér's V beträgt hier für die Höhe des Einkommen 0,25, für berufliche Perspektiven 0,22). Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass sich berufliche Perspektiven beispielsweise erst nach einer gewissen Einarbeitungsphase objektiv verbessern und auch erst dann von den Betroffenen als gleich denjenigen deutscher Kolleg/-innen wahrgenommen werden.

5 Soziale und kulturelle Integration

In diesem Kapitel untersuchen wir die sozio-kulturellen Dimensionen von Integrationsprozessen. Zur kulturellen Integration zählt beispielsweise der Erwerb von kulturellen Kenntnissen und Fähigkeiten. In den folgenden Analysen werden daher Sprachkenntnisse im Mittelpunkt stehen. Die Aufnahme sozialer Beziehungen im alltäglichen Bereich ist Teil der sozialen Integration. Hier untersuchen wir die sozialen Netzwerke der Befragten, darunter die familiäre Situation und den Freundeskreis. Diese Faktoren können als soziales und kulturelles Kapital gesehen werden, das in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden kann. Zurückgehend auf den Soziologen Pierre Bourdieu (1983) werden neben dem ökonomischen Kapital (finanziellen und materiellen Ressourcen) kulturelles und soziales Kapital angeführt. Während kulturelles Kapital beispielsweise Bildung und Sprache umfasst, werden soziale Beziehungen und Netzwerke zum sozialen Kapital gezählt. Mit dieser Unterteilung wird die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass nicht nur finanzielle Ressourcen (z.B. Besitz oder Einkommen), sondern auch andere Faktoren dafür entscheidend sind, wie bzw. wo sich eine Person in einer Gesellschaft oder auch innerhalb eines beruflichen Feldes positioniert. Für europäische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland scheinen insbesondere Kenntnisse in der Landessprache unabdingbar für die Ausübung ihres Berufs. Zusätzlich interessieren uns, analog zum vorangegangenen Kapitel zur beruflichen Integration, in diesem Abschnitt darüber hinaus subjektive Faktoren und Wahrnehmungen, insbesondere die Zufriedenheit und Benachteiligungserfahrungen im Alltag.

5.1 Strukturelle Faktoren subjektiver Integration

5.1.1 Sprache

Entscheidend für die berufliche und soziale Integration und Verständigung in einem anderen Land sind entsprechende Sprachkenntnisse. Die zentrale Herausforderung für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist, unabhängig von der Staatsangehörigkeit und der beruflichen Position, die Kommunikation mit Kolleg/-innen und Patient/-innen in deutscher Sprache. Zur Erlangung der Approbation und somit um in Deutschland als Ärztin/Arzt tätig zu werden, müssen nicht-deutsche Ärztinnen und Ärzte Deutschkenntnisse mindestens auf dem Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen nachweisen. In einigen Bundesländern müssen zudem medizinische Fachsprachenkenntnisse vergleichbar mit dem Sprachniveau C1 nachgewiesen werden³⁰. Im Folgenden werden Sprachkenntnisse und -verwendung der befragten Ärzt/-innen dargestellt.

5.1.1.1 Mutter- und Fremdsprachen

Ungefähr 17 Prozent der Befragten geben an, Deutsch als Muttersprache zu sprechen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Österreicher/-innen und Italiener/-innen (aus dem teilweise deutschsprachigen Südtirol in Norditalien). 83 Prozent der Befragten geben Deutsch als Fremdsprache an. Englisch ist die am häufigsten gesprochene Fremdsprache.

³⁰ Bundesweit haben sich die Landesgesundheitsminister im Sommer 2014 auf eine einheitliche Regelung geeinigt, wonach in allen Bundesländern nicht-deutsche Ärztinnen und Ärzte eine fachsprachliche Prüfung auf C1-Niveau bestehen sollen um als Ärztin/Arzt tätig zu sein.

Insgesamt (einschließlich aller gesprochenen Mutter- und Fremdsprachen) geben die meisten der Befragten an, drei (39%) bis vier (34%) Sprachen zu sprechen. 42 Prozent der Befragten haben Kenntnisse in zwei, 33 Prozent in drei und elf Prozent in vier Fremdsprachen (Tabelle 28).

Fremdsprachenkenntnisse werden oft als Indikator für kosmopolitisches Kapital – also die Kompetenzen, das Wissen und die Einstellungen, die es Menschen ermöglichen, sich in einem internationalen Umfeld selbstbewusst zu bewegen (Weenik 2008) – herangezogen. Der hohe Anteil derjenigen, die mehrere Sprachen sprechen, verweist demnach darauf, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte über relativ viel kosmopolitisches Kapital verfügen.

Tabelle 28: Anzahl gesprochener Sprachen und Anzahl gesprochener Fremdsprachen

Anzahl gesprochener Sprachen (einschl. Muttersprache(n))		Anzahl gesprochener Fremdsprachen	
1	1,12%	1	10,44%
2	9,35%	2	42,17%
3	39,08%	3	32,79%
4	33,98%	4	11,07%
5 und mehr	16,47%	5 und mehr	3,53%
Insgesamt	100,00%	Insgesamt	100,00%
N	1.433	N	1.418

5.1.1.2 Deutschkenntnisse

Wie aufgrund der sprachlichen Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte erwartet, sind die deutschen Sprachkenntnisse unter den Befragten relativ hoch. Die Deutschkenntnisse wurden im Fragebogen mittels der Selbsteinschätzung des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) erhoben. Dieser unterscheidet drei grundlegende Level (A, B, C) und insgesamt sechs Sprachniveaustufen: A1 – Anfänger, A2 – Grundlegende Kenntnisse, B1 – Fortgeschrittene Sprachverwendung, B2 – Selbständige Sprachverwendung, C1 – Fachkundige Sprachkenntnisse, C2 – Annähernd muttersprachliche Kenntnisse.

Mehr als die Hälfte (53%) der befragten EU-Ärztinnen und -Ärzte (diejenigen Befragten, die Deutsch als Muttersprache angegeben haben, sind hier nicht berücksichtigt) bezeichnen ihre Deutschkenntnisse als „Fachkundige Sprachverwendung“ (Sprachniveau C1) (Tabelle 29). Knapp ein Drittel der Befragten (32%) gibt an, „annähernd muttersprachliche Kenntnisse“ zu besitzen (Sprachniveau C2). Lediglich ein sehr geringer Anteil (unter 1%) schätzt die eigenen Deutschkenntnisse auf A2- oder B1-Niveau ein. Mit der Dauer des Aufenthaltes in Deutschland steigen erwartungsgemäß auch die Deutschkenntnisse. Während 30 Prozent der Befragten, die zum Zeitpunkt der Befragung seit zwei Jahren oder kürzer in Deutschland waren, ihr Sprachniveau mit B2 angeben und 61 Prozent mit C1, sind unter denjenigen, die zehn Jahre oder länger in Deutschland leben, 71 Prozent mit einem C2-Sprachniveau.

Die Bedeutung, die die Ärzt/-innen selbst der Sprache beimessen, wird auch anhand der offenen Kommentare ersichtlich. So weisen einige Befragte darauf hin, dass das Überwinden von Sprachbarrieren nicht nur im Beruf, sondern gerade auch für den Integrationsprozess im Alltag eine wichtige Rolle spiele. Ohne adäquate Sprachkenntnisse fühlten sich diese Befragten weniger anerkannt und fänden schwerer Zugang zur Landeskultur.

Tabelle 29: Deutschkenntnisse (Selbsteinschätzung nach GER) nach Aufenthaltsdauer (in Jahren)

Sprachkenntnisse gemäß GER ¹⁾	A2	B1	B2	C1	C2	Insgesamt
Aufenthaltsdauer						
Bis einschl. 2 Jahre	0,00%	0,69%	29,66%	61,38%	8,28%	100,00%
3-4 Jahre	0,38%	1,51%	17,74%	70,19%	10,19%	100,00%
5-6 Jahre	0,00%	0,57%	14,94%	61,49%	22,99%	100,00%
7-8 Jahre	0,00%	0,00%	8,42%	52,63%	38,95%	100,00%
9-10 Jahre	0,00%	1,32%	7,89%	44,74%	46,05%	100,00%
Mehr als 10 Jahre	0,00%	0,43%	3,90%	25,11%	70,56%	100,00%
Insgesamt	0,10%	0,81%	14,10%	53,14%	31,85%	100,00% (N=986)

Cramér's V: 0,2721

¹⁾ Diejenigen Befragten, die Deutsch als Muttersprache angegeben haben, sind hier nicht berücksichtigt.

5.1.1.3 Sprachverwendung

Neben den Sprachkenntnissen kann die Sprachverwendung als Indikator für sozio-kulturelle Integration dienen. Wie zu erwarten, ist für die befragten Ärzt/-innen ausschließlich Deutsch die Arbeitssprache. Nahezu alle befragten Ärztinnen und Ärzte geben an, mit ihren Kolleginnen und Kollegen sowie Patient/-innen und/oder deren Angehörigen vor allem in deutscher Sprache zu sprechen. Im privaten Umfeld ist dies anders: Mit dem eigenen Kind/den eigenen Kindern sprechen 73 Prozent der befragten Personen in einer anderen Sprache: 61 Prozent vor allem in der Sprache des Herkunftslandes, neun Prozent gleichermaßen in verschiedenen Sprachen und drei Prozent vor allem in einer anderen Sprache (Tabelle 30). 41 Prozent der Befragten, die einen Partner oder eine Partnerin haben³¹, sprechen mit diesem/dieser vor allem Deutsch, 51 Prozent vor allem in der Sprache des Herkunftslandes und fünf bzw. vier Prozent vor allem in einer anderen Sprache bzw. gleichermaßen in verschiedenen Sprachen (Tabelle 31). Tendenziell nimmt der Anteil derjenigen, die mit ihrem Partner/ihrer Partnerin oder ihrem Kind/ihren Kindern jeweils in (einer) anderen Sprache(n) sprechen, mit steigender Aufenthaltsdauer in Deutschland ab und der Anteil derjenigen, die Deutsch sprechen, zu. Dies ist bei der Sprachverwendung mit dem Partner/der Partnerin ausgeprägter (Cramér's V=0,2 weist hier auf einen schwachen bis mittleren Zusammenhang hin), was damit zusammenhängen könnte, dass Eltern mit ihrem Kind/ihren Kindern eher weiterhin in der Sprache des Herkunftslandes sprechen, um beispielsweise die mehrsprachige Entwicklung ihres Kindes/ihrer Kinder zu fördern.

³¹ 64 Prozent derjenigen, die angeben mit ihrem Partner/ihrer Partnerin Deutsch zu sprechen, haben einen Partner/eine Partnerin mit einer deutschen Staatsbürgerschaft (siehe auch Abschnitt 5.1.2).

Tabelle 30: Sprachverwendung mit dem Kind/den Kindern nach bisheriger Aufenthaltsdauer

Gesprochene Sprache(n) mit dem Kind/den Kindern	vor allem in deutscher Sprache	vor allem in der Sprache des Herkunftslandes	vor allem in einer anderen Sprache	gleichermaßen in verschiedenen Sprachen	Insgesamt
Aufenthaltsdauer					
Bis einschl. 2 Jahre	20,00%	61,82%	5,45%	12,73%	100,00%
3-4 Jahre	18,38%	72,79%	2,21%	6,62%	100,00%
5-6 Jahre	18,49%	71,43%	4,20%	5,88%	100,00%
7-8 Jahre	28,40%	60,49%	3,70%	7,41%	100,00%
9-10 Jahre	38,67%	54,67%	2,67%	4,00%	100,00%
Mehr als 10 Jahre	34,55%	50,00%	1,82%	13,64%	100,00%
Insgesamt	27,11%	60,93%	2,92%	9,04%	100,00%
N	186	418	20	62	686
Cramér's V: 0,1397					

Tabelle 31: Sprachverwendung mit dem Partner/der Partnerin nach bisheriger Aufenthaltsdauer

Gesprochene Sprache(n) mit dem Partner/der Partnerin	vor allem in deutscher Sprache	vor allem in der Sprache des Herkunftslandes	vor allem in einer anderen Sprache	gleichermaßen in verschiedenen Sprachen	Insgesamt
Aufenthaltsdauer					
Bis einschl. 2 Jahre	28,46%	59,23%	6,92%	5,38%	100,00%
3-4 Jahre	25,00%	67,80%	4,55%	2,65%	100,00%
5-6 Jahre	33,89%	58,89%	4,44%	2,78%	100,00%
7-8 Jahre	40,00%	51,67%	6,67%	1,67%	100,00%
9-10 Jahre	60,00%	34,74%	4,21%	1,05%	100,00%
Mehr als 10 Jahre	61,29%	27,42%	2,82%	8,47%	100,00%
Insgesamt	40,60%	50,63%	4,63%	4,15%	100,00%
N	421	525	48	43	1.037
Cramér's V: 0,2049					

5.1.2 Familiäre Situation

Die familiäre Situation hat beispielsweise Einfluss darauf, in welcher Art und Weise die Beziehungen zum Herkunftsland aufrechterhalten bzw. zu Deutschland aufgebaut werden. Familiäre Integration wird in der Migrations- und Integrationsforschung daher auch als Indikator für soziale Integration herangezogen. Bezüglich der familiären Situation untersuchen wir, welche Staatsangehörigkeit der Partner/die Partnerin der Befragten hat (zur familiären Situation bei Zuwanderung siehe Abschnitt 0) und ob die Befragten Kinder unter 16 Jahren haben, da in diesen Fällen andere Voraussetzungen für die soziale Einbindung in Deutschland geschaffen werden. Da Kinder unter 16 Jahren noch fürsorgepflichtig sind, kann davon ausgegangen werden, dass diese in den meisten Fällen bei den Eltern leben. Die Eltern haben dadurch vielfältige Verpflichtungen und sind über die Lebensbereiche ihrer Kinder, wie beispielsweise Kindergarten oder Schule, anders in Deutschland eingebunden als Personen ohne oder mit volljährigen Kindern.

84 Prozent der Befragten geben an, aktuell (d.h. zum Zeitpunkt der Befragung) in einer festen Partnerschaft zu sein. Unter ihnen haben ungefähr 40 Prozent einen Partner oder eine Partnerin mit einer deutschen Staatsbürgerschaft (Tabelle 32). Dabei ist jedoch nicht ersichtlich, ob diese Person die deutsche Staatsbürgerschaft seit Geburt oder durch Einbürgerung erlangt hat. Fast alle Partner/-innen der sich in einer Partnerschaft befindenden Befragten leben in Deutschland (91%), während sieben Prozent der Befragten eine Fernbeziehung ins Herkunftsland führen.

Tabelle 32: Partnerschaft und Staatsbürgerschaft des Partners/der Partnerin

Partnerschaft und Staatsbürgerschaft	Anteil
Partner/-in mit deutscher Staatsbürgerschaft	39,93%
Partner/-in ohne deutsche Staatsbürgerschaft	60,07%
Insgesamt	100,00%
N	1.207

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit einen Partner oder eine Partnerin mit deutscher Staatsangehörigkeit zu haben, mit der Dauer des Aufenthaltes steigt. Dies lässt sich auch aus den Umfrageergebnissen ablesen (Tabelle 33). Der Anteil der Befragten, die einen deutschen Partner/eine deutsche Partnerin haben, steigt mit der Aufenthaltsdauer in Deutschland (Cramér's $V=0,38$).

Tabelle 33: Partnerschaft und Staatsbürgerschaft des Partners/der Partnerin nach bisheriger Aufenthaltsdauer in Deutschland

Aufenthaltsdauer	Partner/-in mit deutscher Staatsbürgerschaft	Partner/-in ohne deutsche Staatsbürgerschaft	Insgesamt (N=1.261)
Bis einschl. 2 Jahre	23,08%	76,92%	100,00%
3-4 Jahre	21,69%	78,31%	100,00%
5-6 Jahre	30,11%	69,89%	100,00%
7-8 Jahre	34,96%	65,04%	100,00%
9-10 Jahre	53,61%	46,39%	100,00%
Mehr als 10 Jahre	67,86%	32,14%	100,00%

Cramér's $V: 0,3791$

Die Ärztinnen und Ärzte wurden zudem danach gefragt, ob sie Kinder unter 16 Jahren haben und in welchem Land diese leben. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, keine Kinder unter 16 Jahren zu haben. Dabei ist erstens zu berücksichtigen, dass das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte in unserer Stichprobe bei 38 Jahren liegt. Zweitens wurde im Fragebogen nach Kindern bis zur Altersgrenze 16 Jahre gefragt. Unter den Ärzt/-innen mit Kindern unter 16 Jahren ist nur ein sehr geringer Anteil, deren Kinder im Herkunftsland leben (3%).

Tabelle 34: Kinder unter 16 Jahren nach verschiedenen Merkmalen der Befragten

	keine Kinder	ein Kind	zwei Kinder	mehr als zwei Kinder	Insgesamt
Alle	54,21%	19,75%	14,93%	11,11%	100,00%
Geschlecht					
Männlich	54,27%	16,04%	15,53%	14,16%	100,00%
Weiblich	54,17%	22,37%	14,51%	8,95%	100,00%
Partnerschaft					
Mit deutscher/m Partner/-in	49,26%	20,63%	18,11%	12,00%	100,00%
Mit nicht-deutscher/m Partner/-in	47,76%	22,69%	16,11%	13,45%	100,00%
Ohne Partner/-in	85,65%	8,52%	4,48%	1,35%	100,00%
Ambulant					
Niedergelassen	56,00%	22,67%	10,67%	10,67%	100,00%
Angestellt	37,84%	22,97%	21,62%	17,57%	100,00%
In Facharztweiterbildung	45,71%	20,00%	11,43%	22,86%	100,00%
Stationär					
Chefarzt/-ärztin	48,00%	36,00%	8,00%	8,00%	100,00%
Oberarzt/-ärztin mit und ohne leitende Funktion	45,70%	16,13%	22,04%	16,13%	100,00%
Facharzt/-ärztin	46,80%	20,40%	19,20%	13,60%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (nicht in Weiterbildung)	65,12%	13,95%	11,63%	9,30%	100,00%
Assistenzarzt/-ärztin (in Weiterbildung)	61,92%	20,89%	11,65%	5,55%	100,00%
In Behörde oder sonstigem Bereich tätig	57,14%	12,50%	12,50%	17,86%	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,1051; Partnerschaft: 0,1965; Berufliche Position: 0,1443					

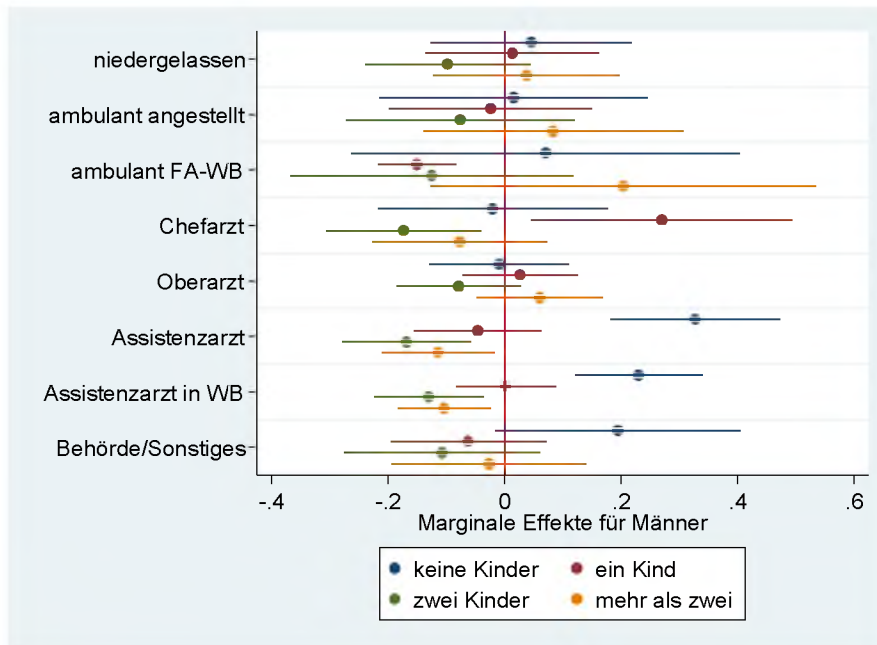
Mit Blick auf die berufliche Position der Ärztinnen und Ärzte lässt sich zunächst feststellen, dass der Anteil derjenigen, die keine, ein, zwei bzw. mehr als zwei Kinder haben, deutlich variiert (Tabelle 34). Cramér's V (0,14) weist zunächst auf einen schwachen Zusammenhang zwischen Anzahl der Kinder unter 16 Jahren und beruflicher Position hin. Während 62 Prozent der in einer Praxis Angestellten ein oder mehrere Kinder haben, sind es unter Assistenzärzt/-innen im Krankenhaus 35 Prozent (unter Assistenzärzt/-innen in Weiterbildung 38 Prozent).

Um den Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Anzahl der Kinder unter 16 Jahren bzw. Kinderlosigkeit zu untersuchen, muss auf das Alter der Befragten sowie auf Partnerschaft kontrolliert werden. Da nicht nach der Gesamtzahl der Kinder, sondern nach Kindern unter 16 Jahren gefragt wurde, könnte dies bedeuten, dass die Kinder der Befragten in einer Position, die man erst mit einiger Berufserfahrung und daher in höherem Alter erreichen kann, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit älter als 16 Jahre sind. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit Kinder zu haben für Befragte in einer Partnerschaft höher. Dies macht eine Kontrolle auf das Alter und den Partnerschaftsstatus der Befragten mittels einer multinomialen logistischen Regression nötig.

Die entsprechenden Ergebnisse sind in Abbildung 23 und Abbildung 24 für Männer und Frauen separat dargestellt. Dabei zeigen sich allerdings wenige signifikante Zusammenhänge. Bei den Männern sind stationär tätige Assistenzärzte (in sowie nicht in Weiterbildung) im Vergleich zu gleichaltrigen Fachärzten mit dem gleichen Partnerschaftsstatus eher kinderlos (bezogen auf Kinder unter 16 Jahren). Ambulant angestellte Fachärzte in der Weiterbildung haben mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit ein Kind als stationär angestellte Fachärzte. Die Wahrscheinlichkeit für Chefarzte ein Kind

unter 16 Jahren zu haben ist signifikant höher, die Wahrscheinlichkeit zwei Kinder unter 16 Jahren zu haben ist geringer als für Fachärzte (auch hier wurde jeweils auf Alter und Partnerschaftsstatus kontrolliert).

Abbildung 23: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl von Kindern unter 16 Jahren bei Männern



Anmerkung:

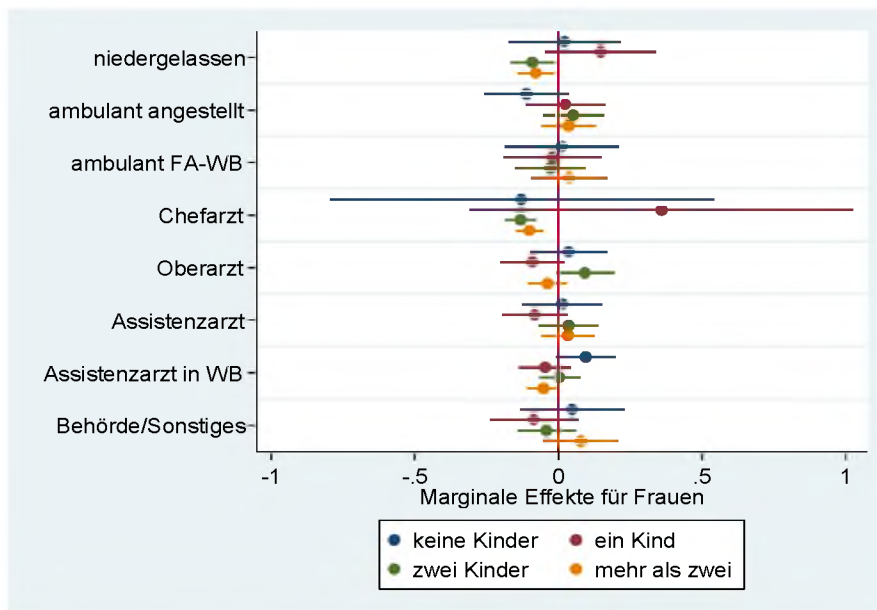
Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorie: berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Kontrollvariablen(nicht in der Grafik aufgeführt): Alter, Partnerschaft.

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Bei den Frauen gibt es kaum signifikante Ergebnisse (Abbildung 24). Niedergelassene Ärztinnen sowie Chefarztinnen haben im Vergleich zu gleichaltrigen Fachärztinnen mit dem gleichen Partnerschaftsstatus eine geringere Wahrscheinlichkeit zwei oder mehr Kinder unter 16 Jahren zu haben. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Familiengründung ist anhand unserer Umfragedaten nicht zu erkennen. Der weiter oben durch Cramér's V angedeutete Zusammenhang ist eine Scheinkorrelation, weil die berufliche Position stark mit dem Alter der Befragten zusammenhängt und Alter wiederum einen Zusammenhang mit der Anzahl der Kinder unter 16 Jahren aufweist. Kontrolliert man auf das Alter der Befragten, gibt es keine statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Anzahl der Kinder unter 16 Jahren.

Abbildung 24: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl von Kindern unter 16 Jahren bei Frauen



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorie: berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Kontrollvariablen (nicht in der Grafik aufgeführt): Alter, Partnerschaft.

Abkürzungen: „ambulant FA-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Assistenzarzt in WB“: Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

5.1.3 Soziales Netzwerk in Deutschland

Ein wichtiger Aspekt sozialer Netzwerke und damit sozialer Integration ist der Freundeskreis und dessen Zusammensetzung. Gefragt wurden die Ärzt/-innen nach der Zusammensetzung ihres Freundeskreises in Deutschland. Sie sollten dabei angeben, ob jeweils alle, die meisten, viele, einige oder keiner ihrer Freundinnen und Freunde aus Deutschland, aus dem Herkunftsland, einem anderen EU-Land oder aus einem nicht-EU-Land kommen (die Kategorien „einige“ und „viele“ haben wir für die Analyse unter „einige“ zusammengefasst, „die meisten“ und „alle“ unter „die meisten“).

Gefragt nach der Zusammensetzung ihres Freundeskreises in Deutschland, gibt etwas mehr als die Hälfte der europäischen Ärzte und Ärztinnen an, „einige“ deutsche Freund/-innen zu haben (52%). Bei 43 Prozent kommen „die meisten“ der Freund/-innen aus Deutschland (Tabelle 35). Lediglich fünf Prozent geben an, „keine“ deutschen Freunde zu haben. 64 Prozent berichten, „einige“ Freunde und Freundinnen aus dem Herkunftsland zu haben, die jedoch ebenfalls in Deutschland leben, bei 23 Prozent kommen „die meisten“ der Freund/-innen in Deutschland aus dem Herkunftsland. Mehr als drei Viertel aller Befragten (77%) haben außerdem „einige“ Freunde und Freundinnen aus anderen EU-Ländern in ihrem Freundkreis in Deutschland, 63 Prozent haben auch „einige“ Freund/-innen aus nicht-EU-Ländern.

84 Prozent derjenigen, die angeben, dass „die meisten“ ihrer Freundinnen und Freunde in Deutschland aus dem Herkunftsland kommen, geben auch an „einige“ Deutsche im Freundeskreis zu haben. Umgekehrt berichten 46 Prozent derjenigen, die „einige“ Freundinnen und Freunde aus dem Herkunftsland haben, dass ihr Freundeskreis hauptsächlich aus Deutschen bestehe.

Tabelle 35: Zusammensetzung des Freundeskreises in Deutschland

	keine	einige	die meisten	Insgesamt
Freund/-innen aus...				
...Deutschland	5,24%	51,82%	42,94%	100,00%
...dem Herkunftsland	12,43%	64,42%	23,15%	100,00%
...einem anderen EU-Land	18,99%	76,60%	4,41%	100,00%
...einem nicht-EU-Land	35,12%	63,37%	1,51%	100,00%

Die Zusammensetzung des Freundeskreises kann – neben persönlichen Präferenzen – von mehreren Faktoren beeinflusst werden (Tabelle 36). So hat beispielsweise die bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland Auswirkungen auf den Freundeskreis. Je länger die Befragten schon in Deutschland sind, desto mehr deutsche und desto weniger Freundinnen und Freunde aus dem Herkunftsland sind in ihrem Freundeskreis. Das kann damit zusammenhängen, dass sich mehr Gelegenheiten ergeben, Kontakte mit Deutschen zu knüpfen, je länger die Befragten in Deutschland leben. Dazu tragen auch steigende Deutschkenntnisse bei. So hat auch das Sprachniveau einen Einfluss auf die Anzahl der deutschen Freund/-innen: Personen mit guten Deutschkenntnissen haben mehr deutsche Freund/-innen als diejenigen mit schlechteren Deutschkenntnissen (Cramér's $V=0,23$ weist auf einen schwachen bis mittelstarken Zusammenhang zwischen Deutschkenntnissen und der Anzahl deutscher Freund/-innen hin). Darüber hinaus haben Personen mit einem Partner oder einer Partnerin mit deutscher Staatsbürgerschaft eher viele deutsche Freund/-innen (hier bestätigt Cramér's $V=0,22$ einen schwachen bis mittelstarken Zusammenhang): 63 Prozent der Befragten mit einem deutschen Partner/einer deutschen Partnerin geben an, dass „die meisten“ ihrer Freund/-innen aus Deutschland kommen.

Das Studium oder einen Teil des Studiums in Deutschland absolviert zu haben, erhöht die Wahrscheinlichkeit Freundschaften mit Deutschen aufzubauen. Mehr als die Hälfte der Befragten (56%), die mindestens drei Monate in Deutschland studiert haben, hat einen Freundeskreis, der hauptsächlich aus Deutschen besteht, während es bei denjenigen, die nicht in Deutschland studiert haben, lediglich 40 Prozent sind. Zudem zeigt sich aus den Umfrageergebnissen, dass der Anteil der Befragten in einer Großstadt, deren Freundeskreis hauptsächlich aus Deutschen besteht, um 17 Prozentpunkte höher ist als derjenige in einer Kleinstadt oder auf dem Land: 52 Prozent der Befragten in einer Großstadt geben an, dass „die meisten“ ihrer Freund/-innen aus Deutschland kommen, während es unter denjenigen in einer Kleinstadt bzw. auf dem Land 35 Prozent sind (Cramér's $V=0,11$). Zwischen der Größe des Arbeitsorts und der Anzahl der Freund/-innen aus dem Herkunftsland gibt es keinen Zusammenhang (Cramér's $V=0,06$).

Tabelle 36: Zusammensetzung des Freundeskreises in Deutschland nach verschiedenen Merkmalen der Befragten

	deutsche Freund/-innen				Freund/-innen aus dem Herkunftsland			
	keine	einige	die meisten	Insgesamt	keine	einige	die meisten	Insgesamt
Herkunftsregion								
EU-Nord/West	0,00%	26,62%	73,38%	100,00%	31,75%	59,52%	8,73%	100,00%
EU-Ost 2004	6,33%	59,18%	34,49%	100,00%	9,32%	64,19%	26,48%	100,00%
EU-Ost 2007/13	10,98%	64,02%	25,00%	100,00%	5,94%	64,38%	29,69%	100,00%
EU-Süd	2,14%	51,07%	46,79%	100,00%	10,82%	67,16%	22,01%	100,00%
Österreich	1,04%	31,61%	67,36%	100,00%	21,69%	64,46%	13,86%	100,00%
Studium in DE								
Nicht in DE studiert	5,70%	54,60%	39,70%	100,00%	11,31%	63,11%	25,58%	100,00%
Mind. drei Monate in DE studiert	3,46%	40,83%	55,71%	100,00%	16,85%	69,60%	13,55%	100,00%
Arbeitsort								
Großstadt	3,36%	44,78%	51,87%	100,00%	15,34%	65,14%	19,52%	100,00%
Mittlere Stadt	6,05%	56,05%	37,89%	100,00%	10,02%	66,26%	23,72%	100,00%
Kleinstadt/ auf dem Land	7,81%	57,06%	35,14%	100,00%	12,34%	61,08%	26,58%	100,00%
Partnerschaft								
Partner/-in mit deutscher Staatsbürgerschaft	2,09%	35,28%	62,63%	100,00%	17,55%	70,90%	11,55%	100,00%
Partner/-in ohne deutsche Staatsbürgerschaft	6,82%	63,93%	29,25%	100,00%	9,22%	59,37%	31,41%	100,00%
Ohne Partner/-in	6,99%	48,47%	44,54%	100,00%	12,22%	68,33%	19,46%	100,00%
	Cramér's V: Herkunftsregion: 0,2494; Studium in Deutschland: 0,1306; Arbeitsort: 0,1118; Partnerschaft: 0,2173; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,2412; Deutschkenntnisse: 0,2291				Cramér's V: Herkunftsregion: 0,1834; Studium in Deutschland: 0,1229; Arbeitsort: 0,0647; Partnerschaft: 0,1590; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,1795			

5.2 Subjektive Faktoren sozio-kultureller Integration

In diesem Abschnitt untersuchen wir die subjektive Wahrnehmung der eigenen Situation im Bereich der sozio-kulturellen Integrationsdimensionen. Wie im vorangegangenen Kapitel zu subjektiven Faktoren beruflicher Integration betrachten wir auch hier zusätzlich eine relative Dimension, die einen Vergleich der Situation zum Zeitpunkt vor der Migration mit der jetzigen Situation sowie im Vergleich zu anderen Personengruppen einschließt. Zusätzlich dazu werden die Benachteiligungserfahrungen im Alltag und bei Ämtern oder Behörden und die Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis dargestellt.

5.2.1 Wahrgenommene Benachteiligung im alltäglichen Leben

Analog zur wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz wurden die Ärztinnen und Ärzte nach ihren Benachteiligungserfahrungen im Alltag (z.B. bei der Wohnungssuche oder beim Einkaufen) und bei Ämtern oder Behörden gefragt.

56 Prozent der Befragten geben an, sich nie im Alltag benachteiligt gefühlt zu haben, 35 Prozent haben diese Erfahrung selten und neun Prozent häufig gemacht (Tabelle 37). Bei Ämtern oder Behörden haben sich die meisten ebenfalls bisher nicht benachteiligt gefühlt (60%), 31 Prozent hingegen selten und neun Prozent häufig (Tabelle 38). Allerdings lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Benachteiligung im Alltag und bei Ämtern oder Behörden und der Herkunftsregion feststellen. Der Anteil derjenigen, die sich im Alltag häufig benachteiligt gefühlt haben, ist unter Befragten aus den 2007/13 der EU beigetretenen Ländern sowie Südeuropa am höchsten.

Tabelle 37: Wahrgenommene Benachteiligung im Alltag

	nie	selten	häufig	Insgesamt
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	76,09%	20,29%	3,62%	100,00%
EU-Ost 2004	53,25%	39,63%	7,11%	100,00%
EU-Ost 2007/13	41,23%	44,31%	14,46%	100,00%
EU-Süd	46,89%	39,56%	13,55%	100,00%
Österreich	87,05%	9,33%	3,63%	100,00%
Insgesamt	56,09%	34,69%	9,22%	100,00%
N	797	493	131	1.421

Cramér's V: Geschlecht: 0,0575; Alterskategorie: 0,0581; Herkunftsregion: 0,2277; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,0780

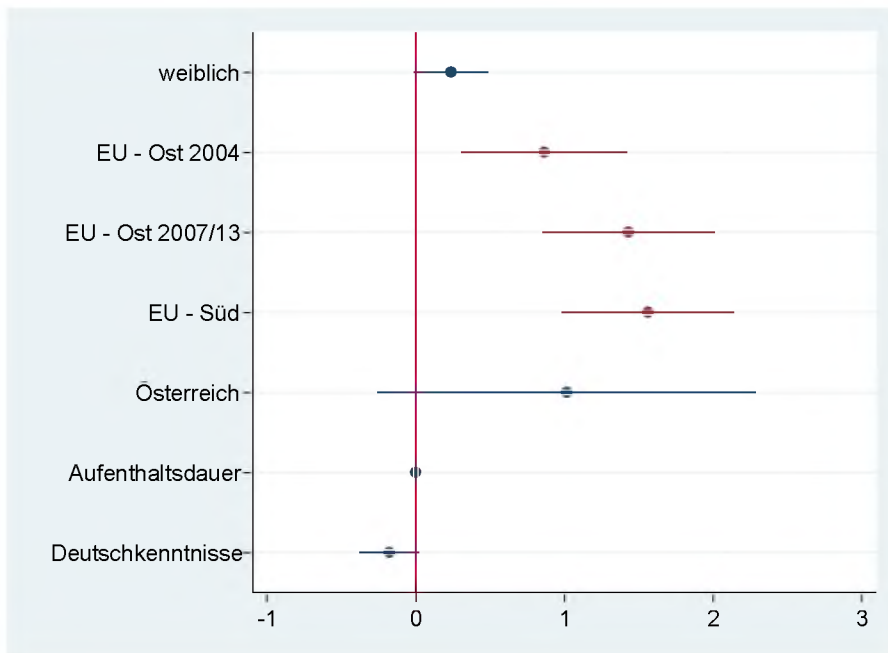
Tabelle 38: Wahrgenommene Benachteiligung bei Ämtern und Behörden

	nie	selten	häufig	Insgesamt
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	68,61%	21,90%	9,49%	100,00%
EU-Ost 2004	60,16%	32,85%	6,98%	100,00%
EU-Ost 2007/13	48,01%	40,06%	11,93%	100,00%
EU-Süd	54,95%	31,87%	13,19%	100,00%
Österreich	80,83%	13,47%	5,70%	100,00%
Insgesamt	59,99%	30,63%	9,39%	100,00%
N	850	434	133	1.417

Cramér's V: Geschlecht: 0,1039; Alterskategorie: 0,0348; Herkunftsregion: 0,1564; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,0872

Dieser Zusammenhang bleibt unter Kontrolle auf das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer in Deutschland und die Deutschkenntnisse bestehen (siehe Abbildung 25): Für Personen aus Ost- und Südeuropa ist die Wahrscheinlichkeit, sich im Alltag benachteiligt gefühlt zu haben, höher als für Personen aus der Referenzregion EU-Nord/West. Hier zeigen sich womöglich ebenfalls Auswirkungen der oben angesprochenen öffentlichen Debatte in Deutschland in Bezug auf Zuwanderung aus ost- und südeuropäischen Ländern (Abschnitt 4.2.1). Deutschkenntnisse scheinen für die befragten Ärztinnen und Ärzte keinen Einfluss auf Benachteiligungserfahrungen zu haben (der Zusammenhang ist nicht signifikant).

Abbildung 25: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung im Alltag



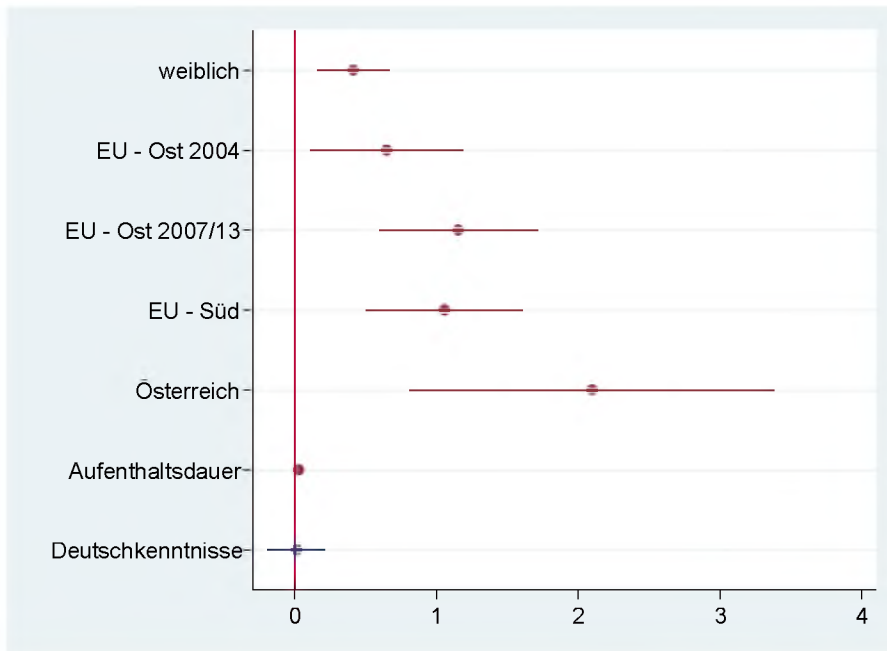
Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

Ähnliche Ergebnisse liefert die ordinale Regression mit wahrgenommener Benachteiligung bei Ämtern oder Behörden als abhängiger Variable (Abbildung 26). Im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen fühlten sich Befragte aus den anderen Herkunftsregionen signifikant häufiger bei Ämtern oder Behörden benachteiligt (unter Kontrolle auf Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Deutschkenntnisse). Darüber hinaus zeigt sich, dass sich weibliche Befragte mit höherer Wahrscheinlichkeit benachteiligt gefühlt haben als gleichaltrige Männer, die aus der jeweils gleichen Herkunftsregion kommen, ähnlich lange in Deutschland sind und gleiche Deutschkenntnisse haben.

Abbildung 26: Marginale Effekte einer ordinalen Regression zum Gefühl der Benachteiligung bei Ämtern oder Behörden



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West.

5.2.2 Zufriedenheit mit dem Freundeskreis

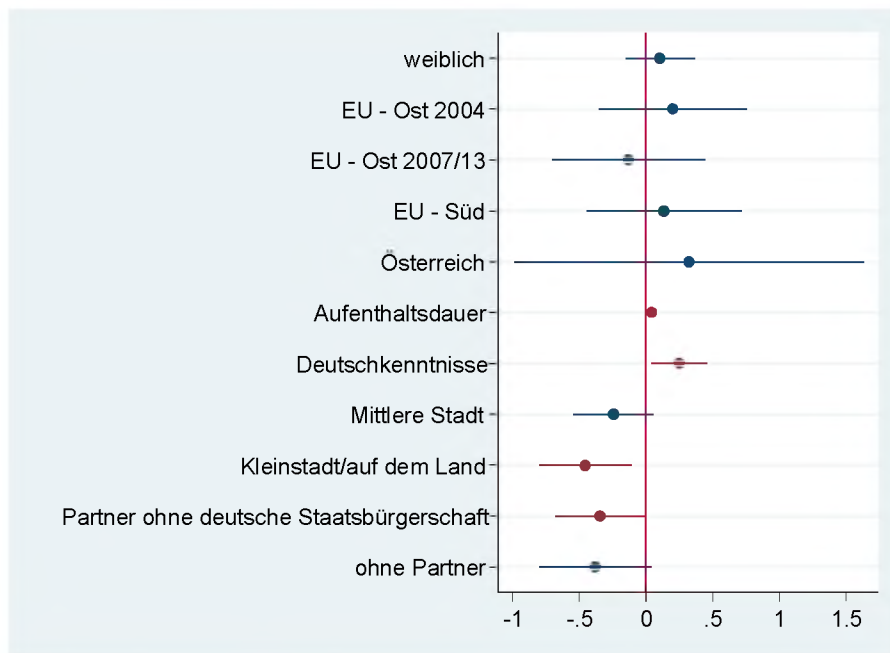
Im Gegensatz zur Zufriedenheit mit der beruflichen Situation (Abschnitt 4.2.2) sind die befragten Ärztinnen und Ärzte etwas unzufriedener mit ihrem sozialen Umfeld. Dennoch geben 60 Prozent der Befragten an, mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zufrieden zu sein.

Die Zufriedenheit wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst (Abbildung 27). Signifikant ist beispielsweise der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Freundeskreis und der bisherigen Aufenthaltsdauer in Deutschland (unter Kontrolle auf die anderen Variablen im Modell). Da das Aufbauen von Kontakten Zeit in Anspruch nimmt, können wir annehmen, dass die Befragten, die schon länger in Deutschland sind, einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis und/oder intensivere Kontakte haben und daher zufriedener mit ihrem sozialen Umfeld sind. Deutschkenntnisse haben einen ähnlichen Einfluss: Mit besseren Sprachkenntnissen nimmt die Zufriedenheit zu (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, ähnlich großem Arbeitsort und gleichem Partnerschaftsstatus).

Im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten, die in einer Großstadt arbeiten, sind Befragte in einer Kleinstadt/auf dem Land (bis zu 20.000 Einwohner/-innen) unzufriedener mit ihrem Freundeskreis (auch hier wird auf alle anderen Variablen im Modell kontrolliert). Das könnte damit zusammenhängen, dass es in einer Kleinstadt und auf dem Land vielleicht weniger Möglichkeiten gibt, Freund/-innen und Bekannte kennenzulernen. Einen Einfluss auf die Zufriedenheit hat auch, ob der Partner/die Partnerin eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzt. Im Vergleich zu denjenigen, die eine/n deutsche/n Partner/-in haben, sind Befragte mit einem/einer nicht-deutschen Partner/-in (bei jeweils

gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, gleichen Deutschkenntnissen und ähnlich großem Arbeitsort) unzufriedener mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis. Für die Befragten mit deutschem Partner/deutscher Partnerin könnte es einfacher sein, Kontakte zu knüpfen bzw. in bestehende Netzwerke aufgenommen zu werden, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit haben könnte.

Abbildung 27: Marginale Effekte einer ordinalen Regression der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Partnerschaft: Partner/-in mit deutscher Staatsangehörigkeit.

5.2.3 Vergleich zur Situation vor der Migration

Gefragt nach ihrer Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis heute im Vergleich zur Situation vor ihrer Migration gibt jede/r fünfte/r Ärztin/Arzt an, dass sich ihre/seine Situation bezogen auf den Freundes- und Bekanntenkreis verbessert habe, fast die Hälfte der Befragten nimmt eine Verschlechterung wahr. Dies ist vor allem unter jüngeren Befragten der Fall. Der Anteil der 25- bis 30-Jährigen, deren Situation sich im Vergleich zur Situation vor der Migration verschlechtert hat, ist um 32 Prozentpunkte höher als der Anteil unter den 56- bis 65-Jährigen (Tabelle 39).

Unterschiede zeigen sich auch bezüglich der Herkunftsregion. Während fast die Hälfte der Befragten aus Nordwesteuropa keine Veränderung wahrnimmt, stellen jeweils mehr als die Hälfte der Befragten aus den 2004 und 2007/13 der EU beigetretenen Ländern eine Verschlechterung im Vergleich zur Situation vor der Migration fest.

Tabelle 39: Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich vor der Migration

	schlechter	gleich	besser	Insgesamt
Alle	48,56%	30,15%	21,29%	100,00%
Bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (in Jahren)				
Bis einschl. 2	57,99%	21,89%	20,12%	100,00%
3-4	60,99%	19,20%	19,81%	100,00%
5-6	49,77%	32,09%	18,14%	100,00%
7-8	52,48%	25,53%	21,99%	100,00%
9-10	48,15%	28,70%	23,15%	100,00%
Mehr als 10	31,51%	46,92%	21,58%	100,00%
Alter (in Jahren)				
25-30	56,04%	20,81%	23,15%	100,00%
31-35	51,08%	29,02%	19,9%	100,00%
36-45	49,76%	30,38%	19,86%	100,00%
46-55	42,08%	37,16%	20,77%	100,00%
56-65	24,30%	47,66%	28,04%	100,00%
Herkunftsregion				
EU-Nord/West	27,54%	48,55%	23,91%	100,00%
EU-Ost 2004	53,27%	27,96%	18,78%	100,00%
EU-Ost 2007/13	54,43%	25,38%	20,18%	100,00%
EU-Süd	46,55%	26,55%	26,91%	100,00%
Österreich	44,56%	35,75%	19,69%	100,00%

Cramér's V: Geschlecht: 0,0762; bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland (kategorial): 0,1761; Alterskategorie: 0,1256; Alterskategorie bei Zuzug: 0,0865; Herkunftsregion: 0,1276; Facharzttrichtung: 0,1025

Untersucht man den Zusammenhang zwischen der Herkunftsregion und dem Vergleich der Situation in Bezug auf den Freundes- und Bekanntenkreis heute und vor der Migration mit einer ordinalen Regression, so stellt man fest, dass dieser (unter Kontrolle auf das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer, die Deutschkenntnisse, die Größe des Arbeitsorts, den Partnerschaftsstatus und wahrgenommene Benachteiligung im Alltag) statistisch jedoch nicht signifikant ist (diese Ergebnisse sind hier nicht graphisch dargestellt). Auch die Größe des Arbeitsorts, der Partnerschaftsstatus oder Benachteiligungserfahrungen haben keinen signifikanten Einfluss. Lediglich die Aufenthaltsdauer weist einen signifikanten Effekt auf: Für Befragte, die schon länger in Deutschland leben, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie die Situation ihres Freundes- und Bekanntenkreises jetzt besser einschätzen als vor der Migration (dabei wurde auf die Variablen Geschlecht, Herkunftsregion, Deutschkenntnisse, Größe des Arbeitsorts, Partnerschaftsstatus und Benachteiligungsgefühl im Alltag kontrolliert).

5.2.4 Vergleich mit anderen Gruppen

Während die Befragten ihre berufliche Situation im Vergleich zu den im Herkunftsland verbliebenen Ärztinnen und Ärzten besser einschätzen (Abschnitt 4.2.4), verhält sich dies für das private Umfeld umgekehrt. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzt/-innen gibt an, dass ihre Situation bezüglich ihres Freundes- und Bekanntenkreises schlechter sei im Vergleich zu den im Herkunftsland verbliebenen Kolleg/-innen (Tabelle 40). Darunter ist jeweils der Anteil der Personen aus den zuletzt beigetretenen Mitgliedsstaaten (58% für EU-Ost 2004 und 64% für EU-Ost 2007/2013) und aus Südeuropa (54%) höher als derjenige aus den nordwesteuropäischen Staaten (25%) und Österreich (37%). Mehr als ein Drittel der Befragten schätzt die Situation gleich wie die der Kolleginnen und Kollegen im Herkunfts-

land ein. Darüber hinaus zeigt sich ein schwacher Effekt in Bezug auf das Alter (Cramér's $V=0,14$): Während die jüngeren Altersgruppen ihr soziales Umfeld tendenziell schlechter einschätzen, geben ältere Befragte an, dass ihre derzeitige Situation gleich derjenigen, die nicht migriert sind, sei.

Tabelle 40: Situation bzgl. Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten im Herkunftsland

	schlechter	gleich	besser	Insgesamt
Freundes- und Bekanntenkreis	52,77%	35,78%	11,45%	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,0779; Herkunftsregion: 0,1862; Alterskategorie: 0,1354				

Auch im Vergleich zu deutschen Ärztinnen und Ärzten schätzt mehr als die Hälfte der Befragten ihren Freundes- und Bekanntenkreis schlechter ein (Tabelle 41). Der Anteil derjenigen, die ihre Situation schlechter einschätzen, ist unter den Personen aus den neueren EU-Mitgliedsländern höher als bei Personen aus den anderen Herkunftsgruppen (Cramér's V von 0,23 weist diesbezüglich auf einen schwachen bis mittelstarken Zusammenhang hin).

Tabelle 41: Situation bzgl. Freundes- und Bekanntenkreis im Vergleich zu deutschen Ärztinnen und Ärzten

	schlechter	gleich	besser	Insgesamt
Freundes- und Bekanntenkreis	52,40%	41,22%	6,38%	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,0409; Herkunftsregion: 0,2300; Alterskategorie: 0,1295				

5.3 Identifikative Integration

Neben struktureller, kultureller und sozialer Integration wird in der Forschung auch eine identifikative Dimension von Integration untersucht, welche die emotionalen Bindungen zum Herkunfts- und zum Zielland untersucht. Die Identitätsbildung kann dabei multidimensional verlaufen, d.h. sie kann uni-, bi- oder sogar multipolar zu zwei oder mehreren Ebenen sein, wobei sich diese nicht nur auf nationale, sondern auch auf lokale, regionale oder supra-nationale Bezugspunkte erstrecken können. Die Integrations- und Migrationsforschung findet sogar einen positiven Zusammenhang zwischen europäischer und nationaler Identifikation sowohl mit dem Herkunfts- als auch mit Deutschland (siehe z.B. Teney et al. 2016).

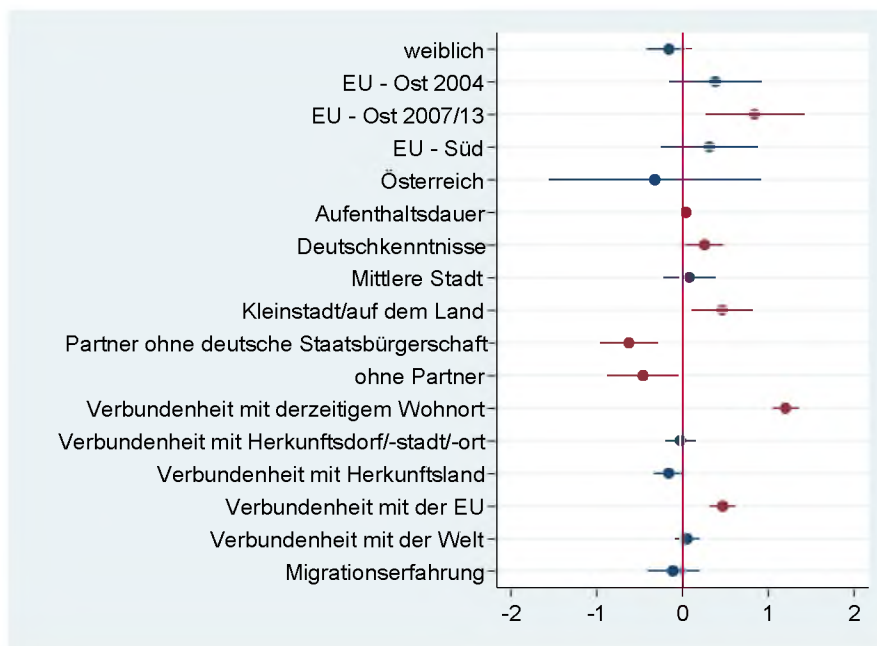
Die Ärztinnen und Ärzte in unserer Umfrage wurden nach ihrer Verbundenheit mit ihrem derzeitigen Wohnort, mit Deutschland, mit ihrem Herkunftsort, mit ihrem Herkunftsland, mit der Europäischen Union und mit der Welt gefragt (Antwortoptionen: sehr verbunden, ziemlich verbunden, weder noch, nicht sehr verbunden oder überhaupt nicht verbunden).

Mit ihrem derzeitigen Wohnort fühlen sich 17 Prozent der Befragten sehr und 45 Prozent ziemlich verbunden. Mit Deutschland sind es entsprechend 16 Prozent (sehr verbunden) und 49 Prozent (ziemlich verbunden). Der Anteil derjenigen, die sich mit ihrem Herkunftsort sehr oder ziemlich verbunden fühlen, ist unter den Südeuropäer/-innen (80%) und Österreicher/-innen (80%) am höchsten. Unter den Befragten aus der Region EU-Ost 2004 sind es 66 Prozent, unter denjenigen aus Nordwesteuropa 60 Prozent und unter Befragten aus der Region EU-Ost 2007/13 59 Prozent. 84 Prozent der Österreicher/-innen fühlen sich auch mit ihrem Herkunftsland sehr oder ziemlich verbunden (im

Vergleich zu jeweils 77% aus den Regionen EU-Süd und Nordwesteuropa, 69% aus EU-Ost 2004 und 56% aus EU Ost-2007/13).

Mittels ordinaler Regressionen können wir die Zusammenhänge auf ihre Signifikanz hin untersuchen. Befragte aus Bulgarien, Rumänien und Kroatien fühlen sich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit Deutschland verbunden als die Vergleichsgruppe der Nordwesteuropäer/-innen (Abbildung 28). Befragte aus den neueren Mitgliedsländern (EU-Ost 2004 und 2007/13) fühlen sich zudem weniger wahrscheinlich mit ihrem Herkunftsland verbunden als die Referenzgruppe der Nordwesteuropäer/-innen (Abbildung 29). Die Verbundenheit mit Deutschland steigt mit der bisherigen Aufenthaltsdauer in Deutschland (bei jeweils gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, gleichen Deutschkenntnissen, ähnlicher Größe des Arbeitsorts, gleichem Partnerschaftsstatus, gleicher Verbundenheit mit anderen Bezugsebenen und gleicher Migrationserfahrung nach dem 18. Lebensjahr) (Abbildung 28). Zwischen der Aufenthaltsdauer in Deutschland und der Verbundenheit mit dem Herkunftsland gibt es (unter Kontrolle auf alle übrigen Variablen im Modell) keinen signifikanten Zusammenhang (Abbildung 29).

Abbildung 28: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit Deutschland als abhängige Variable



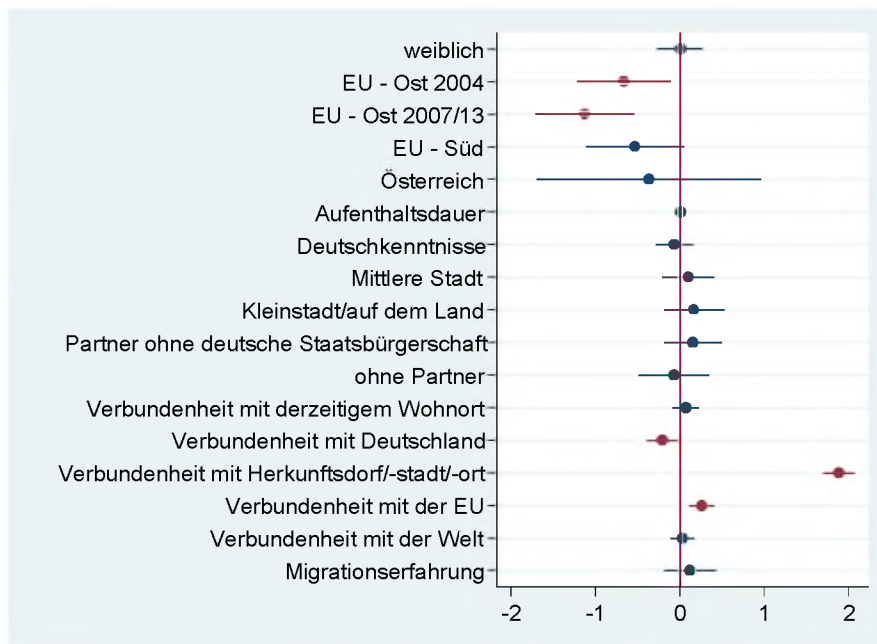
Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Partnerschaft: Partner/-in mit deutscher Staatsangehörigkeit; Migrationserfahrung: keine Migrationserfahrung.

Migrationserfahrung bedeutet hier ein mind. dreimonatiger Aufenthalt in einem anderen Land als dem Herkunftsland (und Deutschland) seit dem 18. Lebensjahr und vor Zuzug nach Deutschland.

Abbildung 29: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit dem Herkunftsland als abhängige Variable



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Arbeitsort: Großstadt; Partnerschaft: Partner/-in mit deutscher Staatsangehörigkeit; Migrationserfahrung: keine Migrationserfahrung.

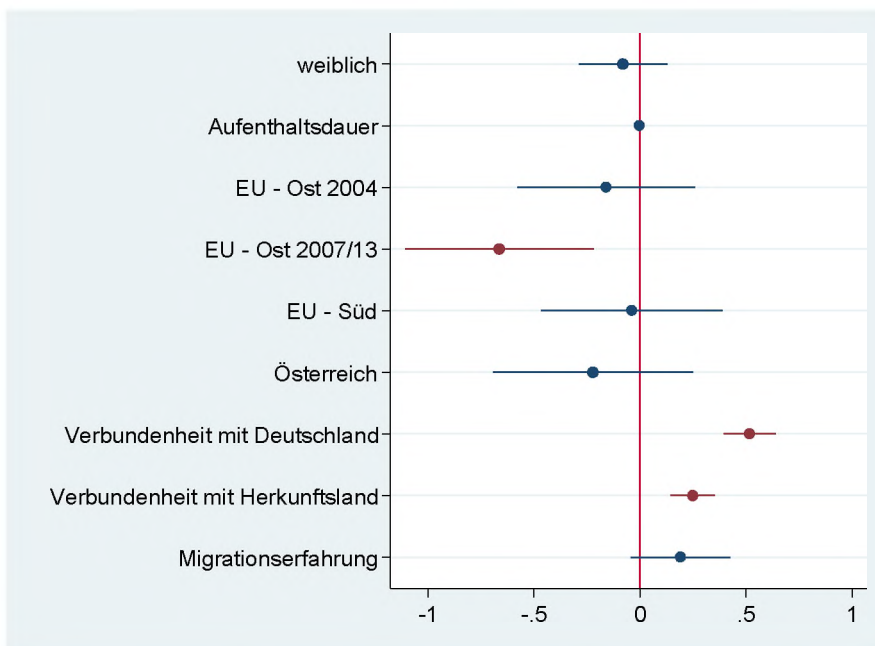
Migrationserfahrung bedeutet hier ein mind. dreimonatiger Aufenthalt in einem anderen Land als dem Herkunftsland (und Deutschland) seit dem 18. Lebensjahr und vor Zuzug nach Deutschland.

Während die Wahrscheinlichkeit, sich mit dem derzeitigen Wohnort verbunden zu fühlen, für Befragte, die in einer Kleinstadt oder ländlichen Region arbeiten, geringer ist als für Befragte in Großstädten, ist die Wahrscheinlichkeit sich mit Deutschland verbunden zu fühlen im ländlichen Raum höher als in Großstädten. Deutschkenntnisse haben einen positiven Einfluss auf das Verbundenheitsgefühl zu Deutschland (Abbildung 28) (auf alle anderen Variablen im Modell wurde jeweils kontrolliert). Die Verbundenheit mit Deutschland weist außerdem einen Zusammenhang mit der familiären Situation auf. Befragte, die einen Partner oder eine Partnerin mit deutscher Staatsangehörigkeit haben, besitzen eine höhere Wahrscheinlichkeit als diejenigen ohne Partner/-in und diejenigen mit einem/r nicht-deutschen Partner/-in sich mit Deutschland verbunden zu fühlen (bei gleichem Geschlecht, gleicher Herkunftsregion, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, gleichen Deutschkenntnissen, ähnlicher Größe des Arbeitsorts, gleicher Verbundenheit mit anderen Bezugsebenen und gleicher Migrationserfahrung vor dem 18. Lebensjahr). Darüber hinaus haben Befragte, die sich mit Deutschland verbunden fühlen, eine geringere Wahrscheinlichkeit, sich mit ihrem Herkunftsland verbunden zu fühlen (Abbildung 29).

Betrachten wir abschließend noch die supranationale Ebene: Mit der Europäischen Union fühlen sich 20 Prozent der Befragten sehr und 43 Prozent ziemlich verbunden. Elf Prozent fühlen sich nicht sehr oder überhaupt nicht mit der EU verbunden. Das Geschlecht sowie die bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland haben keinen Effekt auf die Verbundenheit mit der EU (Abbildung 30) (auf alle übrigen

Variablen wird im Modell kontrolliert). Die Wahrscheinlichkeit, sich mit der EU verbunden zu fühlen, steigt (bei gleichem Geschlecht, ähnlich langer Aufenthaltsdauer, gleicher Herkunftsregion, gleicher Verbundenheit mit dem Herkunftsland und gleicher Migrationserfahrung vor dem 18. Lebensjahr) mit dem Verbundenheitsgefühl zu Deutschland an. Ebenso erhöht die Verbundenheit mit dem Herkunftsland die Wahrscheinlichkeit, sich mit der EU verbunden zu fühlen (auch hier wird auf alle übrigen Variablen im Modell kontrolliert). Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine europäische Identität nationale Identitäten nicht ersetzt, sondern diese parallel existieren können. Die Möglichkeit, sich gleichzeitig mit mehreren Bezugsebenen zu identifizieren, ist im Einklang mit wissenschaftlichen Studien, die diese beispielsweise als „verschachtelte Identitäten“ bezeichnen (z.B. Medrano und Gutiérrez 2001). Im Vergleich zu Befragten aus der Region EU-Nord/West (hier als Referenzkategorie angeführt) fühlen sich Befragte aus Bulgarien, Rumänien und Kroatien weniger stark mit der EU verbunden (unter Kontrolle auf alle übrigen Variablen im Modell). Dies ist aufgrund der Tatsache, dass diese Länder erst vor einigen Jahren der EU beigetreten sind, nicht verwunderlich, da sich das Zugehörigkeitsgefühl zur EU möglicherweise erst mit dem Beitritt zur Union stärker entwickelt.

Abbildung 30: Ordinale Regression mit der Verbundenheit mit der EU als abhängige Variable



Anmerkung:

Die Ergebnisse repräsentieren die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Herkunftsregion: EU-Nord/West; Migrationserfahrung: keine Migrationserfahrung.

Migrationserfahrung bedeutet hier ein mind. dreimonatiger Aufenthalt in einem anderen Land als dem Herkunftsland (und Deutschland) seit dem 18. Lebensjahr und vor Zuzug nach Deutschland.

6 Bleibeabsichten und zukünftige Migrationspläne

In diesem Kapitel betrachten wir abschließend noch die Bleibeabsichten bzw. zukünftigen Migrationspläne der befragten EU-Ärzt/-innen. Bleibeabsichten von hochqualifizierten Fachkräften sind aus verschiedenen Perspektiven von Interesse. Für die Zielländer stellt sich die Frage, wie eventuell benötigte Fachkräfte im Land gehalten werden können. Die Sorge um den Verlust von hochqualifizierten Arbeitskräften und die Auswirkungen, die deren dauerhafte Abwanderung für Wirtschaft und Gesellschaft haben könnte, kann hingegen für die Herkunftsländer relevant sein. Für die migrierten EU-Bürger/-innen selbst beeinflussen Bleibe- und Weiterwanderungsabsichten womöglich die Art und Weise, sich in dem Land, in dem sie sich gerade aufhalten, einzubringen. Neben den ursprünglichen Bleibeabsichten zum Zeitpunkt der Migrationsentscheidung und den zukünftigen Bleibeabsichten untersuchen wir in den folgenden Abschnitten auch mögliche Gründe, die die befragten Ärzt/-innen dazu veranlassen, in Deutschland zu bleiben oder weiter bzw. zurück ins Herkunftsland zu gehen.

6.1 Ursprüngliche Bleibeabsicht

Die Ärzt/-innen wurden dazu aufgefordert, sich an den Zeitpunkt ihrer Migrationsentscheidung zurückzuerinnern und gebeten anzugeben, wie lange sie damals beabsichtigten in Deutschland zu bleiben (Tabelle 42). 16 Prozent der Befragten wollten ursprünglich nur einen relativ kurzen Zeitraum von bis zu drei Jahren in Deutschland verbringen. Für immer beabsichtigten 20 Prozent der Befragten zu bleiben. Mehr als ein Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte (34%) hatte zum Zeitpunkt des Zuzugs keine Pläne bezüglich der Aufenthaltsdauer in Deutschland.

Dies weist auf eine Veränderung von Migrationsmustern in Europa im Vergleich zu früheren Migrationsverläufen hin. Die Migrationsforschung geht davon aus, dass zusätzlich zu den traditionellen Migrationsverläufen, die sich durch die Auswanderung aus dem Herkunftsland und dem dauerhaften Niederlassen im Zielland auszeichnen, flexiblere und temporäre Wohnsitzverlagerungen auftreten. Diese in der Forschung auch als „liquid migration“ bezeichneten Migrationsmuster sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass Migrant/-innen ihre Bleibeabsichten nicht eindeutig festlegen (vgl. u.a. Engbersen und Snel 2013).

Tabelle 42: Ursprüngliche Bleibeabsicht (zum Zeitpunkt des Zuzugs nach Deutschland)

Ursprüngliche Bleibeabsicht	Anteil
Zwischen 0 und 3 Jahre	16,13%
Zwischen 4 und 5 Jahre	10,43%
Zwischen 6 und 10 Jahre	16,69%
Zwischen 11 und 50 Jahre	2,36%
Für immer	19,96%
Damals noch nicht geplant	34,42%
Insgesamt	100,00%

Tabelle 43 zeigt die ursprüngliche Bleibeabsicht für verschiedene Alterskategorien zum Zeitpunkt des Zuzugs nach Deutschland und für unterschiedliche Herkunftsregionen. Es besteht jeweils ein schwacher Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Bleibeabsicht und der Alterskategorie beim Zuzug (Cramér's $V=0,14$) sowie der ursprünglichen Bleibeabsicht und der Herkunftsregion der Befragten

(Cramér's $V=0,16$). Je älter die Befragten zum Zeitpunkt ihrer Migration waren, desto höher ist der Anteil derjenigen, die für immer in Deutschland bleiben wollten. Mit Blick auf die Herkunftsregion der Befragten fällt auf, dass mehr als ein Viertel der Österreicher/-innen nur für einen kurzen Zeitraum von bis zu drei Jahren in Deutschland bleiben wollte und sich nur acht Prozent unter ihnen vorstellen konnten, für immer zu bleiben. Befragte aus der Region EU-Ost 2007/13 konnten sich hingegen eher vorstellen für immer in Deutschland zu bleiben (31%). Allerdings geben auch 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte aus diesen neuesten EU-Mitgliedsländern an, zum Zeitpunkt ihres Zuzugs noch nicht geplant zu haben, wie lange sie in Deutschland bleiben wollten.

Tabelle 43: Ursprüngliche Bleibeabsicht nach Alterskategorie beim Zuzug und Herkunftsregion der Befragten

Ursprüngliche Bleibeabsicht	zwischen 0 und 3 Jahre	zwischen 4 und 5 Jahre	zwischen 6 und 10 Jahre	zwischen 11 und 50 Jahre	für immer	nicht geplant	Insgesamt
Alter bei Zuzug (in Jahren)							
18-25	11,74%	9,25%	28,11%	4,27%	14,59%	32,03%	100,00%
26-30	16,90%	12,02%	16,38%	0,87%	18,12%	35,71%	100,00%
31-40	19,05%	10,88%	8,84%	1,36%	23,13%	36,73%	100,00%
41-50	14,77%	9,09%	4,55%	7,95%	28,41%	35,23%	100,00%
51-65	12,50%	16,67%	20,83%	4,17%	37,50%	8,33%	100,00%
Herkunftsregion							
EU-Nord/West	8,57%	7,86%	26,43%	6,43%	19,29%	31,43%	100,00%
EU-Ost 2004	16,16%	10,71%	13,74%	1,62%	20,61%	37,17%	100,00%
EU-Ost 2007/13	10,91%	3,94%	11,52%	2,12%	31,21%	40,30%	100,00%
EU-Süd	18,64%	15,41%	24,01%	2,15%	14,34%	25,45%	100,00%
Österreich	26,80%	15,46%	15,46%	2,06%	7,73%	32,47%	100,00%
Cramér's V: Geschlecht: 0,1288; Alterskategorie bei Zuzug: 0,1351; Herkunftsregion: 0,1552							

6.2 Zukünftige Bleibeabsicht

Die Befragten wurden neben ihren ursprünglichen Bleibeabsichten zum Zeitpunkt ihres Zuzugs auch danach gefragt, wie lange sie beabsichtigen zukünftig (zum Zeitpunkt der Umfrage) noch in Deutschland zu bleiben.

Tabelle 44: Zukünftige Bleibeabsicht (zum Zeitpunkt der Umfrage)

Zukünftige Bleibeabsicht	Anteil
Zwischen 0 und 3 Jahre	10,40%
Zwischen 4 und 5 Jahre	7,19%
Zwischen 6 und 10 Jahre	6,77%
Zwischen 11 und 50 Jahre	4,75%
Für immer	35,94%
Noch unklar	34,96%
Insgesamt	100,00%

Ungefähr zehn Prozent der Befragten möchten maximal noch drei Jahre in Deutschland verbringen. Der Anteil derjenigen, die für immer in Deutschland bleiben möchten, hat sich im Vergleich zu den ursprünglichen Bleibeabsichten allerdings deutlich erhöht. Etwas mehr als ein Drittel (36%) der Befragten gibt an, für immer bleiben zu wollen (bei Zuzug sagten dies nur 20 Prozent). Es zeigt sich, dass

Migrationspläne nicht eindeutig festgelegt sein müssen, sondern sich im Laufe der Zeit verändern können. Dies kann mit einer Vielzahl verschiedener Faktoren zusammenhängen, wie beispielsweise der möglichen Verfestigung sozialer Netzwerke in Deutschland oder sich verringernder Bindungen zum Herkunftsland (zu den Gründen in Deutschland zu bleiben oder in ein anderes Land bzw. zurück ins Herkunftsland zu gehen siehe Abschnitt 6.3). Der Anteil der Befragten, die noch nicht wissen, wie lange sie noch in Deutschland bleiben möchten, liegt allerdings weiterhin bei etwas mehr als einem Drittel.

Der Anteil der Befragten, die für immer in Deutschland bleiben wollen, steigt tendenziell mit der Dauer des bisherigen Aufenthaltes in Deutschland.³² Unter denjenigen, die vor 2000 nach Deutschland zugezogen sind, ist der Anteil derjenigen, die für immer bleiben möchten, relativ hoch (55%) (Tabelle 45). Dagegen ist der Anteil derjenigen, die nach 2008 nach Deutschland migriert sind und sich vorstellen können, für immer zu bleiben, deutlich geringer (30%). Diese Unterschiede können einerseits mit der bereits oben erwähnten Veränderung von Migrationsmustern zusammenhängen, zum anderen ist es möglicherweise für diejenigen, die noch nicht so lange in Deutschland sind, schwieriger vorstellbar für immer in Deutschland zu leben.

Tabelle 45: Zukünftige Bleibeabsichten nach Jahr (Zeitraum) des Zuzugs der Befragten

	für immer	noch unklar
Jahr des Zuzugs		
Vor 2000	54,55%	31,47%
2000-2003	33,33%	38,10%
2004- 2008	38,33%	37,00%
Nach 2008	30,06%	34,41%

Cramér's V: 0,1469

Betrachtet man, wie lange die Befragten insgesamt in Deutschland bleiben wollen (die Summe der bisherigen Aufenthaltsdauer und der zukünftigen Bleibeabsicht), zeigt sich, dass drei Prozent insgesamt bis zu fünf Jahren in Deutschland bleiben wollen, zwölf Prozent zwischen sechs und zehn Jahren, acht Prozent zwischen 11 und 25 Jahren und vier Prozent zwischen 26 und 50 Jahren. 37 Prozent geben an, für immer bleiben zu wollen. Unter denjenigen Befragten, die angegeben haben insgesamt bis zu 25 Jahren in Deutschland zu bleiben, gibt mehr als die Hälfte an, wieder ins Herkunftsland ziehen zu wollen (59%), zwölf Prozent planen, abwechselnd im Herkunftsland und in Deutschland zu leben und 15 Prozent haben noch keine Pläne bezüglich ihres zukünftigen Wohnortes.

6.3 Gründe in Deutschland zu bleiben

Welche Gründe bewegen europäische Ärzt/-innen in Deutschland zu bleiben oder in ein anderes Land bzw. zurück ins Herkunftsland zu ziehen? Wie auch die Entscheidung das Herkunftsland zu verlassen und nach Deutschland zu gehen, kann die Entscheidung in Deutschland zu bleiben bzw. ins Herkunftsland oder ein anderes Land (zurück) zu ziehen von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden. Im Folgenden untersuchen wir die Pullfaktoren, die Befragte dazu bewegen in Deutschland zu bleiben (für die Befragten, die angegeben haben für immer in Deutschland bleiben zu wollen),

³² 14 Prozent der Befragten sind (zum Zeitpunkt der Umfrage) seit zwei Jahren oder kürzer in Deutschland, 26 Prozent seit drei bis vier Jahren, 17 Prozent seit fünf bis sechs Jahren, elf Prozent seit sieben bis acht Jahren, neun Prozent seit neun bis zehn Jahren und 24 Prozent sind seit über zehn Jahren in Deutschland.

sowie die Pullfaktoren des Herkunftslandes bzw. eines anderen Landes (für Befragte, die planen nicht in Deutschland zu bleiben). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Entscheidung in Deutschland bleiben zu wollen, nicht allein auf die Situation in Deutschland zurückzuführen ist, sondern auch die Situation im Herkunftsland eine Rolle spielen kann. Gerade den bereits angesprochenen Wohlstandsunterschieden sowie der derzeit anhaltenden schwierigen ökonomischen Situation in den südlichen Mitgliedsstaaten könnte dabei eine wesentliche Bedeutung im Entscheidungsprozess der Befragten zukommen.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, für immer in Deutschland bleiben zu wollen (siehe Tabelle 44). Betrachten wir, welchen Einfluss die Situation in Deutschland auf die Entscheidung dieser Befragten hat, so können wir feststellen, dass die politische Lage (40%) sowie Bürokratie und Reglementierung (54%) für viele dieser Befragten eher nicht wichtig sind (Tabelle 46). Vielmehr sind die wirtschaftliche Lage sowie soziale Absicherung in Deutschland wichtige strukturelle Faktoren, die die Bleibeentscheidung beeinflussen. Für 48 Prozent ist die wirtschaftliche Lage in Deutschland eher, für 36 Prozent sehr wichtig, wohingegen 49 Prozent (eher wichtig) bzw. 35 Prozent (sehr wichtig) angeben, dass Welfare und soziale Absicherung wichtige Faktoren sind, in Deutschland zu bleiben. Von größter Bedeutung scheinen jedoch die beruflichen Perspektiven und Arbeitsbedingungen zu sein. Für 48 Prozent der Befragten sind berufliche Perspektiven sehr wichtig, für 39 Prozent eher wichtig, bezüglich der Arbeitsbedingungen sind es 47 bzw. 41 Prozent. Ähnlich wichtig sind auch Lebensstandard und -qualität für die Befragten. Übertroffen wird die Bedeutung dieser Faktoren nur von familiären Gründen. Für zwei Drittel der Befragten (66%) sind diese Gründe sehr wichtig, wenn sie überlegen in Deutschland zu bleiben. Im Vergleich zu den Gründen nach Deutschland zu kommen, die vor allem beruflich geprägt waren (siehe Unterabschnitt 3.2.2), spielen Partnerschaft und Familie demnach eine größere Rolle, wenn es um die zukünftige Bleibeentscheidung geht. Mit steigender Aufenthaltsdauer steigt auch der Anteil der Befragten, die familiäre Gründe als wichtige Faktoren ihrer Bleibeentscheidung erachten (Cramér's V von 0,13 weist auf einen schwachen Zusammenhang hin). Dies deutet darauf hin, dass die Etablierung von Kontakten und/oder einer Partnerschaft in Deutschland dazu beitragen kann, dass sich die Migrations- bzw. Bleibeabsichten über Zeit verschieben. Unter denjenigen Befragten, die für immer in Deutschland bleiben wollen und Familie/Partnerschaft als sehr wichtigen Grund angeben, ist der Anteil an Frauen höher (73% Frauen vs. 54% Männer; Cramér's V=0,19). 82 Prozent haben einen Partner oder eine Partnerin mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Tabelle 46: Gründe in Zukunft in Deutschland zu bleiben

	nicht wichtig	eher wichtig	sehr wichtig	Insgesamt	N
Wirtschaftliche Lage in Deutschland	16,10%	48,11%	35,79%	100,00%	503
Politische Lage in Deutschland	40,36%	38,77%	20,87%	100,00%	503
Bürokratie/Reglementierung in Deutschland	54,11%	32,67%	13,23%	100,00%	499
Mentalität/Lebenseinstellung in Deutschland	29,08%	42,83%	28,09%	100,00%	502
Welfare/soziale Absicherung in Deutschland	16,00%	49,00%	35,00%	100,00%	500
Nähe zum Herkunftsland	46,10%	36,15%	17,75%	100,00%	462
Berufliche Perspektiven	13,25%	38,96%	47,79%	100,00%	498
Arbeitsbedingungen	11,24%	41,37%	47,39%	100,00%	498
Höhe des Einkommens	13,03%	48,50%	38,48%	100,00%	499
Partnerschaft/Familie	13,10%	21,23%	65,67%	100,00%	504
Soziales Umfeld/Freunde	26,51%	38,35%	35,14%	100,00%	498
Sprache	26,69%	36,85%	36,45%	100,00%	502
Lebensstandard/-qualität	10,62%	42,08%	47,29%	100,00%	499

Für weit mehr als die Hälfte der Befragten, die zukünftig in ihr Herkunftsland oder in ein anderes Land ziehen möchten, sind die politische Lage (60%) und Bürokratie/Reglementierung (66%) in dem jeweiligen Land nicht wichtig (Tabelle 47). Die wirtschaftliche Lage im Herkunfts- bzw. anderen Land ist für 45 Prozent eher wichtig, für 15 Prozent sehr wichtig. Auch unter den Gründen, die Befragte dazu bewegen, nicht in Deutschland bleiben zu wollen, spielen berufliche Faktoren eine bedeutende Rolle. Die beruflichen Perspektiven sind für 44 Prozent der Befragten sehr und für 39 Prozent eher wichtig, bezüglich der Arbeitsbedingungen sind es 40 bzw. 45 Prozent. Die Höhe des Einkommens ist dagegen nur für 29 Prozent sehr, für 48 Prozent allerdings eher wichtig. Der Anteil der Befragten, für die familiäre Gründe eine sehr wichtige Rolle spielen, ist auch unter denjenigen, die in ihr Herkunftsland oder ein anderes Land ziehen wollen, hoch (64%). Auch das soziale Umfeld ist für mehr als die Hälfte der Befragten (56%) sehr wichtig. Die Lebensqualität erachten 43 Prozent als sehr und 42 Prozent als eher wichtig.

Tabelle 47: Gründe in Zukunft in das Herkunftsland oder in ein anderes Land zu gehen

	nicht wichtig	eher wichtig	sehr wichtig	Insgesamt	N
Wirtschaftliche Lage im Herkunftsland/anderen Land	39,65%	44,90%	15,45%	100,00%	343
Politische Lage im Herkunftsland/anderen Land	59,71%	26,96%	13,33%	100,00%	345
Bürokratie/Reglementierung im Herkunftsland/anderen Land	65,70%	24,13%	10,17%	100,00%	344
Mentalität/Lebenseinstellung im Herkunftsland/anderen Land	29,65%	41,28%	29,07%	100,00%	344
Welfare/soziale Absicherung im Herkunftsland/anderen Land	39,59%	43,99%	16,42%	100,00%	341
Berufliche Perspektiven	16,67%	39,37%	43,97%	100,00%	348
Arbeitsbedingungen	15,56%	44,67%	39,77%	100,00%	347
Höhe des Einkommens	22,70%	48,28%	29,02%	100,00%	348
Partnerschaft/Familie	13,64%	22,16%	64,20%	100,00%	352
Soziales Umfeld/Freunde	13,60%	30,31%	56,09%	100,00%	353
Sprache	36,08%	32,95%	30,97%	100,00%	352
Lebensstandard/-qualität	15,76%	41,55%	42,69%	100,00%	349

7 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Daten unserer Umfrage, dass die Entscheidung zur Migration für einen Großteil der befragten Ärztinnen und Ärzte beruflich motiviert war. Berufliche Perspektiven, Arbeitsbedingungen und die Höhe des Einkommens waren für die meisten Befragten die wichtigsten Gründe nach Deutschland zu kommen. Ärztinnen und Ärzte aus den ost- und südeuropäischen EU-Ländern bezogen auch die wirtschaftliche Situation in ihre Erwägungen mit ein. Einkommens- und Wohlstandsunterschiede sowie unterschiedliche Arbeitsmarktstrukturen machen Deutschland als Zielland dabei attraktiv. Da viele der Teilnehmenden an unserer Umfrage in einer Lebensphase migriert sind, in der die Facharztweiterbildung einen zentralen Stellenwert in der beruflichen Karriere hat, zeigt sich darin auch die Bedeutung Deutschlands als Zielland für die Weiterbildung. So hat mehr als ein Drittel der Befragten ihre Facharztweiterbildung ausschließlich in Deutschland absolviert, knapp ein weiteres Drittel war während ihrer Weiterbildung sowohl in Deutschland als auch im Herkunftsland. Für viele Ärzt/-innen ist die Arbeitsaufnahme in Deutschland eine bewusste und im Voraus geplante Entscheidung. So hatten mehr als zwei Drittel der Befragten vor ihrem Zuzug nach Deutschland eine Stellenzusage.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist stationär tätig. Das Versorgungsgefälle zwischen Gebieten mit ärztlicher Überversorgung (oftmals in Großstädten) und Unterversorgung (oftmals in ländlichen Regionen) führt dazu, dass gerade unterversorgte Regionen auf Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland angewiesen sind. Dies legt ein Blick auf die Stadt-Land-Verteilung nahe. Zwar ist der Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die in einer Großstadt arbeiten, höher als derjenigen, die in einer Kleinstadt oder im ländlichen Raum arbeiten, im Vergleich zu den von uns befragten deutschen Ärzt/-innen arbeiten jedoch mehr europäische Ärzt/-innen in Kleinstädten. Dabei ist der Anteil derjenigen, die in einer Kleinstadt/ländlichen Region arbeiten, unter den Osteuropäer/-innen im Vergleich zu Nordwesteuropäer/-innen und Südeuropäer/-innen deutlich höher.

Die Befragten zeichnen sich insgesamt durch sehr gute Sprachkenntnisse aus, die auf ein hohes kosmopolitisches Kapital schließen lassen. 42 Prozent der Befragten sprechen zwei, 33 Prozent drei und elf Prozent vier Fremdsprachen. Deutsch geben 83 Prozent der Befragten als Fremdsprache an. Um in Deutschland als Ärztin oder Arzt tätig zu werden, müssen Deutschkenntnisse auf mindestens Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) nachgewiesen werden, in einigen Bundesländern darüber hinaus medizinische Fachsprachenkenntnisse vergleichbar mit dem Niveau C1. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzt/-innen stuft ihre Deutschkenntnisse auf dem GER-Sprachniveau C1 ein, fast ein Drittel schätzt seine Kenntnisse als annähernd muttersprachlich (C2) ein. Deutschkenntnisse werden zudem mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland deutlich besser, was auch auf die fast ausschließliche Verwendung der deutschen Sprache im beruflichen Kontext zurückgeführt werden könnte.

Benachteiligung ist trotz allem ein Thema unter den befragten Ärztinnen und Ärzten. 43 Prozent aller Befragten geben an nie, 42 Prozent selten und 15 Prozent häufig aufgrund ihrer Herkunft am Arbeitsplatz benachteiligt worden zu sein. Unterschiede lassen sich dabei bezüglich der Herkunft der Befragten erkennen. Personen aus den ost- und südeuropäischen EU-Mitgliedsländern fühlten sich im Durchschnitt stärker benachteiligt als Personen aus Nordwesteuropa.

Vergleichen die befragten Ärztinnen und Ärzte ihre Situation mit ihren deutschen Kolleginnen und Kollegen, so schätzt mehr als ein Viertel der Befragten ihre beruflichen Perspektiven als schlechter ein. Diese Einschätzung findet sich vermehrt bei Befragten aus den ost- und südeuropäischen Mitgliedsländern.

Nichtsdestotrotz ist die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation unter den befragten Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen recht hoch. Mit ihrem Einkommen sind 82 Prozent der Befragten zufrieden, mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen 70 Prozent, den Karriereperspektiven 60 Prozent und mit den Arbeitsbedingungen nahezu ebenso viele (59%). Vergleichen die befragten Ärztinnen und Ärzte ihre aktuelle mit der beruflichen Situation vor ihrer Migration, stellt ein Großteil der Befragten eine Verbesserung fest. Dies geht vor allem auf eine Verbesserung des persönlichen Einkommens zurück (82%). Bei der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen (69%) und ihren beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten (60%) sehen etwas weniger Befragte eine Verbesserung. Mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis sind 60 Prozent der Befragten zufrieden. Dass auch die soziale Integration einen hohen Stellenwert einnimmt, zeigt sich beispielsweise daran, dass sich die Migrations- bzw. Bleibeabsichten der befragten Ärztinnen und Ärzte mit der Dauer des Aufenthaltes in Deutschland verändern. Während die Motivation nach Deutschland zu kommen für die Meisten hauptsächlich beruflich geprägt war, sind für den Großteil der Befragten, die in Zukunft in Deutschland bleiben wollen, familiäre Gründe sehr wichtig.

Bleibeperspektiven werden gerade im medizinischen Bereich oft im Zusammenhang mit den Auswirkungen europäischer Binnenmigration diskutiert. Für Deutschland, das mancherorts mit medizinischer Unterversorgung zu kämpfen hat, bietet die Zuwanderung aus dem EU-Ausland eine Chance diese Lücken zu schließen (sog. „Braingain“). Für die Herkunftsländer kann der Verlust qualifizierter Arbeitskräfte zu einem „Braindrain“ führen. Vor allem wenn diese dauerhaft abwandern, kann sich das negativ auf Wirtschaft und Gesellschaft auswirken. Unter den von uns befragten Ärztinnen und Ärzten gibt etwas mehr als ein Drittel an, für immer in Deutschland bleiben zu wollen. Bezogen auf die Herkunftsregion der Befragten ist unter den Befragten aus der Region EU-Ost 2007/13 der Anteil derjenigen, die planen für immer in Deutschland zu bleiben, am höchsten (EU-Ost 2007/13: 45%, EU-Ost 2004: 37%, EU-Nord/West: 36%, EU-Süd: 29%, Österreich 27%). Der Anteil derjenigen, die für immer in Deutschland bleiben wollen, erhöht sich je länger die befragten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind. Insgesamt ist sich aber jede/r dritte Befragte noch nicht sicher, ob sie/er in Deutschland bleiben, in das Herkunftsland zurückziehen oder in ein anderes Land gehen will. Innerhalb der EU sind die formalen Kosten der Migration gering, so dass EU-Bürger/-innen flexibel auf die Möglichkeiten reagieren können, die ihnen der europäische Binnenmarkt bietet. Diese Flexibilität scheint von den von uns befragten Ärzt/-innen wahrgenommen zu werden. Während einige sich entschließen in Deutschland zu bleiben, suchen andere neue Möglichkeiten und Arbeitsperspektiven in anderen EU-Ländern oder auch darüber hinaus. Für den europäischen Binnenmarkt bleibt die Herausforderung, die Arbeits- und Lebensbedingungen so zu gestalten, dass inner-europäische Migration von Ärzt/-innen für alle gewinnbringend ist.

Literatur

- Achatz, Juliane, Hermann Gartner und Timea Glück (2004). Bonus oder Bias? Mechanismen geschlechtsspezifischer Entlohnung. In: IAB-Discussion Paper 2004/02.
- Berufsverband Deutscher Chirurgen, Bundesverband Ambulantes Operieren und Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (2011). Ärztemangel und wachsender Versorgungsbedarf – wer behandelt künftig chirurgische Patienten? http://www.bdc.de/aerztemangel-und-wachsender-versorgungsbedarf-wer-behandelt-kuenftig-chirurgische-patienten/?parent_cat=, zuletzt abgerufen am 19.12.2016.
- Bourdieu, Pierre (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Reinhard Kreckel (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten, Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen: 183-198.
- Braun, Michael und Camelia Arsene (2009). The demographics of movers and stayers in the European Union. In: Adrian Favell und Ettore Recchi (Hrsg.). Pioneers of European integration. Citizenship and mobility in the EU. Cheltenham: Edward Elgar Publishing: 26-51.
- Bundesagentur für Arbeit (2016). Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2016-06.pdf>, zuletzt abgerufen am 19.12.2016.
- Bundesärztekammer (2016). Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/>, zuletzt abgerufen am 19.12.2016.
- Busch, Anne (2013). Der Einfluss der beruflichen Geschlechtersegregation auf den „Gender Pay Gap“. Zur Bedeutung geschlechtlich konnotierter Arbeitsinhalte. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 65(2): 301-338.
- Bussche, H.v.d, B. Gedrose, J. Jünger, K. Pöge, B.P. Robra, K. Rothe, M. Scherer, A. Schmidt, C. Stosch, R. Wagner und C. Wonnenberger (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137(23): 1242-1247.
- Deutscher Akademischer Austauschdienst (2011). Mit ERASMUS im Ausland lernen und lehren (1987 – 2012). Das europäische Erfolgsprogramm feiert sein 25-jähriges Jubiläum. https://eu.daad.de/medien/eu/publikationen/mit_erasmus_im_ausland_lernen_und_lehren.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2016.
- Engbersen, Godfried und Erik Snel (2013). Liquid migration. Dynamic and fluid patterns of post-accession migration flows. In: Birgit Gorius, Izabela Grabowska-Lusinska und Aimee Kuvik (Hrsg.). Mobility in Transition. Migration Patterns after EU Enlargement. Amsterdam: Amsterdam University Press: 21-40.
- Engler, Marcus und Janne Grote (2013). Deutschland: Debatte um "Armutsmigration" aus Rumänien und Bulgarien. Migration und Bevölkerung. Netzwerk Migration in Europa e.V.: Berlin. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/newsletter/157067/armutsmigration-aus-rumaenien-und-bulgarien>, zuletzt abgerufen am 19.12.2016.
- Grünberg, Patricia (2013). Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen. Wiesbaden: VS Verlag.
- King, Rusell (2002). Towards a new map of European migration. In: International Journal of Population Geography 8(2): 89-106.
- Kühnel, Steffen-M. und Dagmar Krebs (2012). Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt.
- Lukesch, Barbara (2007). Empfindliche Verweiblichung. In: Die Weltwoche 43/2007.
- Massey, Douglas S., Joaquín Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci, Adela Pellegrino und Edward J. Taylor (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. In: Population and Development Review 19(3): 431-466.

- Medrano, Juan Díez und Paula Gutiérrez (2001). Nested identities: national and European identity in Spain. In: *Ethnic and Racial Studies* 24(5): 753-778.
- Santacreu, Oscar, Emiliana Baldoni und María Carmen Albert (2009). Deciding to move: migration projects in an integrating Europe. In: Ettore Recchi und Adrian Favell (Hrsg.). *Pioneers of European Integration. Citizenship and Mobility in the EU*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing: 52-71.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten*. Fachserie 2 Reihe 1.6.1.: Wiesbaden.
- Teney, Céline, Laurie Hanquinet und Katharina Bürkin (2016). Feeling European: an exploration of ethnic disparities among immigrants. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*: 1-23.
- Teney, Céline, Sara Möser, Sven Lenkewitz, Katharina Bürkin und Regina Becker (2017). Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – Erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen. In: *SOCIUM - Working Papers*.
- Tucci, Ingrid, Philipp Eisnecker und Herbert Brücker (2014). Wie zufrieden sind Migrant*innen mit ihrem Leben? In: *DIW Wochenbericht* Nr. 43: 1152-1158.
- Verwiebe, Roland, Laura Wiesböck und Roland Teitzer (2014). New forms of intra-European migration, labour market dynamics and social inequality in Europe. In: *Migration Letters* 11(2): 125-136.
- Weenik, Don (2008). Cosmopolitanism as a Form of Capital: Parents Preparing their Children for a Globalizing World. In: *Sociology* 42(6): 1089–1106.