

Herausforderungen und Chancen bei der professionellen Integration von Medizinerinnen und Medizinern mit ausländischem Abschluss in Rehabilitationseinrichtungen – eine komparative Analyse zweier quantitativer Querschnittsbefragungen

Manuela Marquardt, Johanna Schmidt und Dr. Eva Jansen, Berlin

Eine Strategie im Umgang mit ärztlichem Fachkräftemangel ist die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland. Allerdings ist ihre professionelle Integration mit spezifischen Herausforderungen verbunden. Ziel des Artikels ist es, auf der Basis zweier Querschnittsbefragungen die Herausforderungen und Chancen der Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss (MaA) in der Rehabilitation vergleichend zu analysieren. Darüber hinaus geben wir einen quantitativen Überblick über die Anzahl, Verteilung und weitere Merkmale der MaA in den Vertragseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung. In unserer Stichprobe sind 36 Prozent der ärztlichen Stellen mit MaA besetzt. Die Analyse zu den Schwierigkeiten zeigt, dass vor allem die administrativen Hürden in den Rehabilitationseinrichtungen eine Herausforderung für die professionelle Integration darstellen. Aus der Perspektive der Fachabteilungsleitungen sind fachliche und sprachliche Hürden zentral, insbesondere beim Verfassen von Arztbriefen und Gutachten. Chancen sehen diese primär in der Besetzung der offenen Stellen, während die MaA ihre im Ausland absolvierte, qualitativ hochwertige Ausbildung als Vorteil sehen.

1. Einleitung

Ein Mangel an gesundheitlichem Fachpersonal, darunter auch an Ärztinnen und Ärzten, ist besonders in Ländern, die geografisch weniger dicht besiedelt sind, eine große Herausforderung (Fleming 2018; Young et al. 2019). Aber auch in dichtbesiedelten Ländern mit hohem Einkommen herrscht ärztlicher Fachkräftemangel. Tatsächlich ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in den OECD-Ländern seit 2000 gestiegen, und das sowohl in absoluten Zahlen als auch pro Kopf der Bevölkerung. Einem aktuellen Bericht zufolge praktizierten 2016 in den OECD-Ländern im Durchschnitt 3,4 Ärztinnen und Ärzte pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, während es im Jahr 2000 noch 2,7 waren (Lafortune et al. 2019). In Deutschland werden zwar in den vergangenen Jahren immer mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet, jedoch ist die Berufsausstiegsquote hierzu-

lande hoch (Hofmeister et al. 2010). Der ärztliche Fachkräftemangel in Deutschland ist besonders in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Rehabilitation zu verzeichnen (Kaduszkiewicz et al. 2018; Jansen und Marquardt 2023; Jansen et al. 2018; Arentz 2017).

Es gibt mittlerweile zahlreiche Bemühungen, den ärztlichen Fachkräftemangel zu kompensieren oder ihm entgegenzuwirken, beispielsweise durch den verstärkten Einsatz von Technik (Jörg 2018), die Professionalisierung der Pflege (Wolf und Vogd 2017), die Schaffung von zusätzlichen Studienplätzen (Ärzteblatt 2021) oder die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland (Becker und Teney 2020). Die Integration von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland ist jedoch besonders in der Anfangsphase häufig mit einer Mehrbelastung für die Ärztinnen und Ärzte selbst und auch für das aufneh-

mende Team verbunden. Bisherige Studien zu diesem Thema deuten auf unzureichende Sprach- und Kommunikationskompetenzen von ausländischen Medizinerinnen und Medizinern, besonders in der Arzt-Patienten-Beziehung (Chen et al. 2011; Wright et al. 2012), aber auch in der interprofessionellen Kommunikation (Bourgeault et al. 2010) hin. Weiterhin sind fehlendes Wissen der ausländischen Medizinerinnen und Mediziner über das nationale Gesundheitssystem, Krankheits- und Therapiekonzepte oder patientenorientiertes, partizipatives Vorgehen eine Herausforderung bei der professionellen Integration (Klingler und Marckmann 2016; Klingler et al. 2018; Michalski et al. 2017). Auch ungewohnte Formen der interhierarchischen und interprofessionellen Zusammenarbeit, die besonders relevant in der Rehabilitation sind, spielen im neuen Arbeitsumfeld eine tragende Rolle (Jansen et al. 2015). Eine eigene qualitative Vorstudie hat ergeben, dass in der Rehabilitation neue Aufgaben wie die Gutachterfunktion von Ärztinnen und Ärzten und die administrativen Prozesse die größten Herausforderungen sind (Jansen et al. 2018) und, dass für ausländische Medizinerinnen und Mediziner die soziale Integration eine enorme Relevanz hat (Hänel et al. 2018). Jedoch liegen bisher keine quantitativen Studienergebnisse zum Phänomen Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in Rehabilitationseinrichtungen vor.

Dieser Artikel hat zum Ziel, auf der Basis zweier Querschnittsbefragungen Herausforderungen und Chancen der Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss (MaA) in der Rehabilitation vergleichend zu analysieren. Darüber hinaus liefert er einen quantitativen Überblick zur Anzahl, Verteilung und zu spezifischen Merkmalen der MaA in den Vertragseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung¹.

Für die komparative Analyse konzentrieren wir uns erstens auf die Perspektive der Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss. Die konzeptuelle Setzung auf das Land, in dem der medizinische Ab-

schluss erworben wurde, etwa in Kontrast zu einer ausländischen Nationalität oder einem ausländischen Geburtsort, nehmen wir vor, weil wir davon ausgehen, dass die meisten Schwierigkeiten der professionellen Integration in der Ausbildung begründet liegen. Dazu zählen mangelnde Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems und/oder mangelnde Kenntnisse der Bereiche Rehabilitation und Sozialmedizin (Teney et al. 2017). Zweitens stellen wir die Perspektive der Fachabteilungen beziehungsweise der Fachabteilungsleitungen in den Mittelpunkt. Wir beziehen uns auf Teilergebnisse der quantitativen Fragebogenstudie „Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen – eine quantitative Querschnittsstudie (MaA-quant)“, die im Jahre 2022 als Vollerhebung in allen Fachabteilungen, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) belegt werden, durchgeführt wurde.

2. Methodik

2.1 Studiendesign und Stichprobenauswahl

Im Frühjahr 2022 führten wir eine zweistufige quantitative Querschnittsstudie auf der Fachabteilungs- und Individualebene durch. Die Grundgesamtheit bilden alle ambulanten und stationären Fachabteilungen, die durch die Deutsche Rentenversicherung belegt werden (n = 2.965). Im Rahmen einer Vollerhebung schrieben wir die Leitungen der Fachabteilungen über die Druckstraße der Deutschen Rentenversicherung postalisch an und baten sie, online oder papierbasiert an der Fachabteilungsumfrage (FA-Umfrage) teilzunehmen. Des Weiteren forderten wir sie auf, alle bei ihnen tätigen Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss

¹ Eigene Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung und Einrichtungen, die mit der Deutschen Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis stehen.

(MaA) mittels der beigelegten Flyer zur Online MaA-Umfrage einzuladen.

2.2 Fragebogen

Die Fragebögen beider Umfragen bestanden aus mehreren Frageblöcken zu Charakteristika der Fachabteilungen und der MaA. Außerdem beinhalteten beide Fragebögen Items zu Chancen und Schwierigkeiten bei der professionellen Integration der MaA und fragten nach vorhandenen Strukturen, um diese zu unterstützen. Zusätzlich enthielt der FA-Fragebogen einen Abschnitt zur Erhebung des ärztlichen Fachkräftemangels und der MaA-Fragebogen zur beruflichen Situation und Bleibeabsicht. Auf jedem Fragebogen sollte eine ID (Identifikationsnummer) angegeben werden, die im Anschreiben für jede Fachabteilung zugewiesen wurde. Auf Grundlage dieser ID konnten Erinnerungsschreiben an die fehlenden Fachabteilungen gesendet werden.

Für die regionale Einordnung der Fachabteilungen standen neben dem Bundesland die BIK-Regionsgrößenklassen² zur Verfügung. Die BIK-Regionsgrößenklassen sind eine bundesweite siedlungsstrukturelle Typisierung, die Pendlerprioritäten, die Einwohner-/Arbeitsplatzdichte und die Bevölkerungszahl der Gesamtregion bei der Definition von Verflechtungsgebieten berücksichtigt (BIK Aschpurwis + Behrens GmbH 2019). Für die vorliegende Analyse wurde die BIK-Regionsgrößenklasse auf drei Kategorien zusammengefasst (Peripherie, Umland, Zentrum).

2.3 Erhebung der Herausforderungen und Chancen

In einem vorausgegangenem Projekt dieses Forschungsarmes führten wir qualitative Interviews mit MaA und Mitarbeitenden von Fachabteilungen durch. Ein Schwerpunkt der Interviews lag auf den Schwierigkeiten, die für ärztliche Mitarbeitende im Alltag entstehen, die ihren Abschluss im Ausland ge-

macht haben. Die in den Interviews genannten möglichen Schwierigkeiten wurden für beide Umfragen als Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala abgefragt.

In der MaA-Umfrage erfassten wir zusätzlich erfahrene Diskriminierung als Freitextfrage mit folgendem Wortlaut: „In welcher Hinsicht haben Sie persönliche Diskriminierung und/oder Ungleichbehandlung erlebt?“ Die Frage nach Chancen stellten wir in Freitextform in beiden Fragebögen (FA- und MaA-Umfrage). Einerseits sollten die Fachabteilungen zu der Frage: „Welche Vorteile hat es, Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischem Abschluss zu beschäftigen?“ und andererseits die MaA zu der Frage „Welche Vorteile bringt es Ihrer Ansicht nach für Ihre berufliche Tätigkeit in Deutschland, dass Sie im Ausland ausgebildet wurden?“ Stellung beziehen.

2.4 Datenschutz, Ethik und Gute Epidemiologische Praxis

Für die Studie erstellten wir unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung und anderer datenschutzrechtlicher Bestimmungen ein Datenschutzkonzept nach Vorlage der Deutschen Rentenversicherung und legten dieses dem zuständigen Datenschutzbeauftragten der Deutschen Rentenversicherung-Bund vor. Zusätzlich wurde ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin eingeholt. Die Bearbeitung des Forschungsprojekts folgte den Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) (Hoffmann et al. 2017).

² Die BIK wurde von der Deutschen Rentenversicherung für alle pseudonymisierten Fachabteilungs-IDs der Grundgesamtheit über die Postleitzahl zugewiesen und an die Charité übermittelt. In der anonymen MaA-Umfrage wurde für den Zweck dieser Zuweisung die Postleitzahl erhoben und im Anschluss an die Zuweisung gelöscht.

2.5 Datenaufbereitung und -analyse

Die eingegangenen Datensätze wurden hinsichtlich der Erfüllung der Einschlusskriterien überprüft: Für die MaA musste eine gültige Angabe beim Ausbildungsland beziehungsweise bei der Ausbildungsregion vorhanden sein. Je nach Fragestellung zogen wir eine unterschiedliche Datenbasis heran und berichteten Angaben zu allen verfügbaren Fällen (Available-Case-Analyse). Aus der FA-Umfrage lagen nach Bereinigung Angaben zu $n = 934$ dort tätigen MaA vor; in der MaA-Umfrage waren es $n = 157$. Da die Umfragen nicht verknüpft waren, war keine Aussage über die Schnittmenge beider Umfragen möglich. Die MaA-Stichprobe ist jedoch nicht repräsentativ für die MaA aus der FA-Stichprobe. Für die Auswertung der FA-Umfrage zur Einschätzung des Anteils der dort tätigen MaA wurden alle Fachabteilungen mit vollständigen Angaben zum dort tätigen ärztlichen Personal herangezogen ($n = 600$ Fachabteilungen).

Die vergleichende Analyse zu Herausforderungen und Chancen umfasste die Einschätzungen aus der Perspektive der Fachabteilungsleitungen, die Erfahrungen mit MaA haben ($n = 282$) und die Einschätzungen eines spezifischen (nicht repräsentativen) Teils der MaA.

Die Schwierigkeiten werteten wir im Subgruppenvergleich mittels Chi-Quadrat-Test aus, die Chancen qualitativ durch systematisierende und hierarchisierende Typenbildung.

2.6 Limitationen

Eine Limitation der Auswertung der MaA-Umfrage besteht in dem schlechten Zugang zu dieser Gruppe. Der indirekte Rekrutierungsweg über die Fachabteilungsleitungen mittels beigelegter Flyer erscheint im Nachhinein nicht erfolgreich genug. Die Daten dieser Umfrage deuten darauf hin, dass die Gruppe der MaA in Richtung „etabliertere“ MaA verzerrt ist.

Wir wollten verhindern, dass Leitungspersonen mit mehreren Fachabteilungen denselben Fragebogen mehrmals ausfüllen müssen. Daher konnten auf dem Papierfragebogen Angaben für bis zu fünf Fachabteilungen (und bis zu fünf MaA) gemacht werden und viele Angaben waren fakultativ. Die Onlineumfrage sah Antwortmöglichkeiten für bis zu acht Fachabteilungen und 20 MaA vor. Auf dem Papierfragebogen führten diese Ausfüllmöglichkeit und die Beschränkung auf zwei Blätter dazu, dass es auch bei anderen Items zu einer höheren Item-Non-Response kam.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die FA-Umfrage beantworteten 581 Fachabteilungsleitungen für insgesamt 673 Fachabteilungen. Das entspricht einem Rücklauf von 22,7 Prozent der Fachabteilungen aus der Datenbank der Deutschen Rentenversicherung. Im Vergleich zur Grundgesamtheit sind Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen deutlich unterrepräsentiert (16,9 Prozent Responder versus 26,9 Prozent Grundgesamtheit) und Fachabteilungen des Schwerpunkts Orthopädie überrepräsentiert (40,9 Prozent Responder versus 28,5 Prozent Grundgesamtheit). Fachabteilungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen sind anteilig leicht überrepräsentiert (12,0 Prozent beziehungsweise 16,0 Prozent Responder versus 9,6 Prozent beziehungsweise 14,8 Prozent Grundgesamtheit), während Bayern und Niedersachsen in unserer Stichprobe etwas unterrepräsentiert sind (12,8 Prozent beziehungsweise 8,6 Prozent Responder versus 15,0 Prozent beziehungsweise 11,1 Prozent Grundgesamtheit).

Der Anteil der in diesen Fachabteilungen tätigen MaA am gesamten ärztlichen Personal liegt bei 36 Prozent. Dieser Anteil ergibt sich aus der Summe der gültigen Angaben aller Fachabteilungsleitungen zum aktuell

Tabelle 1: Anteil MaA nach Fachabteilungsschwerpunkt

Fachabteilungsschwerpunkt	Fachabteilungen aus FA-Umfrage		MaA-Anteil	MaA aus FA-Umfrage	
	%	n	%	%	n
Abhängigkeitserkrankungen	16,2	97	24	6,7	51
Gastroenterologie	0,7	4	56	0,5	4
Innere Medizin	2,0	12	45	2,1	16
Kardiologie	6,7	40	45	7,4	56
Kinder- und Jugendmedizin	2,8	17	34	2,1	16
Neurologie	11,5	69	40	18,2	138
Onkologie	5,2	31	33	7,6	58
Orthopädie	37,3	224	35	38,6	293
Pneumologie	1,3	8	60	1,6	12
Psychosomatik	10,7	64	37	11,9	90
Rheumatologie	1,3	8	41	0,5	4
übrige	3,5	21	34	2,4	18
gesamt	100,0	600	36	100,0	756

Lesbeispiel: Im Fachabteilungsschwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen liegt der aggregierte MaA-Anteil am gesamten ärztlichen Personal mit 24 Prozent niedriger als in der Gesamtstichprobe mit 36 Prozent. Hier sind lediglich 6,7 Prozent der MaA (n = 51) tätig, wohingegen 16,2 Prozent der Fachabteilungen unserer Stichprobe aus diesem Schwerpunkt stammen.
Bei unter 20 Fachabteilungen sollte der aggregierte MaA-Anteil mit Vorsicht interpretiert werden.

Quelle: eigene Darstellung.

bei ihnen tätigen ärztlichen Personal (n = 600 Fachabteilungen) in Vollzeitäquivalenten (1 060,1 MaA und 1 879,28 Medizinerinnen und Mediziner mit deutschem Abschluss, im Weiteren kurz MdA). Etwa zwei von fünf (n = 244) Fachabteilungen beschäftigen aktuell keine MaA. In den übrigen Fachabteilungen mit MaA im ärztlichen Team (n = 360) liegt der durch sie besetzte Anteil am ärztlichen Personal bei 45 Prozent. Dieser Anteil variiert innerhalb der Stichprobe nach strukturellen und regionalen Merkmalen der Fachabteilungen. Die Tabellen 1 bis 3 zeigen die Verteilung fachabteilungsstruktureller Variablen aus der FA-Umfrage und den zugehörigen aggregierten MaA-Anteil (berechnet aus den Angaben zum ärztlichen Personal), der auf die jeweiligen Kate-

gorien entfällt. Als weiterer Indikator ist die Verteilung der MaA, zu denen Angaben der Fachabteilungsleitungen vorliegen, aufgeführt. In der Kardiologie und Neurologie liegt der Anteil der MaA am ärztlichen Personal mit 45 Prozent beziehungsweise 40 Prozent anteilig höher, während er im Bereich Abhängigkeitserkrankungen mit 24 Prozent deutlich niedriger liegt als im Gesamtdurchschnitt. Die strukturellen Unterschiede zeigen sich ebenso im Vergleich des Anteils von Fachabteilungen des Schwerpunkts Abhängigkeitserkrankungen in der FA-Stichprobe (16,2 Prozent) und den Angaben zu den dort tätigen MaA (6,7 Prozent). 18,2 Prozent der MaA arbeiten in neurologischen Fachabteilungen, während diese in der FA-Stichprobe lediglich mit 11,5 Prozent anteilig vertreten

Tabelle 2: Anteil MaA nach Bundesland

Bundesland	Fachabteilungen aus FA-Umfrage		MaA-Anteil	MaA aus FA-Umfrage	
	%	n	%	%	n
Baden-Württemberg	14,4	81	37	15,4	139
Bayern	12,8	72	41	16,4	148
Berlin	2,5	14	14	1,1	10
Brandenburg	3,6	20	47	6,2	56
Bremen	0,7	4	41	0,8	7
Hamburg	1,4	8	17	0,3	3
Hessen	10,9	61	35	11,2	101
Mecklenburg-Vorpommern	3,9	22	28	2,8	25
Niedersachsen	8,7	49	40	9,2	83
Nordrhein-Westfalen	16,9	95	41	16,5	149
Rheinland-Pfalz	5,3	30	34	5,7	51
Saarland	0,9	5	53	0,3	3
Sachsen	6,6	37	32	4,8	43
Sachsen-Anhalt	1,4	8	44	2,3	21
Schleswig-Holstein	5,0	28	22	3,2	29
Thüringen	4,8	27	31	3,7	33
gesamt	100,0	561	36	100,0	901

Lesbeispiel: In Bayern liegt der aggregierte MaA-Anteil am gesamten ärztlichen Personal mit 41 Prozent höher als in der Gesamtstichprobe mit 36 Prozent. Hier sind 16,4 Prozent der MaA (n = 148) tätig, wohingegen lediglich 12,8 Prozent der Fachabteilungen unserer Stichprobe aus diesem Bundesland stammen.

Bei unter 20 Fachabteilungen sollte der aggregierte MaA-Anteil mit Vorsicht interpretiert werden.

Quelle: eigene Darstellung.

sind – im Bereich Kardiologie sind die Anteile beide geringer (7,4 Prozent MaA arbeiten in 6,7 Prozent der kardiologischen Fachabteilungen). In absoluten Zahlen sind mit Abstand die meisten MaA im Bereich Orthopädie tätig (n = 293), gefolgt von der Neurologie (n = 138) und der Psychosomatik (n = 90). Bei den Bundesländern weisen Bayern, Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen mit 40 bis 47 Prozent höhere MaA-Anteile am ärztlichen Personal auf, während diese in Mecklenburg-Vorpommern (28 Prozent), Schleswig-Holstein (22 Prozent) und Thüringen (31 Prozent) anteilig niedriger liegen. Der größte Anteil an MaA,

zu denen Angaben in der FA-Umfrage vorliegen, ist in Nordrhein-Westfalen angestellt (16,5 Prozent, n = 149), dicht gefolgt von Bayern (16,4 Prozent, n = 148) und Baden-Württemberg (15,4 Prozent, n = 139). Auch in Hessen arbeitet mit n = 101 MaA ein relevanter Anteil (11,2 Prozent). Die größte Differenz beim Vergleich der regionalen Verteilung der Fachabteilungen und der dort tätigen MaA zeigt sich bei Bayern. 16,4 Prozent der MaA sind dort in Fachabteilungen tätig, während Bayern in der FA-Umfrage lediglich mit 12,8 Prozent vertreten ist. Hinsichtlich der siedlungsstrukturellen Typisierung der Arbeitgebereinrichtungen, aus

Tabelle 3: Anteil MaA nach BIK

siedlungsstrukturelle Typisierung (BIK)*	Fachabteilungen aus FA-Umfrage		MaA- Anteil	MaA aus FA-Umfrage	
	%	n	%	n	%
Peripherie	48,5	437	40	40,6	228
Umland	34,5	311	42	25,8	145
Zentrum	17,0	153	23	33,5	188
gesamt	100,0	901	36	100,0	561

Anmerkungen: * Peripherie: BIK-Regionen bis 50 000 Einwohnerinnen und Einwohner, Umland: BIK-Regionen Umlandsgemeinden ab 50000 Einwohnerinnen und Einwohner, Zentrum: BIK-Regionen Kernbereiche ab 50000 Einwohnerinnen und Einwohner.
 Lesebeispiel: In der Peripherie liegt der aggregierte MaA-Anteil am gesamten ärztlichen Personal mit 40 Prozent höher als in der Gesamtstichprobe mit 36 Prozent. Hier sind 48,5 Prozent der MaA (n = 437) tätig, wohingegen lediglich 40,6 Prozent der Fachabteilungen unserer Stichprobe in peripheren Regionen liegen.

Quelle: eigene Darstellung.

denen Angaben zu MaA vorliegen, zeigt sich – wie für die Rehabilitation typisch –, dass ein Großteil in der Peripherie oder Umlandsgemeinden liegt. Auch die siedlungsstrukturelle Typisierung nach der BIK demonstriert deutliche Unterschiede hinsichtlich der Angaben zum MaA-Anteil am gesamten ärztlichen Personal aus der Fachabteilungsumfrage: In Zentren ist dieser mit 23 Prozent deutlich niedriger, während Peripherie (40 Prozent) und Umland (42 Prozent) überdurchschnittliche MaA-Anteile aufweisen. Insgesamt arbeiten 48,5 Prozent der MaA, zu denen Angaben von den Fachabteilungsleitungen vorliegen, in der Peripherie, während lediglich 40,6 Prozent der Fachabteilungen, von denen die Angaben stammen, dort angesiedelt sind. In Umlandsgemeinden von Ballungszentren arbeiten 34,5 Prozent der MaA aus 25,8 Prozent der Fachabteilungen, während Fachabteilungsleitungen aus Einrichtungen in zentraler Lage mit 33,5 Prozent in der FA-Stichprobe vertreten sind – hier arbeiten jedoch lediglich 17 Prozent der MaA. Insgesamt liegen aus der FA-Umfrage gültige Angaben zu n = 934 MaA vor,³ während an der MaA-Umfrage n = 157 teilnahmen. Da die MaA aus der FA-Umfrage eine deutlich umfassendere Datenbasis darstellen,

werden im Folgenden diese Merkmale berichtet und lediglich bei größeren Abweichungen im Vergleich zur MaA-Umfrage auf diese verwiesen. Die MaA, zu denen Angaben der Fachabteilungsleitungen vorliegen, sind zur Hälfte weiblich und jeweils zu etwa einem Drittel unter 35 beziehungsweise über 50 Jahre alt (Tabelle 4). Im Vergleich hierzu weisen die MaA der MaA-Umfrage einen minimal geringeren Frauenanteil auf (48,7 Prozent versus 50,4 Prozent) und einen niedrigeren Anteil über 50-Jähriger (26,1 Prozent versus 33,3 Prozent). Der Anteil der 36- bis 40-Jährigen ist in dieser selbstselektierten Stichprobe hingegen etwas überrepräsentiert (17,8 Prozent versus 13,1 Prozent). Die Tabelle 5 stellt weitere persönliche Merkmale der MaA aus der MaA-Umfrage dar. Dabei haben 121 (77,1 Prozent) von ihnen eine Partnerin, einen Partner und/oder Kinder in Deutschland. 13,4 Prozent der MaA sind alleinstehend. Die wenigsten gaben an, eine Partnerin oder einen Partner und/oder Kinder im Ausland zu haben (5,7 Pro-

3 Die Darstellung bezieht sich auf die Available Cases des jeweiligen Merkmals – die Datenbasis n = 934 bezieht sich auf gültige, nicht deutsche Angaben beim Ausbildungsland/bei der Ausbildungsregion.

Tabelle 4: Alter und Geschlecht der MaA – Vergleich FA-Umfrage und MaA-Umfrage

	FA-Umfrage		MaA-Umfrage	
	%	n	%	n
Geschlecht				
weiblich	50,4	463	48,7	76
männlich	49,6	455	51,3	80
gesamt	100,0	918	100,0	156
Alter				
26 bis 30 Jahre	15,5	143	17,8	28
31 bis 35 Jahre	19,4	179	18,5	29
36 bis 40 Jahre	13,1	121	17,8	28
41 bis 45 Jahre	10,5	97	11,5	18
46 bis 50 Jahre	8,2	76	8,3	13
über 50 Jahre	33,3	308	26,1	41
gesamt	100,0	924	100,0	157

Quelle: eigene Darstellung.

zent) oder eine Partnerin oder einen Partner und/oder Kinder in Deutschland und im Ausland zu haben (3,8 Prozent). Etwa zwei Drittel der MaA unterstützen Angehörige im Ausland gelegentlich oder regelmäßig. Die meisten MaA (41,7 Prozent) fühlen sich dem Christentum zugehörig, etwa ein Viertel dem Islam und 26,9 Prozent sind nicht religiös. Ein Drittel der MaA verfügt über eine deutsche Staatsbürgerschaft (gegebenenfalls in Kombination mit einer zweiten). Zweit- und dritthäufigste Nationalitäten sind Rumänisch (6,7 Prozent) und Syrisch (6,0 Prozent). Die häufigsten Ausbildungsregionen der FA-Umfrage sind das nicht zur EU-gehörige Europa (23,4 Prozent), gefolgt von Vorderasien (17,0 Prozent), Russland (15,1 Prozent) und den Ländern der EU-Ost Erweiterung von 2007/13 (13,8 Prozent) (Tabelle 6). Nennenswerte Häufungen treten regional sonst lediglich bei MaA mit Medizinabschlüssen aus Ländern der EU-Osterweiterung 2004 (9,1 Prozent) und Nordafrika (5,8 Prozent) auf. Die übrigen Regionen bewegen sich zwi-

schen 0,1 und 4,4 Prozent. In der MaA-Umfrage gibt es von dieser Verteilung folgende größere Abweichungen: Hier schlossen anteilig mehr MaA ihr Studium in Ländern des nicht zur EU gehörigen Europa ab (30,0 Prozent versus 23,4 Prozent MaA aus FA-Umfrage) und Medizinabschlüsse der Ausbildungsregionen Vorderasien und Russland sind etwas unterrepräsentiert (12,0 Prozent versus 17,0 Prozent beziehungsweise 9,3 Prozent versus 15,1 Prozent).

60 Prozent der MaA aus der FA-Umfrage absolvierten ihr Medizinstudium in den folgenden zehn häufigsten Ausbildungsländern: Russland (n = 141), Rumänien (n = 80), Syrien (n = 77), Ukraine (n = 62), Serbien (n = 43), Bulgarien (n = 40), Türkei (n = 34), Polen (n = 32), Ägypten (n = 24) und Aserbaidschan (n = 23) (Abbildung 1).

Im Folgenden werden die berufsbezogenen Merkmale der MaA aus beiden Umfragen dargestellt. 18,5 Prozent der MaA arbeiten mit einer vorläufigen Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung, welche für Medi-

Tabelle 5: Weitere Merkmale – nur MaA-Umfrage

	MaA-Umfrage	
	n	%
Beziehungsstatus		
Single	21	13,4
Partner/Kinder in Deutschland	121	77,1
Partner/Kinder im Ausland	9	5,7
Partner/Kinder in Deutschland & Ausland	6	3,8
gesamt	157	100,0
finanzielle Unterstützung von Familie im Ausland		
ja, als regelmäßige Unterstützung	49	31,4
ja, als gelegentliche Unterstützung	52	33,3
nein	55	35,3
gesamt	156	100,0
Religionszugehörigkeit		
Christentum	65	41,7
Islam	38	24,4
Judentum	5	3,2
nicht religiös/keine Religion	42	26,9
andere	6	3,8
gesamt	156	100,0
Nationalität/1. Staatsbürgerschaft*		
1 deutsch (ggf. + weitere)	51	34,2
2 rumänisch	10	6,7
3 syrisch	9	6,0
4 ukrainisch	7	4,7
5 türkisch	7	4,7
6 russisch	5	3,4
sonstige – afrikanisch	10	6,7
sonstige – amerikanisch	5	3,4
sonstige – asiatisch	9	6,0
sonstige – europäisch	36	24,2
gesamt	149	100,0

Anmerkungen: * sonstige – afrikanisch: Marokko, Ägypten, Tunesien, Libyen; sonstige – amerikanisch: Kanada, Mexiko, Venezuela, Brasilien, Ecuador; sonstige – asiatisch: Kasachstan, Jordanien, Aserbaidschan, Indien, Iran, Armenien, Usbekistan; sonstige – europäisch: Schweiz, Österreich, Serbien, Griechenland, Tschechien, Nordmazedonien, Portugal, Belarus, Kroatien, Italien, Slowenien, Polen, Spanien, Ungarn, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Albanien.

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 6: Ausbildungsregion der MaA – Vergleich FA-Umfrage und MaA-Umfrage

Ausbildungsregion*	FA-Umfrage		MaA-Umfrage	
	%	n	%	n
deutschsprachiges Ausland	2,4	22	2,0	3
EU-Nord/West	0,4	4	0,0	0
EU-Ost 2004	9,1	85	12,0	18
EU-Ost 2007/13	13,8	129	13,3	20
EU-Süd	2,5	23	3,3	5
Europa, nicht EU	23,4	219	30,0	45
Nordafrika	5,8	54	8,7	13
Nordamerika	0,1	1	0,0	0
Russland	15,1	141	9,3	14
Süd- und Mittelamerika	2,8	26	5,3	8
Südasien	2,6	24	1,3	2
Vorderasien	17,0	159	12,0	18
West-, Ost-, Süd- und Zentralafrika	0,6	6	0,0	0
Zentralasien	4,4	41	2,7	4
gesamt	100,0	934	100,0	150

Anmerkungen: * deutschsprachiges Ausland: Österreich, Schweiz; EU-Nord/West: Frankreich; EU-Ost 2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn; EU-Ost 2007/13: Bulgarien, Kroatien, Rumänien; EU-Süd: Griechenland, Italien, Portugal, Spanien; Europa, nicht EU: Albanien, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Großbritannien, Kosovo, Moldawien, Nordmazedonien, Serbien, Türkei, Ukraine; Nordafrika: Ägypten, Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien; Nordamerika: USA; Russland: Russland; Süd- und Mittelamerika: Bolivien, Brasilien, Costa Rica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Honduras, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Peru, Venezuela; Südasien: China, Indien, Indonesien, Malaysia, Mongolei, Nepal, Pakistan, Philippinen; Vorderasien: Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Irak, Iran, Jemen, Jordanien, Libanon, Palästina, Saudi-Arabien, Syrien; West-, Ost-, Süd- und Zentralafrika: Kamerun, Nigeria, Ruanda, Senegal, Südafrika, Sudan; Zentralasien: Afghanistan, Kasachstan, Kirgisistan, Turkmenistan, Usbekistan.

Quelle: eigene Darstellung.

zinerinnen und Mediziner außerhalb der EU üblicherweise zwei Jahre gültig ist, bis das Approbationsverfahren absolviert wurde (Tabelle 7). Der größte Anteil der MaA verfügt über eine Approbation (57,1 Prozent) und ein Viertel über einen deutschen Facharztstitel. In der MaA-Umfrage verfügt sogar jeder Dritte über eine Approbation, während der Anteil mit Berufserlaubnis auf einem ähnlichen Niveau liegt.

13,8 Prozent der MaA haben eine Position innerhalb der Fachabteilung mit leitender Funktion inne (Ober- oder Chefärztin oder /-arzt) und 8,4 Prozent arbeiten als Fachärz-

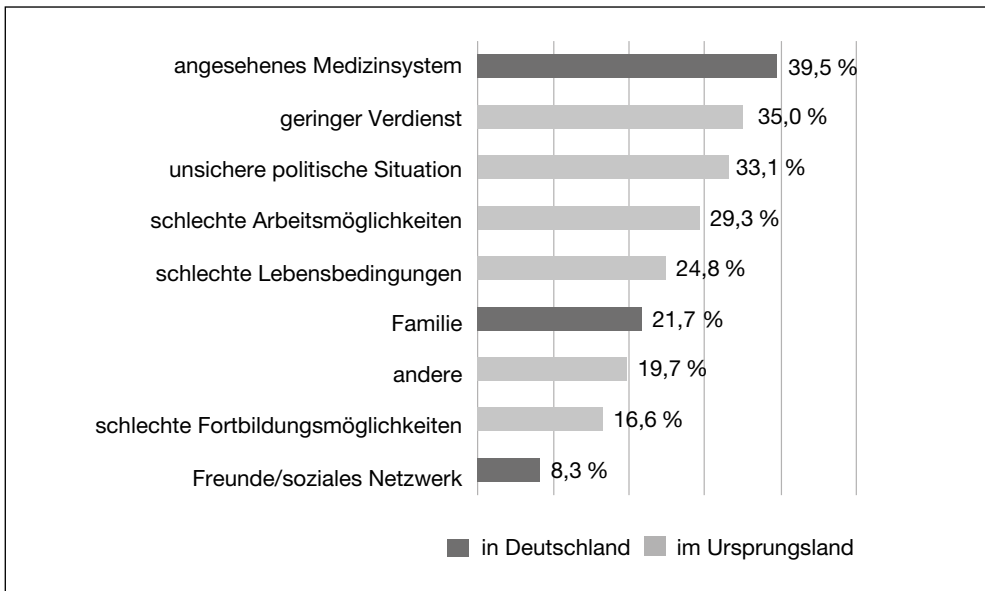
tin oder -arzt, was in der Summe geringfügig unterhalb des Anteils derjenigen mit Ausbildungsstand „deutscher Facharztstitel“ liegt. Diese Differenz ist in der MaA-Umfrage noch größer (24,5 Prozent im Vergleich zu 33,1 Prozent Facharzttiteln). Drei von vier sind als Stations- oder Assistenzärztin oder -arzt tätig. Der größte Anteil der MaA arbeitet bereits länger als vier Jahre in der Fachabteilung (circa 35 Prozent), danach folgt die Gruppe derer, die unter einem Jahr in der Fachabteilung sind (circa 30 Prozent), und anschließend die beiden Gruppen dazwischen (über ein bis zwei Jahre oder über zwei bis vier Jahre)

Abbildung 1: Ausbildungsländer der MaA



Quelle: eigene Darstellung.

Abbildung 2: Migrationsgründe (MaA-Umfrage)



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 7: Berufsbezogene Stichprobenmerkmale der MaA – Vergleich FA-Umfrage und MaA-Umfrage

	FA-Umfrage		MaA-Umfrage	
	%	n	%	n
Ausbildungsstand				
Berufserlaubnis*	18,5	163	17,6	26
Approbation	57,1	504	49,3	73
mit deutschem Facharzttitle	24,5	216	33,1	49
gesamt	100,0	883	100,0	148
aktuelle Position				
Hospitantin oder Hospitant	1,5	12	2,6	4
Stations-/Assistenzärztin oder -arzt	76,4	620	70,2	106
Fachärztin oder Facharzt	8,4	68	11,9	18
Ober- oder Chefärztin oder -arzt	13,8	112	15,2	23
gesamt	100,0	812	100,0	151
in Fachabteilung seit				
bis 1 Jahr	28,9	266	28,7	45
über 1 bis 2 Jahre	18,5	171	16,6	26
über 2 bis 4 Jahre	17,6	162	20,4	32
über 4 Jahre	35,0	323	33,8	53
gesamt	100,0	922	100,0	156

Anmerkungen: * Die Berufserlaubnis ist eine eingeschränkte Legitimation zur Berufsausübung. Sie wird nur von MaA mit einem Abschluss von außerhalb der EU verlangt und ist bis zu zwei Jahre vor der Beantragung der Approbation gültig.

Quelle: eigene Darstellung.

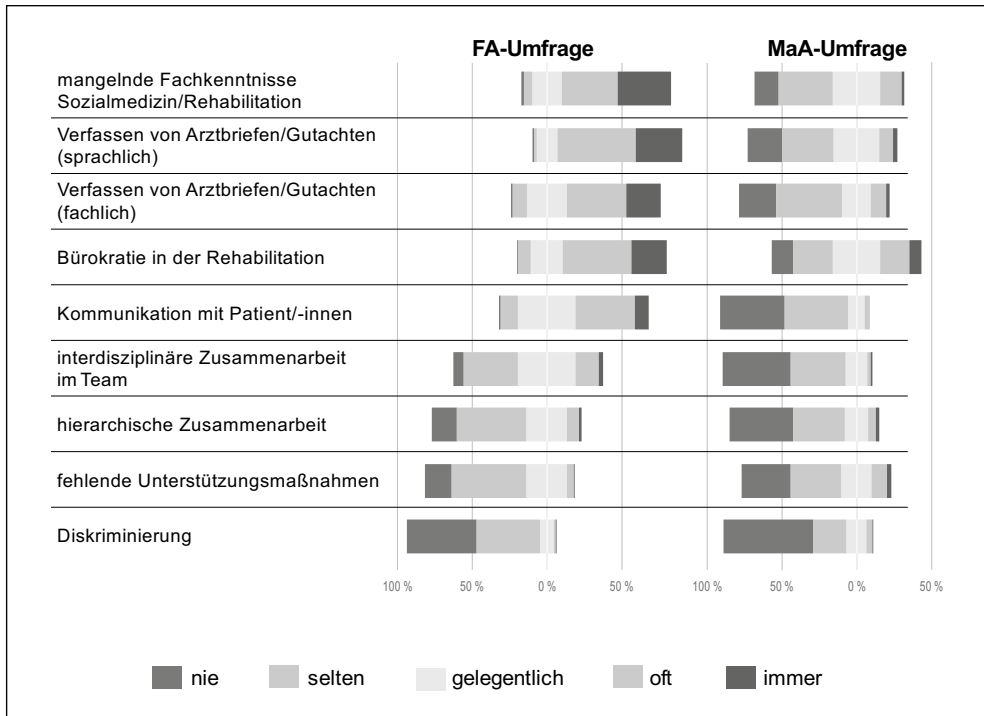
mit knapp 20 Prozent. Die Anteile hinsichtlich der Beschäftigungsdauer in der Fachabteilung sind vergleichbar in der MaA-Umfrage – hier sind lediglich die zwischen zwei und vier Jahren in der Abteilung tätigen MaA geringfügig überrepräsentiert (20,4 Prozent versus 17,6 Prozent MaA aus FA-Umfrage). Die Motivation für die Migration nach Deutschland wurde in einer Multiple-Choice-Frage abgefragt. Wie in Abbildung 2 zu sehen, war die häufigste Motivation zu migrieren mit knapp 40 Prozent hierbei das angesehene Medizinsystem in Deutschland. Etwa 35 Prozent der Teilnehmenden gaben

an, einen geringen Verdienst im Ursprungsland gehabt zu haben. Weiterhin waren für jeweils circa ein Drittel der Befragten die unsichere politische Lage sowie die schlechten Arbeitsmöglichkeiten und die schlechten Lebensbedingungen im Ursprungsland ein Grund zur Migration. Ein Fünftel der Befragten hat Familie in Deutschland.

3.2 Herausforderungen

Als Datenbasis fließen n = 151 Bewertungen der Likert-Items aus der MaA-Umfrage und

Abbildung 3: Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration der MaA – Vergleich FA-Umfrage und MaA-Umfrage



Quelle: eigene Darstellung.

n = 282 Bewertungen von einzelnen Fachabteilungsleitungen⁴ der FA-Umfrage ein. Alle neun Einzelitems weisen signifikante Unterschiede im Chi-Quadrat-Test zwischen den Einschätzungen beider Umfragen auf ($p < 0,001$), was für divergierende Perspektiven in beiden Stichproben spricht. Während die Fachabteilungsleitungen häufigere Schwierigkeiten – insbesondere im sprachlichen und fachlichen Bereich angaben, bewerteten die MaA die Items durchweg niedrig (Abbildung 3). So schätzten die Fachabteilungsleitungen als häufigste Schwierigkeit von MaA das Verfassen von Arztbriefen und Gutachten in sprachlicher Hinsicht ein (83,6 Prozent „oft“ oder „immer“), als zweit- und dritthäufigste, mit ebenfalls hohen An-

teilen (73,3 Prozent versus 69,5 Prozent) die mangelnden Fachkenntnisse in Sozialmedizin und Rehabilitation und die Bürokratie in der Rehabilitation. An vierter Stelle steht das Verfassen von Arztbriefen in fachlicher Hinsicht, welches 63,1 Prozent der Fachabteilungsleitungen gehäuft als Schwierigkeit wahrnahmen. Die MaA wiesen bei denselben Items lediglich 12,0 bis 16,6 Prozent hoher Schwierigkeitseinschätzungen auf, mit Ausnahme des Items zur Bürokratie, welches mit 27,3 Prozent als häufigste Schwierigkeit bei

⁴ Für diese Auswertung wurde der Fachabteilungsdatensatz nicht ins „Long“-Format transformiert, sodass die Aussagen jeder Leitung jeweils nur einmal zählen, auch wenn diese für mehrere Fachabteilungen mit unterschiedlichen ärztlichen Teams zuständig ist.

Tabelle 8: Freitextantworten auf die Frage „In welcher Hinsicht haben Sie persönliche Diskriminierung und/oder Ungleichbehandlung erlebt?“

Position	Diskriminierungsgrund oder -ursache	n	%
1	keine Diskriminierung	15	22,1
2	mangelnde deutsche Sprachkenntnisse	9	13,2
3	generelles Misstrauen/Ablehnung	8	11,8
4	durch Patientinnen und Patienten	8	11,8
5	Ausbildung/Kompetenz wird diskreditiert	7	10,3
6	schlechtere Arbeitsbedingungen	5	7,4
7	Themen außerhalb der tatsächlichen beruflichen Tätigkeit	3	4,4
8	monetär	2	2,9
9	Aussehen	2	2,9
10	Staatsbürgerschaft	2	2,9
11	Geschlecht	2	2,9
12	politische Lage im Herkunftsland	2	2,9
13	Religion	2	2,9
14	Impfgegnerschaft	1	1,5
		68	100,0

Quelle: eigene Darstellung.

der beruflichen Integration bewertet wurde. Stark divergierend ist die Einschätzung beim Item zu Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, welches von 49,1 Prozent der Fachabteilungsleitungen im hohen Bereich bewertet wurde, während die Antworten aus der MaA-Umfrage lediglich zu 3,3 Prozent in diesem Bereich liegen und 85,4 Prozent der antwortenden MaA hier angaben, „nie“ oder „selten“ Schwierigkeiten zu haben. Beim Item zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Team (mit verschiedenen Berufen) liegen aus der FA-Umfrage 17,9 Prozent an hohen Schwierigkeitseinschätzungen vor im Vergleich zu

3,3 Prozent aus der MaA-Umfrage. Im Bereich der hierarchischen Zusammenarbeit (mit Vorgesetzten/Untergebenen) liegen aus beiden Umfragen mit 9,3 Prozent versus 7,3 Prozent selten Angaben im hohen Bereich („oft“ oder „immer“) vor. Immerhin 13,2 Prozent der MaA schätzten ihre Schwierigkeiten durch fehlende Unterstützungsmaßnahmen bei der beruflichen Integration als hoch ein, während diese Einschätzung nur 5,0 Prozent der Fachabteilungsleitungen teilten. Der Bereich Unterstützungsmaßnahmen wurde für die MaA-Umfrage nach der Bürokratie am zweithäufigsten mit höheren Schwierigkeitswerten eingeschätzt, obgleich die Schwierig-

Tabelle 9: Vorteile der Beschäftigung von MaA aus zwei Perspektiven

Position	Vorteile aus Sicht der MaA	n	%	Vorteile aus Sicht der Fachabteilungsleitungen	n	%
1	Ausbildung und Qualifikation	23	20,9	Personalmangel, Besetzung von Stellen	36	27,3
2	interkulturelle medizinische Kompetenzen	18	16,4	bessere Betreuung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit wenig Deutschkenntnissen/Übersetzung	23	17,4
3	empathischer Umgang mit Menschen	13	11,8	mehr Diversität in der Einrichtung	16	12,1
4	mehr Sprachkenntnisse	19	9,1	hohe Motivation	16	12,1
5	bessere Betreuung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit wenig Deutschkenntnissen/Übersetzung	19	9,1	keine	12	9,1
6	mehr Erfahrung	9	8,2	mehr Fremdsprachen im Team	8	6,1
7	keine	8	7,3	empathischer Umgang mit Menschen	5	3,8
8	Umgang mit Belastung	8	7,3	besseres Verständnis für ausländische Patienten	4	3,0
9	Flexibilität, Anpassungsfähigkeit	7	6,4	Erfahrung	4	3,0
10	Selbstständigkeit	3	2,7	Ausbildung und Qualifikation	3	2,3
11	hohe Motivation	1	0,9	Selbstständigkeit	2	1,5
12				Bindung an die Einrichtung	2	1,5
13				Belastbarkeit	1	0,8
		110	100,0		132	100,0

Quelle: eigene Darstellung.

keitsbewertungen seitens der MaA durchweg im niedrigeren Bereich sind. Der Bereich Diskriminierung wurde von den Fachabteilungsleitungen mit Abstand am häufigsten als unproblematisch („nie“ oder „selten“) bei der beruflichen Integration der MaA bewertet

(89,0 Prozent). Auch aus der MaA-Umfrage liegen zu diesem Item niedrige Schwierigkeitseinschätzungen vor (82,1 Prozent), wobei immerhin 4,6 Prozent auch „oft“ oder „sehr oft“ Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration durch Diskriminierung berichteten.

3.3 Diskriminierung

Die qualitative Auswertung ergab folgendes Ergebnis (Tabelle 8):

Von den 68 MaA, die diese Freitextfrage beantworteten, gaben 15 (22 Prozent) an, bisher keine Diskriminierung erlebt zu haben. Neun (13 Prozent) fühlten sich in der Vergangenheit wegen ihrer mangelnden deutschen Sprachkenntnisse diskriminiert. Acht MaA empfanden ein generelles Misstrauen oder eine Ablehnung gegenüber ihrer Person und weitere acht gaben an, dass sie hauptsächlich von Patientinnen und Patienten diskriminiert wurden (jeweils 12 Prozent). Sieben MaA (10 Prozent) gaben an, dass ihre Ausbildung als weniger wertvoll angesehen wurde als die Ausbildung ihrer Kolleginnen und Kollegen in Deutschland. Fünf MaA (7 Prozent) empfanden ihre Arbeitsbedingungen als schlechter. Drei MaA (4 Prozent) fühlten sich in Bereichen außerhalb der beruflichen Tätigkeit diskriminiert, wie etwa bei der Wohnungssuche. Weiterhin wurden als Diskriminierungsthemen erwähnt: Mit jeweils zwei Nennungen ein geringerer Verdienst, Diskriminierung aufgrund der Staatsbürgerschaft, des Geschlechts, der politischen Lage im Herkunftsland, der Religion und mit einer Nennung Diskriminierung aufgrund von Impfgegnerschaft.

3.4 Chancen

Von den MaA erhielten wir 110 Antworten und von den Fachabteilungsleitungen 132 (Tabelle 9) auf diese Freitextfrage zu den Chancen. Für die MaA bestand der Vorteil ihrer Anstellung mit den meisten Nennungen (23 Nennungen, 21 Prozent) darin, dass sie selbst eine gute Qualifikation mitbringen. Weiterhin besitzen sie interkulturelle medizinische Kompetenzen (18 Nennungen, 16 Prozent), da sie bereits andere medizinische Ausbildungs- und Behandlungssysteme kennengelernt haben. Sie verfügen über einen empathischen Umgang mit Menschen (13 Nennungen, 12 Prozent), besonders im Vergleich zu ihren Kolleginnen und

Kollegen mit deutschem Abschluss. Mehr Sprachkenntnisse führen dazu, dass sie für ausländische Patientinnen und Patienten übersetzen können (jeweils 19 Nennungen, 9 Prozent). Weniger Nennungen erhielten weiterhin die Aspekte, dass sie Erfahrung aus einem anderen kulturellen Kontext mitbringen (9,8 Prozent), besonders gut mit Belastungen umgehen können (8,7 Prozent), flexibel, anpassungsfähig (6,4 Prozent) selbstständig (3 Prozent) und motiviert (1 Prozent) sind.

Ganz anders sieht es bei den Fachabteilungsleitungen aus. Diese sahen primär die Chance, den ärztlichen Personalmangel zu mindern (36 Nennungen, 27 Prozent). Weiterhin schätzten sie die Vorteile in der Betreuung von nicht deutschsprachigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (23 Nennungen, 17 Prozent), die Erhöhung der Diversität in der Rehabilitation und die hohe Motivation der MaA (jeweils 16 Nennungen, 12 Prozent). 9 Prozent der Fachabteilungsleitungen gaben an, dass es keine Vorteile bei der Einstellung von MaA gibt (12 Nennungen). Acht Nennungen (6,1 Prozent) beziehen sich auf die Erhöhung der Fremdsprachenkompetenz im Team, was sich mit aller Wahrscheinlichkeit ebenfalls auf die Übersetzungsmöglichkeit von MaA und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten bezieht. Weniger häufig wurde genannt, dass MaA einen empathischen Umgang mit Menschen haben (fünf Nennungen, 4 Prozent), dass sie abgesehen von der Sprache ein besseres Verständnis für ausländische Patientinnen und Patienten und mehr Erfahrung haben (jeweils vier Nennungen, entspricht 3 Prozent). Ebenfalls selten wurden ihre Ausbildung und Qualifikation (drei Nennungen, 2 Prozent) und zuletzt ihre Selbstständigkeit und Bindung an die Einrichtung (jeweils zwei Nennungen, 1,5 Prozent) als Vorteile benannt.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der quantitativen Querschnittsbefragungen zeigen, dass MaA in

den Vertragseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung längst keine Randerscheinung mehr sind. Mit einer von drei ärztlichen Stellen leisten sie einen wesentlichen Anteil an der rehabilitativen Versorgung in Deutschland.

Insgesamt machten 581 Fachabteilungsleitungen aus 22,7 Prozent der angeschriebenen Fachabteilungen Angaben zu 600 von ihnen betreuten ärztlichen Teams. In diesen sind 36 Prozent der ärztlichen Stellen mit MaA besetzt, wobei zwei von fünf Fachabteilungen aktuell ausschließlich in Deutschland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte beschäftigen. In den Fachabteilungen mit MaA im Team liegt der durch diese besetzte Stellenanteil sogar bei 45 Prozent. Betrachten wir den Anteil an im Ausland ausgebildeten Medizinerinnen und Mediziner am gesamten ärztlichen Personal nach weiteren fachabteilungsstrukturellen Merkmalen, zeigen sich überdurchschnittliche Anteile in den Bereichen Kardiologie und Neurologie, während sie im Bereich Abhängigkeitserkrankungen am niedrigsten sind. Bei den Bundesländern weisen Bayern, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen höhere MaA-Anteile auf, während sie in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein unter dem Durchschnitt liegen.

Angaben zu weiteren Merkmalen liegen für fast tausend MaA vor. Die zehn häufigsten Ausbildungsländer der MaA in den Vertragseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung sind: Russland, Rumänien, Syrien, Ukraine, Serbien, Bulgarien, Türkei, Polen, Ägypten und Aserbaidschan. Die MaA sind zur Hälfte weiblich und jeweils ein Drittel ist unter 35 Jahre beziehungsweise über 50 Jahre alt. Etwas über die Hälfte der MaA sind länger als zwei Jahre in der Fachabteilung tätig, knapp 30 Prozent unter einem Jahr. Etwa eine/einer von fünf MaA arbeitet mit einer vorläufigen Berufserlaubnis, 57 Prozent verfügen über eine Approbation und 24 Prozent über einen deutschen Facharzttitel.

Die Hauptmotivation, nach Deutschland zu kommen, ist karriereorientiert: Zum einen

schätzen die MaA das deutsche Medizinsystem, zum anderen erhoffen sie sich hier einen besseren Verdienst.

Es liegen divergierende Angaben zu Schwierigkeiten und Chancen bei der beruflichen Integration von den MaA und den Fachabteilungen vor. Die Vergleiche der Einschätzungen der Schwierigkeiten zeigen, dass signifikante Unterschiede vor allem bei den Problemen in den Bereichen „Verfassen von Arztbriefen“, „mangelnde Kenntnisse von Sozialmedizin und Rehabilitation“ und „Bürokratie in den Einrichtungen“ sichtbar sind. Hier sehen die MaA in unserer Stichprobe deutlich geringere Schwierigkeiten als die Fachabteilungsleitungen. Ähnlich niedrig hingegen werden Schwierigkeiten durch fehlende Unterstützungsmaßnahmen in der Einrichtung und Diskriminierung angegeben. Letztes scheint in dieser Stichprobe kein sehr relevantes Thema zu sein und wenn, dann hauptsächlich aufgrund der mangelnden deutschen Sprachkenntnisse, die in einer ablehnenden Haltung und generellem Misstrauen seitens der Patientinnen und Patienten vorkommen. Vergleicht man die Chancen, die die Fachabteilungen und die MaA selbst durch ihre Eingliederung in deutsche Rehabilitationseinrichtungen sehen, so ergibt sich ebenfalls ein sehr unterschiedliches Bild: Für die Fachabteilungsleitungen besteht die primäre Motivation bei der Anstellung von MaA darin, ärztliche Stellen zu besetzen und erst an zweiter Stelle sehen sie die Chancen durch die Sprachkenntnisse der MaA für Übersetzungstätigkeiten. Auch die Erhöhung der Diversität in der Einrichtung und die hohe Motivation der MaA stellen Vorteile aus Sicht einzelner Fachabteilungsleitungen dar. Die MaA hingegen nannten als häufigsten Vorteil ihre im Ausland absolvierte, qualitativ hochwertige Ausbildung, gefolgt von interkulturellen (auch medizinischen) Kompetenzen und der Fähigkeit zum empathischen Umgang mit Menschen. Auffällig ist, dass die Fachabteilungsleitungen in unserer Stichprobe die Kompetenzen der MaA niedriger einschätzen als diese

selbst. In der Vorstudie zu diesem Projekt wurde mithilfe von qualitativen Interviews ermittelt, dass Diskriminierung eine sehr relevante Rolle bei der sozialen Integration von MaA spielt und auch die Bleibeabsicht beeinflusst (Hänel et al. 2018). Insofern erscheinen die Ergebnisse dieser Studie überraschend. Die Tatsache, dass das Diskriminierungs-Item von den Fachabteilungen so niedrig eingestuft wurde, könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese die subjektiv empfundene Diskriminierung der MaA selbst nicht einschätzen können (siehe dazu zum Beispiel El-Mafaalani et al. 2017). Gleichzeitig besteht die Stichprobe der MaA aus Ärztinnen und Ärzten, die wahrscheinlich beruflich und sozial integriert sind. Dies lässt sich dadurch veranschaulichen, dass 77,1 Prozent der Stichprobe eine Partnerin, einen Partner und/oder Kinder in Deutschland haben und ein Drittel bereits über eine deutsche Staatsbürgerschaft und einen deutschen Facharztstitel verfügt.

Auch in nationaler und internationaler Literatur liegen Einschätzungen von Diskriminierung aus der Sicht von ausländischen ärztlichen Mitarbeitenden deutlich unter denen von anderen (medizinischen) Berufsgruppen. Eine Studie aus zwei großen deutschen Krankenhäusern, die 2021 mithilfe eines Onlinefragebogens erhoben wurde, zeigt auf, dass sich circa 10 Prozent der migrierten Ärztinnen und Ärzte und des anderen wissenschaftlichen Personals von Vorgesetzten, Peers und Patientinnen und Patienten diskriminiert fühlt. Beim nicht-wissenschaftlichen Personal ist der Anteil wesentlich höher: sogar bis zu 25 Prozent fühlen sich hier insbesondere von Patientinnen und Patienten diskriminiert (Can et al. 2022). Wie das Team aus Autorinnen und Autoren feststellte, hat diese Diskriminierungserfahrung einen unmittelbaren Einfluss auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Weiterhin bedeutet die Diskriminierungserfahrung für die Betroffenen, mehr Anstrengungen aufbringen zu müssen, um sich zu beweisen (siehe auch Carr et al. 2000). In der hier zitierten Studie wurde in zwei Dritteln der Fälle Diskriminierung auf-

grund von Sprache vollzogen, erst danach wurden andere identitäre Merkmale wie Nationalität, Aussehen oder Ethnizität genannt. Dies deckt sich mit anderen Studienergebnissen aus linguistischer Perspektive (Ekweze 2022).

Auch in der vorliegenden Studie wurden mangelnde Sprachkenntnisse vor generellem Misstrauen oder Ablehnung der Person als ersten Diskriminierungsgrund genannt. Die MaA gaben an, dass die Diskriminierungserfahrungen hauptsächlich von Patientinnen und Patienten ausgingen.

In einer schwedischen Querschnittsstudie wurden 283 Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund zu ihrem Einstieg und Aufstieg im medizinischen Arbeitsmarkt befragt (Sturesson et al.). Ein relevantes Hindernis für die Medizinerinnen und Mediziner stellte dabei ein medizinischer Abschluss aus einem anderen Land dar. Durch diesen wurden die Kompetenzen der migrierten Medizinerinnen und Mediziner unterbewertet, sie wurden systematisch hierarchisch niedriger positioniert oder gar nicht erst eingestellt. Auch in unserer Studie herrscht eine Diskrepanz zwischen der Anerkennung der Ausbildungsleistung von MaA. 10,3 Prozent gaben an, dass ihre Ausbildung und/oder Kompetenz diskreditiert wird. Obwohl 33 Prozent der MaA in unserem Sample über einen Facharztstitel verfügen, arbeiten nur knapp 12 Prozent tatsächlich in der Position einer Fachärztin oder eines Facharztes (siehe Abbildung 2). Es liegt also eine Diskrepanz im Ausbildungsstand und in der Position vor, die jedoch bei MdA auch vorliegen könnte.

Die Diskrepanz zwischen Ausbildungsstand und Position wurde nicht konkret bei MaA abgefragt. Das Item, das inhaltlich diesem Thema am nächsten kommt, sind schlechtere Arbeitsbedingungen; hier sagten jedoch nur 7,4 Prozent der MaA in unserer Studie aus, sich aufgrund von schlechteren Arbeitsbedingungen ungleichbehandelt zu fühlen. Eine Metaanalyse identifizierte insgesamt 46 Studien, die die Erfahrungen von 1142 internationalen Medizinabsolventinnen und

-absolventen analysieren und zusammenfassen (Al-Haddad et al. 2022). Letztere praktizierten zum Zeitpunkt der Erhebung auf allen sechs Kontinenten in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung. Ziel dieser Metaanalyse war die Gegenüberstellung der Erfahrungen und Herausforderungen des migrierten medizinischen Personals vor und nach der Migration. Als vier Hauptbarrieren identifizieren die Autorinnen und Autoren Sprache, Kultur, medizinische Ausbildung und Zugehörigkeit. Diese traten chronologisch nach Zeitpunkt der Einwanderung auf und waren von der Dissonanz, die zwischen dem Herkunfts- und dem Gastland bestanden, abhängig.

Verglichen mit den Ergebnissen aus unserer Studie entspricht dieses Fazit der Wahrnehmung der Fachabteilungsleitungen lediglich in Bezug auf die Sprache. Letztere berichteten, dass die größten Schwierigkeiten im Verfassen von Arztbriefen und Gutachten (sprachlich) und durch mangelnde Fachkenntnisse in den Bereichen Sozialmedizin und Rehabilitation auftraten. Kulturelle Schwierigkeiten und Probleme mit dem Zugehörigkeitsgefühl wurden nicht abgefragt, aber auch im Freitextfeld nicht genannt. Die Angaben der MaA zeigten deutlich weniger Schwierigkeiten in den Aspekten der Sprache und der medizinischen Ausbildung. Anders als in der Studie von Al Haddad et al. 2022 stellten in unserer Stichprobe die administrativen Prozesse die größte Herausforderung dar.

Insgesamt nähern sich die Schwierigkeiten der MaA in unserer Studie denen in nationaler und internationaler Literatur auftretenden Schwierigkeiten der migrierten Medizinerinnen und Mediziner an. Auffällig sind dabei die unterschiedlichen Wahrnehmungen zwischen MaA und Fachabteilungsleitungen, die sich aus den Stichproben ergeben könnten: Die MaA aus der MaA-Umfrage sind wahrscheinlich nicht repräsentativ für alle MaA, zu denen Angaben aus der FA-Umfrage vorliegen (siehe Limitationen). Die Einschätzungen der MaA zum Thema Schwierigkeiten sind daher deutlich niedriger als

die der Fachabteilungsleitungen. 22 Prozent gaben an, keine Diskriminierung und/oder Ungleichbehandlung erlebt zu haben. Die erlebten Diskriminierungsgründe (Sprachkenntnisse, Diskreditierung der Ausbildung/Kompetenz und schlechtere Arbeitsbedingungen) decken sich mit denen aus der hier zitierten Literatur. Die Chancen im Ausland ausgebildeter Medizinerinnen und Mediziner werden in der Literatur noch nicht thematisiert und durch unsere Studie erstmals ermittelt. Die Perspektiven der MaA und Fachabteilungsleitungen sind auch hierbei sehr unterschiedlich. Dabei geben die Fachabteilungsleitungen am häufigsten die Besetzung von Stellen als Vorteil an, die MaA hingegen sehen die Ausbildung und Qualifikation als größten Vorteil an.

Zusammenfassend liegen stark divergierende Angaben zu Schwierigkeiten und Chancen bei der beruflichen Integration von den MaA und den Fachabteilungen vor. Die Fachabteilungsleitungen schätzen die größten Schwierigkeiten im sprachlichen und fachlichen Bereich ein, während für die MaA die administrativen Tätigkeiten in den Einrichtungen die größte Hürde darstellen. Diskriminierung scheint in dieser Stichprobe kein sehr relevantes Thema zu sein und wenn, dann hauptsächlich aufgrund der mangelnden deutschen Sprachkenntnisse, die in einer ablehnenden Haltung und generellem Misstrauen seitens der Patientinnen und Patienten vorkommen.

Vergleicht man die Chancen, die die Fachabteilungen und die MaA selbst durch ihre Eingliederung in deutsche Rehabilitationseinrichtungen sehen, so ergibt sich ebenfalls ein sehr unterschiedliches Bild: Während die MaA die Vorteile ihrer Integration in der Qualität ihrer Ausbildung, ihrer interkulturellen Sprach- und Übersetzungskompetenzen sehen, liegt für die Fachabteilungsleitungen die primäre Motivation bei der Anstellung der MaA in der Minderung des ärztlichen Fachkräftemangels in der Rehabilitation und erst sekundär in deren Sprachkenntnissen und Übersetzungstätigkeiten.

5. Fazit

MaA in Rehabilitationseinrichtungen sind ein zahlenmäßig sehr relevantes Phänomen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass derzeit jede dritte Stelle mit einer oder einem MaA besetzt ist. Nicht miteingerechnet sind hier Medizinerinnen und Mediziner, die im Ausland geboren sind, im Ausland angefangen haben zu studieren oder im Laufe ihres Studiums den Studienort wechseln und/oder in die Kategorie „mit Migrationshintergrund“ fallen würden. Der Diversity-Aspekt in den untersuchten rehabilitativen Fachabteilungen der Deutschen Rentenversicherung ist in Bezug auf den Faktor Migration in der Realität wesentlich umfassender als von uns am Beispiel der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Abschluss abgebildet wurde.

Als Hürde für die professionelle Integration stehen vor allem die administrativen Tätigkeiten der Rehabilitationseinrichtungen im Vordergrund. Auf Einrichtungsseite kommen fachliche und sprachliche Hürden dazu, insbesondere beim Verfassen von Arztbriefen und Gutachten. Hier braucht es ein spezifisches Einarbeitungskonzept, welches die Lücken adressiert, die zwingenderweise auftreten, wenn ein Arzt oder eine Ärztin nicht in Deutschland Medizin studiert hat und somit (noch) weniger Kontakt mit sozialmedizinischen und rehabilitativen Inhalten hatte als Medizinstudierende an deutschen Hochschulen.

Die Empfehlungen aus dieser Studie lauten deswegen auf einer politischen Ebene die finanzielle oder strukturelle Kompensation der Integrationsleistung, die Fachabteilungen mit einem hohen MaA-Anteil vollbringen (zum Beispiel durch Reduktion der Arbeitsbelastung für die Erreichung der Fallpauschalen). Weiterhin regen wir an, ein strukturiertes Einarbeitungsprogramm zu etablieren für MaA in den rehabilitativen Fachabteilungen, insbesondere mit den Inhalten, die in einem Medizinstudium im Ausland nicht vermittelt werden. Auch die Notwendigkeit, das vorhandene Personal oder aufnehmende Team zu sensibilisieren und das Personalmanagement

durch entsprechende Vielfalts- oder Inklusionsschulungen und/oder eine ausgeprägtere Feedbackkultur diversityorientierter zu gestalten, ist durch diese Studie evident geworden. Der Königsweg der professionellen Integration von ausländischen Fachkräften ist die Etablierung eines Mentoringprogramms. Zu bedenken ist bei der Interpretation der Resultate, dass beiden Stichproben möglicherweise ein Response Bias zugrunde liegt: Die FA-Umfrage wurde vermutlich häufiger von Fachabteilungen mit MaA ausgefüllt. Für die MaA-Umfrage liegen hingegen Indizien vor, dass diese häufiger von bereits etablierten und engagierten MaA ausgefüllt wurde. Der Anteil der MaA mit Wechselabsicht ist auffällig gering, was darauf hindeutet, dass diese Gruppe in unserer Frage unterrepräsentiert ist. Aus diesem Grund besteht dringend weiterer Forschungsbedarf, um ein noch differenzierteres Bild der MaA in der Rehabilitation zu erlangen, insbesondere darüber, welche Strategien bei welcher Gruppe von MaA die professionelle Integration und Retention fördern können. Hier sollten gegebenenfalls alternative Rekrutierungswege zum Erreichen dieser speziellen Population der MaA in Betracht gezogen werden.

Literatur

- Al-Haddad, M./Jamieson, S. und Germeni, E.* (2022): International medical graduates' experiences before and after migration: A meta-ethnography of qualitative studies. *Medical Education* 56, 504–515.
- Arentz, C.* (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Ärzteblatt (2021): Mehr Studienplätze, weniger Quotierung, Turbo für neue Approbationsordnung. Im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128673/Mehr-Studienplaetze-weniger-Quotierung-Turbo-fuer-neue-Approbationsordnung>.
- Becker, R. und Teney, C.* (2020): Understanding high-skilled intra-European migra-

- tion patterns: the case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 46, 1737–1755. doi:10.1080/1369183X.2018.1561249.
- BIK Aschpurwis + Behrens GmbH (2019): BIK Regionen (780er-Systematik). Hamburg. Im Internet: https://www.bik-gmbh.de/download/BIK-Regionen_780_Kurzbeschreibung.pdf.
- Bourgeault, I. L./Neiterman, E./LeBrun, J. und Viers, K. W. J.* (2010): Brain Gain, Drain and Waste: The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada. Ottawa: University of Ottawa.
- Broermann, M./Messemer, A./Schnoor, H.* et al. (2018): Wer profitiert vom Mentoring? Evaluation eines hessenweiten Mentoringprogramms für angehende Hausärzte/Hausärztinnen. *ZFA* 95.
- Can, E./Konrad, C. M./Khan-Gökkaya, S.* et al. (2022): Foreign Healthcare Professionals in Germany: A Questionnaire Survey Evaluating Discrimination Experiences and Equal Treatment at Two Large University Hospitals. *Healthcare* 10.
- Carr, P. L./Ash, A. S./Friedman, R. H./Szalacha, L./Barnett, R. C./Palepu, A. und Moskowitz, M. M.* (2000): Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med* 123: 889–896.
- Chen, P. G.-C./Curry, L. A./Bernheim, S. M.* et al. (2011): Professional Challenges of Non-U.S.-Born International Medical Graduates and Recommendations for Support During Residency Training. *Acad Med* 86: 1383–1388. doi:10.1097/ACM.0b013e31823035e1.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Reha-Bericht 2022: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Mit dem Fokusthema: Abhängigkeitserkrankungen. Berlin.
- Ekwere, V.* (2022): Language Identity and Discrimination in a Multicultural Society. *European Journal of Linguistics*. Im Internet: <https://carjournals.org/journals/index.php/ejl/article/view/989/1208>.
- El-Mafaalani, A./Waleciak, J./ und Weitzel, G.* (2017): Tatsächliche, messbare und subjektiv wahrgenommene Diskriminierung. In: Scherr, A./El-Mafaalani, A. und Yüksel, G. (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer VS, 173–189. doi:10.1007/978-3-658-10976-9_10.
- Fleming P. und Sinnot M.-L.* (2018): Rural physician supply and retention: factors in the Canadian context. *Canadian Journal of rural Medicine* 31.
- Hänel, P./Fölske, L./Muschalla, B.* et al. (2018): Herausforderungen und Chancen der sozialen Anbindung von migrierten Ärztinnen und Ärzten in der stationären Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 104, 236–246.
- Hoffmann, W./Latza, U. und van den Berg, N.* (2017): Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). München.
- Hofmeister, D./Rothe, K./Alfermann, D.* et al. (2010): Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Grafikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Schwartz F. W. und Angerer, P. (Hrsg.): *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen*. Berlin: Deutscher Ärzteverlag.
- Jansen, E. und Marquardt, M.* (2023): Ärztlicher Fachkräftemangel in der Rehabilitation – Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in deutschen Rehabilitationsfachabteilungen. In review.
- Jansen, E./Hänel, P. und Klingler, C.* (2018): Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public Health*. doi:10.1016/j.puhe.2018.03.017.
- Jansen, E./Schnepf, T. und Hänel, P.* (2015): Divergierende berufliche Sozialisation von migrierten Ärzten. *Public Health Forum* 23, 116–118.
- Jörg, J.* (2018): Digitalisierung in der Medizin – Wie Gesundheits-Apps, Tele-

- medizin, künstliche Intelligenz und Robotik das Gesundheitswesen revolutionieren. Berlin: Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-662-57759-2_3.
- Kaduszkiewicz, H./Teichert, U. und van den Bussche, H.* (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. doi:[10.1007/s00103-017-2671-1](https://doi.org/10.1007/s00103-017-2671-1).
- Klingler, C. und Marckmann, G.* (2016): Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. Hum Resour Health 14, 57. doi:[10.1186/s12960-016-0153-4](https://doi.org/10.1186/s12960-016-0153-4).
- Lafortune, G./Socha-Dietrich, K. und Vickstrom, E.* (2019): 1. Recent trends in international mobility of doctors and nurses. In: Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/5ee49d97-en>.
- Michalski, K./Farhan, N./Motschall, E. et al.* (2017): Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. PLoS ONE. doi:[10.1371/journal.pone.0181330](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181330).
- Sturesson, L./Öhlander, M./Nilsson, G. H. et al.* (2019): Migrant physicians' entrance and advancement in the Swedish medical labour market: a cross-sectional study. Hum Resour Health 17. doi:<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0414-0>.
- Teney, C./Becker, R./Bürkin, K. B. et al.* (2017): Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Bremen.
- Wolf, J. und Vogd, W.* (2017): Professionalisierung der Pflege, Deprofessionalisierung der Ärzte oder vice versa? In: Müller-Hermann, S. und Becker-Lenz, R. (Hrsg.): Professionskulturen – Charakteristika unterschiedlicher professioneller Praxen. Heidelberg: Springer VS, 151–173.
- Wright, A./Regan, M./Haigh, C. et al.* (2012): Supporting international medical graduates in rural Australia: A mixed methods evaluation. Rural and Remote Health, 12, 1–18. <https://protect2.fireeye.com/v1/url?k=5b062429-395868f5-5b038773-000babff1787-ff72d54455446f6d&q=1&e=e4e2ac95-b1ba-4a19-a279-7f4041bec29f&u=https%3A%2F%2Fsearch.informit.org%2Fdoi%2F10.3316%2Finformit.330101737436723>.
- Young, L./Peel, R./O'Sullivan, B. et al.* (2019): Building general practice training capacity in rural and remote Australia with underserved primary care services: a qualitative investigation. BMC Health Serv Res 338. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4078-1>
- Zaidi, Z./Dewan, M. und Norcini, J.* (2020): International Medical Graduates: Promoting Equity and Belonging. Educators and Learners 95.

Anschrift der Verfasserinnen:

Manuela Marquardt
 Johanna Schmidt
 Dr. Eva Jansen
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Soziologie
 und Rehabilitationswissenschaft
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin