



## **Grenzüberschreitende Mobilität von medizinischem Fachpersonal aus Tschechien nach Sachsen**

*Kontextbedingungen, Hindernisse und Chancen*

**Vladan Hruška, Martin Dolejš, Birgit Glorius, Alisa Eggert, Marcus Gerschler, Alena Gold, Moritz Christopher Gotz, Lisa Hadaschik, Eliška Hašová, Klára Jirotková, Kai Kuchenbecker, Veronika Lowke, Michal Prekop, Christin Schob, Zdeňka Smutná, Petra Vídenská**

Chemnitz, Februar 2017

Die „Chemnitzer Beiträge zur Humangeographie online“ beinhalten Ergebnisse von Projekten, Tagungen, Arbeitskreisen, Seminaren und sonstigen Veranstaltungen. Sie erscheinen in unregelmäßiger Folge.

**Autoren/innen (Autoři/autorky):**

Vladan Hruška, Martin Dolejš, Eliška Hašová, Zdeňka Smutná, Petra Vídenská -  
Lehrstuhl Geographie, Naturwissenschaftliche Fakultät, Jan-Evangelista-Purkyně  
Universität in Ústí nad Labem (Katedra geografie, Přírodovědecká fakulta Univerzity  
Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem)

Birgit Glorius, Alisa Eggert, Marcus Gerschler, Alena Gold, Moritz Christopher Gotz,  
Lisa Hadaschik, Kai Kuchenbecker, Veronika Lowke, Christin Schob -  
Juniorprofessur Humangeographie Ostmitteleuropas am Institut für Europäische  
Studien der TU Chemnitz

Übersetzt aus dem Tschechischen durch Alena Gold

**Herausgeberin der „Chemnitzer Beiträge zur Humangeographie online“:**

Jun.-Prof. Dr. Birgit Glorius  
Technische Universität Chemnitz  
Institut für Europäische Studien  
Humangeographie Ostmitteleuropas  
09107 Chemnitz

<http://www.tu-chemnitz.de/phil/europastudien/geographie>

Alle Rechte vorbehalten. Chemnitz 2017

ISSN 2199-8337

## INHALTSVERZEICHNIS

<i>Abbildungsverzeichnis:</i> .....	4
<i>Tabellenverzeichnis:</i> .....	4
<i>1 Einleitung</i> .....	5
<i>2 Arbeitsmigration und Pendeln im tschechisch-deutschen Grenzkontext</i> .....	7
<i>3 Kontextbedingungen</i> .....	9
<i>4 Motive und Hindernisse bei der Migration nach Sachsen</i> .....	14
4.1 Methode .....	14
4.2 Motivation .....	16
4.3 Der Prozess der Arbeitssuche im Ausland .....	17
4.4 Verwaltungsangelegenheiten und Förderung von Migranten .....	17
4.5 Sprachkenntnisse .....	18
4.6 Akzeptanz am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft .....	19
4.7 Zukunftspläne .....	20
4.8 Vorschläge, Empfehlungen .....	20
<i>5 Akzeptanzrate von ausländischen Ärzten bei Senioren in Sachsen</i> .....	21
<i>6 Fazit</i> .....	25
<i>Literaturverzeichnis</i> .....	27

### ***Abbildungsverzeichnis:***

Abb. 1: Pendleranteil von ausländischen Arbeitskräften im Gesundheitssektor in den Jahren zwischen 2001 und 2011 in ausgewählten Grenzbezirken auf 10.000 Bewohner der Regionen Ústí nad Labem/Aussig und Karlovy Vary/Karlsbad .....	9
Abb. 2: Anzahl der freien Stellen in der Gesundheitsversorgung in Sachsen, sowie den Regionen Karlovy Vary/Karlsbad und Ústí nad Labem/Aussig im Jahr 2014 auf 10.000 Bewohner der Verwaltungseinheit.....	10
Abb. 3: Ausstellungen von Zertifikaten über die berufsständische Integrität und die Bestätigung über eine Nichtmitgliedschaft in der Tschechischen Ärztekammer zwischen 2002 und 2014 (beide in deutscher Sprache) .....	11
Abb. 4: Anzahl der tschechischen Ärzte, die von 2004 bis 2013 nach Sachsen kamen.....	13
Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Denken Sie, dass folgende Länder einen besseren Standard bei der Gesundheitsversorgung bieten als Deutschland?“ nach den einzelnen Ländern.....	22
Abb. 6: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Waren Sie zufrieden mit den Kenntnissen und Fähigkeiten des behandelnden Arztes aus dem Ausland?“ .....	22
Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Würden Sie die Behandlung durch einen ausländischen Arzt empfehlen?“ .....	23
Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Antwort auf die Frage „Hatten Sie bei dem Kontakt mit dem behandelnden Arzt aus dem Ausland Kommunikationsschwierigkeiten?“ .....	23
Abb. 9: Prozentuale Zustimmung/Ablehnung des Satzes „In den kommenden Jahren wird es in Sachsen mehr Bedarf an ausländischen Arbeitskräften im Gesundheitswesen geben.“ .....	24
Abb. 10: Prozentuale Zustimmung/Ablehnung des Satzes „Es gibt keine Notwendigkeit für die verstärkte Suche nach ausländischem Personal für die deutsche Wirtschaft, wir sollten auf eigene Ressourcen zurückgreifen.“ .....	24

### ***Tabellenverzeichnis:***

Tab. 1: Anzahl ausländischer Ärzte nach Herkunftsland in Sachsen im Jahr 2015 .....	13
Tab. 2: Profile der Interviewpartner .....	15

## ***1 Einleitung***

Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge ist die Lebenserwartung in Deutschland in den letzten fünf Jahrzehnten um mehr als zehn Jahre gestiegen (WHO 2015). Diese Tatsache und andere (anstehende) Veränderungen, insbesondere der Trend zu einer alternden Bevölkerung, stellen die Gesundheits- und Sozialvorsorge für Senioren<sup>1</sup> vor eine große Herausforderung (Smrčka/Artlová 2012). Schätzungen der Kosten oder auch der Menge der zukünftigen Patienten und des benötigten medizinischen Personals sind Gegenstand von regionalen und internationalen Studien (Fendrich/Hoffmann 2007; Maier/Afentakis 2013; Rechel 2009).

Das oben dargestellte Problem ist auch für den Freistaat Sachsen mehr als relevant, der mit dem steten Rückgang der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter zu kämpfen hat – bedingt durch die geringe wirtschaftliche Leistung des Landes im Vergleich zu den anderen fünfzehn deutschen Bundesländern (Sachsen liegt im Vergleich der Höhe des BIP pro Kopf auf Platz zwölf). Die Abwanderung von jungen und qualifizierten Arbeitskräften verstärkt den natürlichen Bevölkerungsrückgang.

Die Abwanderung von Arbeitskräften in die wirtschaftlich stärkeren Bundesländer Deutschlands spiegelt sich auch in der Zahl der Ärzte in Sachsen wieder, die heute in der Betreuung erforderlich ist und die in Zukunft vollkommen unzureichend sein wird. Dieses Problem betrifft besonders die peripheren, ländlichen Gebiete der neuen Bundesländer – so auch Sachsen. Allerdings ist die unzureichende Anzahl von Ärzten in den medizinischen Einrichtungen in Sachsen auch durch andere Faktoren verursacht:

- Ärzte in Deutschland arbeiten aufgrund der Arbeitszeitregelung weniger Stunden als in der Vergangenheit – deshalb werden mehr Ärzte für die gleiche Menge Arbeit benötigt, als in der Vergangenheit,
- ein großer Teil der Hausärzte steht kurz vor dem Renteneintrittsalter (29,7% der Hausärzte sind 60 Jahre oder älter, vgl. *Bundesärztekammer 2013*),
- die demografische Alterung der Bevölkerung erhöht die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und damit die Nachfrage nach Ärzten.

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird hier und im Folgenden für geschlechtsneutrale Begriffe das generische Maskulinum verwendet.

Vor allem in den sächsischen Grenzgebieten entsteht somit eine komplexe Problematik, die im Extremfall zum Versagen der Gesundheitsversorgung führen kann, was dann insbesondere die Senioren betrifft (Weinhold/Gurtner 2014; WHO 1990).

Eine mögliche Lösung für die betroffenen Regionen ist eine verstärkte grenzüberschreitende Mobilität (Migration) von medizinischem Fachpersonal. Die Nähe des Freistaates Sachsen zu den Regionen Ústí nad Labem/Aussig und Karlovy Vary/Karlsbad führt zur Frage nach den Möglichkeiten und potenziellen Angeboten des tschechischen Arbeitsmarktes, um den zukünftigen Mangel an medizinischem Personal (Ärzten) auf deutscher Seite zu begegnen.

Dieser Beitrag soll den aktuellen Stand und die Entwicklung der grenzüberschreitenden Mobilität von medizinischem Personal (Ärzten) innerhalb des definierten Gebiets des Freistaats Sachsen und den ausgewählten Nachbarregionen auf der tschechischen Seite in einem offenen Arbeitsmarkt nach der EU-Erweiterung auf regionaler und überregionaler Ebene analysieren. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Identifizierung von kulturellen, sozialen und normativen Hindernissen, ihren Ursachen und den Folgen für die Mobilität von Ärzten. Der Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, in welchem Umfang tschechische Ärzte bereits die Möglichkeit nutzen, in medizinischen Einrichtungen Sachsens zu arbeiten und welche positiven und negativen Erfahrungen sie dabei gemacht haben. Die Autoren untersuchen auch die Akzeptanz von tschechischen beziehungsweise osteuropäischen Ärzten bei deutschen (potenziellen) Patienten.

Der analytische Teil der Arbeit basiert auf den verfügbaren Ressourcen von statistischen Ämtern und den medizinischen Statistiken der Ärztekammern der jeweiligen Verwaltungseinheiten. Mehr Einblick in die Motivation und die Hindernisse für die Mobilität/Arbeitsmigration verschafft eine Serie von zehn strukturierten Interviews mit acht Ärzten und zwei Krankenschwestern, die in Sachsen beschäftigt sind oder waren. Die Umfrage zur Akzeptanz von Behandlungen durch osteuropäische Ärzte wurde unter deutschen Bürgern im Rentenalter durchgeführt.

Die empirischen Arbeiten zu dieser Studie wurden im Rahmen eines gemeinsamen Projektseminars des Instituts für Europäische Studien der TU Chemnitz und des Instituts für Geographie der Jan Evangelista Purkinje in Ústí nad Labem geleistet, dessen Durchführung durch das Ziel3-Projekt „InWest 2.0 – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit und Technologietransfer“ von der Europäischen Union finanziell unterstützt wurde.

## ***2 Arbeitsmigration und Pendeln im tschechisch-deutschen Grenzkontext***

Es gibt viele Theorien, die versuchen, Migration und Migrationsströme zu modellieren und die Ursachen für Migration zu finden. Hinsichtlich der Relevanz für diesen Beitrag ist es möglich, die folgenden Modelle und Theorien zu definieren. Das sehr einfache Push-Pull-Modell identifiziert positive (Pull-) Faktoren, die die Migranten in das Zielland locken. Auf der anderen Seite stehen die negativen (Push-) Faktoren, die die Migranten davon abhalten, weiterhin im Heimatland zu bleiben. Lee (1966, zitiert in King 2012) ergänzt dieses Modell sinnvoll mit intervenierenden Hindernissen – wie etwa räumliche Distanz, kulturelle (sprachliche) Hindernisse oder Beschränkungen des Arbeitsmarkts usw.

Die Analyse der RILSA-Studie von 2002 (die Studie sollte das Migrationspotenzial von Tschechen nach Deutschland nach der Eintritt Tschechiens in die EU einschätzen; als Methodik wurde eine Befragung mit 2.277 Befragten aus allen Bezirken, die an der Grenze mit der BRD liegen, gewählt) konzentrierte sich auf das gesamte Migrationspotenzial (nicht nur auf das Migrationspotenzial im Gesundheitswesens) Tschechiens und der BRD (Vavrečková et al. 2006), wobei die stärksten Push-Faktoren (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung) die höheren Löhne im Ausland, das einfache Finden eines Jobs, das Erwerben neuer Erfahrungen und die besseren Arbeitsbedingungen waren.

Die oben genannte Analyse weist teilweise Faktoren nach, die auf der neoklassischen Migrationstheorie beruhen. Diese Art der Theorie betont den Zusammenhang von Lohnunterschieden und anderen Arbeitsbedingungen zwischen Ländern und den Kosten, die mit Migration verbunden sind. In diesem Sinne ist Migration also als individuelle Entscheidung eines Individuums zu verstehen, die dazu dient, die Gewinne zu maximieren. Unter dieser Annahme würde sich Migration, von weniger entwickelten Volkswirtschaften mit einem Überschuss an Arbeitskräften und niedrigen Löhnen, zu Industrienationen, in denen hohe Löhne bezahlt werden und Arbeitskräftemangel herrscht, entwickeln (Brázová et al. 2011). Allerdings haben viele Studien gezeigt, dass dies für den Homo oeconomicus, der im Mittelpunkt der neoklassischen Theorie steht (Blažek, Uhlíř 2011), nicht das richtige Konzept ist, um Arbeitsmigration zu beschreiben. Die RILSA-Studie (Vavrečková et al. 2006) legt offen, dass die potenzielle Wanderungsrate in den Grenzgebieten zu Deutschland erstaunlich klein ist (nur 17,4% der 2.277 Befragten, die potenziell für eine Migration nach Deutschland in Frage kommen). Als wichtigste Gründe dafür, in Tschechien zu bleiben, nannten die Befragten insbesondere den familiären Hintergrund und Freunde, sowie das Gefühl von Heimat und Eigentum von Immobilien.

Aus dieser Sicht ist das Migrationsverhalten, nicht nur der tschechischen Bevölkerung, viel besser durch die neue Ökonomie der Arbeitsmigration des Ökonomen Oded Stark (Drbohlav/Uherek 2007) erfasst, der feststellt, dass das Individuum bei der Migrationsentscheidung nicht nur auf Basis des Lohns urteilt. Das Individuum ist stattdessen durch eine Einbindung in soziale Beziehungssysteme beeinflusst, die in die Kosten-Nutzen-Entscheidung von Migrationen mit einbezogen werden (Stark/Bloom 1985).

Im Kontext mit den oben genannten Hindernissen für die Migration muss auch eine andere Art von grenzüberschreitender Arbeitsmobilität in Betracht gezogen werden – das Pendeln. Pendelmobilität bietet Arbeitsmigranten die Möglichkeit, höhere Löhne im Ausland mit der Aufrechterhaltung des täglichen oder fast täglichen Kontakts zum Familien- und Freundeskreis zu kombinieren. Voraussetzung für einen solchen Schritt ins Ausland sind Arbeitsplätze in akzeptabler Distanz (gemessen in erster Linie nach Kosten und Zeit des Pendelns). Trotz dieser Vorteile in der tschechisch-deutschen Grenzregion bevorzugen nur 29 Prozent der potenziellen Migranten das Pendeln vor der temporären oder permanenten Migration. Die Arbeitnehmerfreizügigkeit vorausgesetzt, würde sich der Anteil auf nur noch 19 Prozent reduzieren. Was die maximale Pendeldistanz angeht, sind mehr als zwei Drittel bereit, maximal 50 Kilometer zwischen Wohnort und Arbeitsplatz zurückzulegen (Vavrečková et al. 2006).

Das Thema Migration ist vor allem in Zeiten des Arbeitskräftemangels im Fokus der Planungsbehörden auf allen Ebenen; dabei spielen auch Fragen der Integration von potenziellen Arbeitnehmern mit deutlich anderen sozialen und kulturellen Hintergründen eine wesentliche Rolle. Das Thema tschechisch-deutsche Grenzmigration und die Verknüpfung der Arbeitsmärkte beider Länder steht, aufgrund des oben erwähnten Mangels an Ärzten und anderem Fachpersonal auf dem sächsischen Arbeitsmarkt sowie der höheren Arbeitslosigkeit in beiden Regionen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Planungsbehörden auf sächsischer und tschechischer Seite und sogar bei grenzüberschreitenden Institutionen wie zum Beispiel der Euroregion Elbe/Labe. Die Euroregion hat bei ihrer Gründungskonferenz die Förderung der Zusammenarbeit in der regionalen Entwicklung sowie im Gesundheits- und Sozialwesen, als ihre Ziele definiert (Euroregion Elbe/Labe 2016).

Allerdings ist von der Zusammenarbeit der sächsischen Organe und den beauftragten Behörden in den Regionen Karlsbad und Aussig im Bereich Migration von Gesundheitspersonal in naher Zukunft wahrscheinlich nicht viel Unterstützung zu erwarten, da diese Regionen selbst mit Ärztemangel zu kämpfen haben. Im Jahr 2016 hat das tschechische

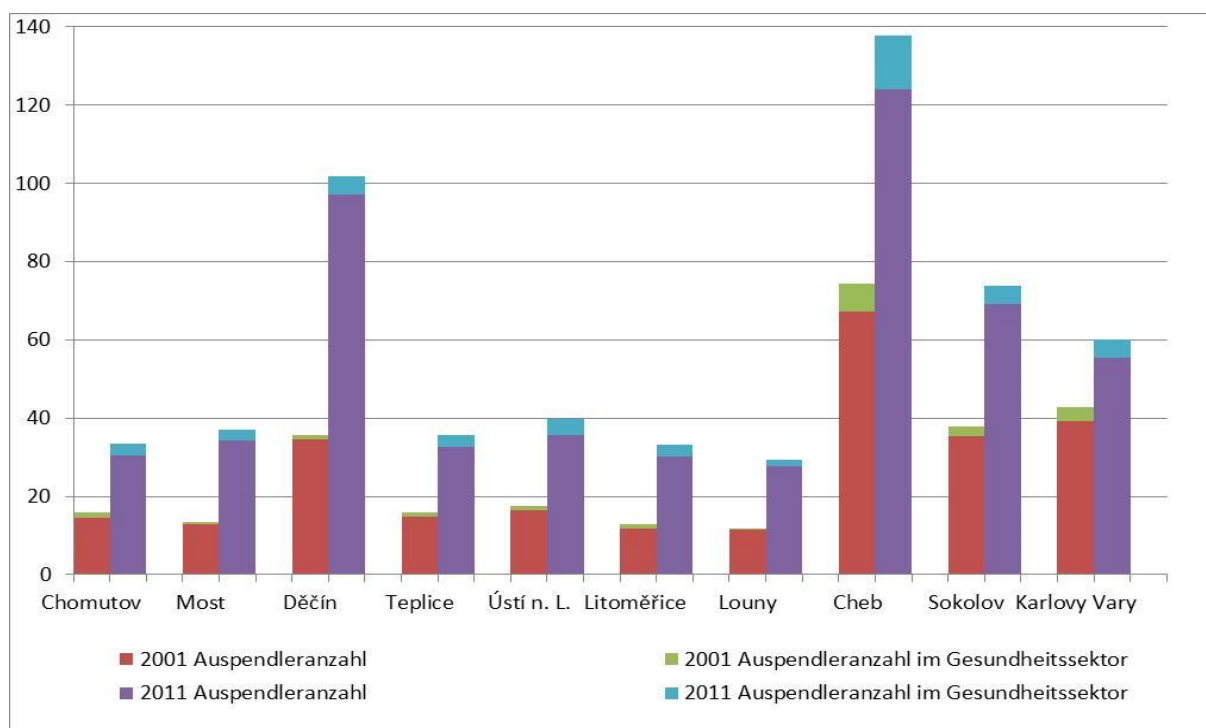


Gesundheitsministerium Bereiche mit begrenztem Zugang zu medizinischer Versorgung durch Hausärzte für Kinder und Jugendliche definiert. Das waren 41 Bereiche, dreizehn davon in der Region Aussig und fünf in der Region Karlsbad (Tschechisches Gesundheitsministerium/Ministerstvo zdravotnictví ČR 2016). Daher wird die Arbeitsmigration aus Tschechien nach Sachsen weiterhin auf individuellen Entscheidungen von Ärzten, die von sächsischen Einrichtungen unterstützt werden, basieren, und nicht auf der Unterstützung durch tschechische Behörden.

### 3 Kontextbedingungen

Zunächst wurde der Umfang der tschechischen Arbeitspendler in das Nachbarland untersucht (in diesem Fall begrenzt auf die tschechisch-sächsische Grenzregion). Die Daten zeigen die deutliche Steigerung in allen erfassten Gebieten der Region Aussig und Karlsbad zwischen 2001 und 2011. Den höchsten Anteil an Arbeitspendlern erreichen die Grenzbezirke Cheb und Děčín.

Abb. 1: Pendleranteil von ausländischen Arbeitskräften im Gesundheitssektor in den Jahren zwischen 2001 und 2011 in ausgewählten Grenzbezirken auf 10.000 Bewohner der Regionen Ústí nad Labem/Aussig und Karlovy Vary/Karlsbad

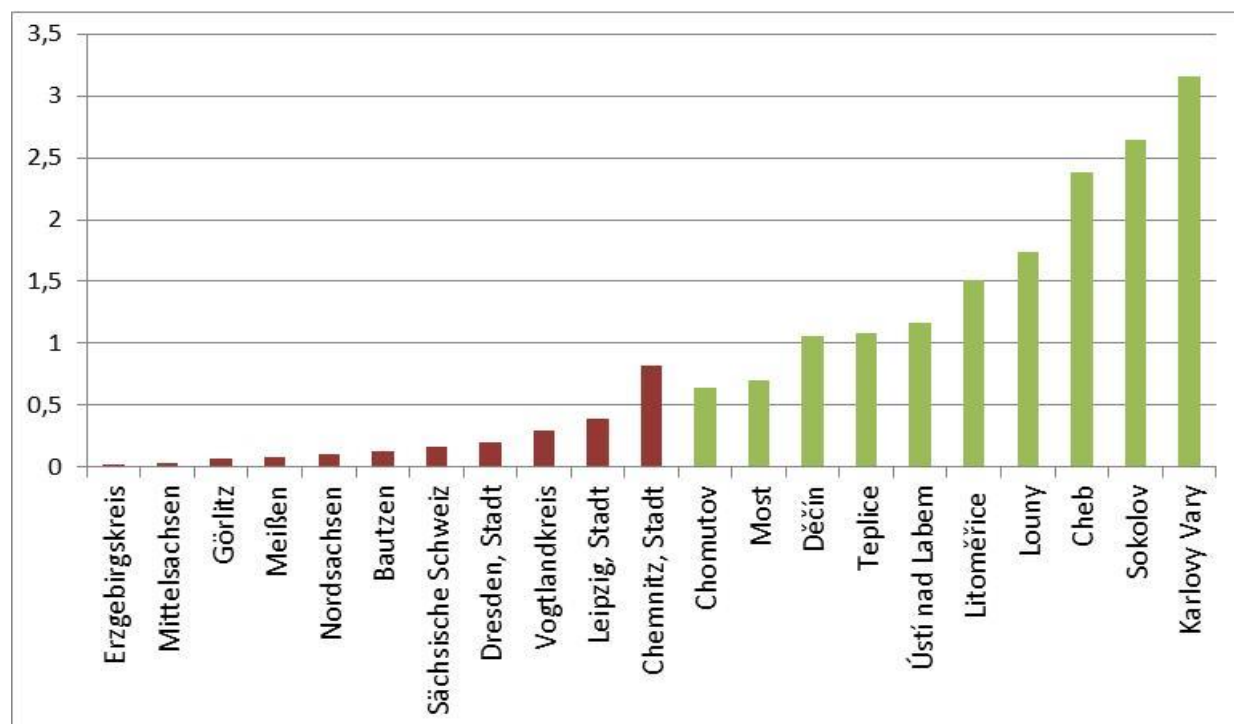


Quelle: ČSO, Volkszählung 2001 und 2011 (im Jahr 2011 wurden revidierte Daten verwendet – das Modell wurde mit fehlenden Daten über Fahrten verwendet)

Die steigende Anzahl von Arbeitsmigranten lässt sich durch die Änderung des Arbeits- und Aufenthaltsrechts durch den Beitritt Tschechiens zur Europäischen Union erklärt werden. Zunächst wurde nach dem EU-Beitritt Tschechiens (2004) kein massives Interesse an Arbeit im Ausland gemessen, allerdings bestand bis zum 30.04.2011 eine Übergangsfrist mit Beschränkung des deutschen und österreichischen Arbeitsmarktes (Constant/Zimmermann 2013). Die Regulierung des Arbeitsmarktes spiegelte sich in der Praxis darin wider, dass ein höherer Verwaltungsaufwand nötig war, um eine Arbeitserlaubnis zu erhalten (Holland et. al. 2011).

Die zunehmenden grenzüberschreitenden Pendelbeziehungen erfassten nicht nur Beschäftigte im Gesundheitssektor, sondern folgten dem allgemeinen Trend. Der Anteil an Personen, die zum Arbeiten in den Nachbarstaat pendelten, wuchs in allen erfassten Bezirken, wobei der höchste Anteil in den Grenzregionen mit engen Beziehungen zum Nachbarstaat verzeichnet wurde. Die Wahrscheinlichkeit, ein grenzüberschreitendes Arbeitsverhältnis einzugehen, ist eng mit dem Angebot an Arbeitsplätzen auf der deutschen Seite verknüpft.

Abb. 2: Anzahl der freien Stellen in der Gesundheitsversorgung in Sachsen, sowie den Regionen Karlovy Vary/Karlsbad und Ústí nad Labem/Aussig im Jahr 2014 auf 10.000 Bewohner der Verwaltungseinheit

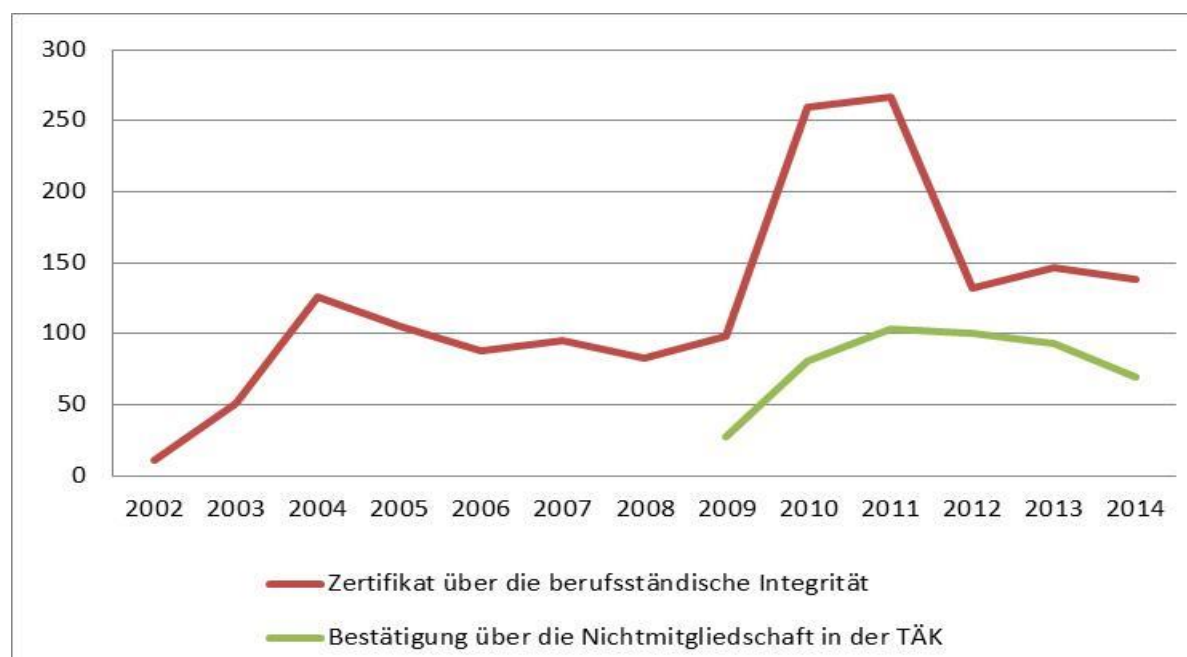


Quelle: Bundesagentur für Arbeit Sachsen 2014; Arbeitsamt der Tschechischen Republik 2014

Abbildung 2 illustriert die Differenz des Arbeitsangebots in den relevanten sächsischen und tschechischen Regionen. Die Nachfrage an Personal war auf tschechischer Seite im Erfassungszeitraum höher. Die höhere Nachfrage an Personal kann nicht nur als Mangel an personellen Ressourcen in der Region verstanden werden, sondern auch durch Abwanderung von Personal (vor allem von Krankenschwestern) ins Ausland. Das Ausmaß der Problematik zeigt sich durch die frühere bilaterale Kommunikation auf Regierungsebene der beiden Länder (Kořán 2010).

Um die grenzüberschreitende Mobilität und Migration von tschechischem Gesundheitspersonal zu ermitteln, bieten sich zunächst verschiedene statistische Indikatoren an, die sich aus den notwendigen administrativen Vorgängen für den grenzüberschreitenden Wechsel des Arbeitsplatzes ergeben. So müssen z.B. für den Wechsel eines tschechischen Mediziners nach Deutschland Zertifikate berufsständische Integrität sowie über die Nicht-Mitgliedschaft in der Tschechischen Ärztekammer ausgestellt werden und zwar in deutscher Sprache (Abb. 3). Die Anzahl ausgestellter Zertifikate hat zwei zeitliche Spitzen. Die erste (etwa 2004) mit dem Beitritt zur Europäischen Union (Wiskow 2006) und die im Vergleich signifikantere zweite Spitze zwischen 2009 und 2011.

Abb. 3: Ausstellungen von Zertifikaten über die berufsständische Integrität und die Bestätigung über eine Nichtmitgliedschaft in der Tschechischen Ärztekammer zwischen 2002 und 2014 (beide in deutscher Sprache)



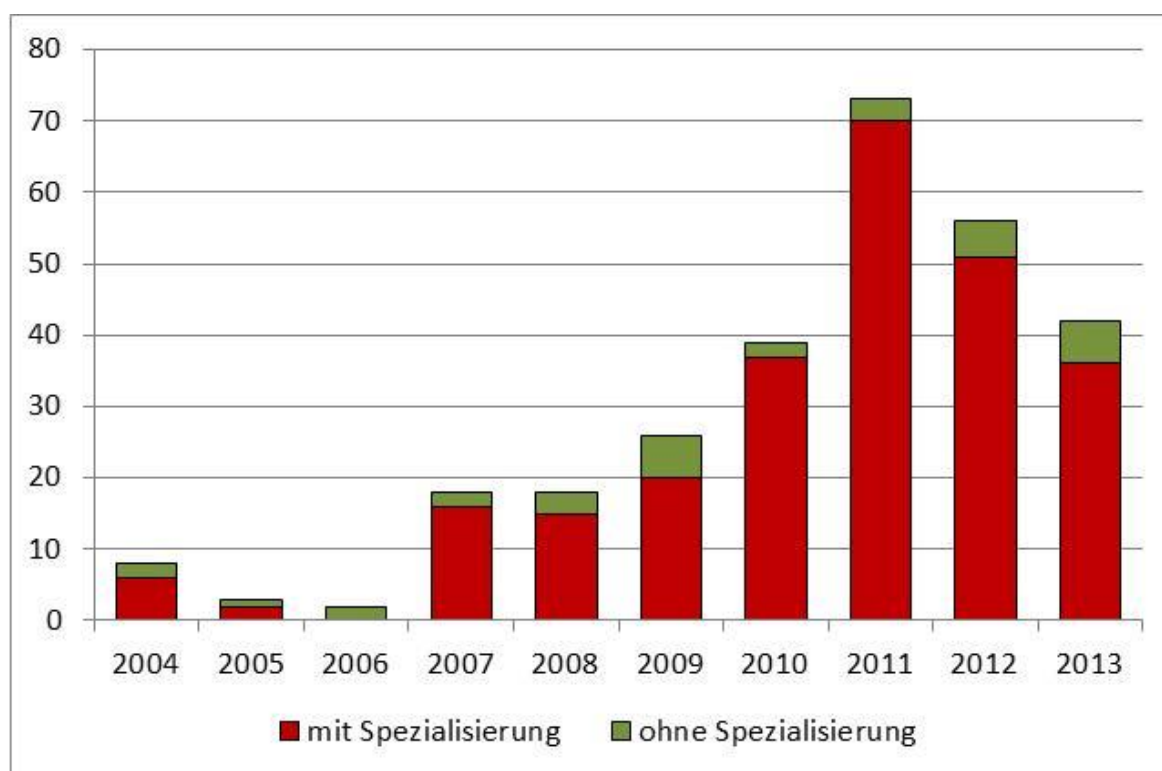
Quelle: Tschechische Ärztekammer 2014

Die zweite Spitze kann auf die landesweite Ärzteinitiative „Danke, wir gehen“ zurückgeführt werden. Diese Aktion war der Höhepunkt einer Protestbewegung tschechischer Ärzte, die die Unterfinanzierung des tschechischen Gesundheitssystems, die niedrigen Gehälter von medizinischem Fachpersonal und andere Mängel im Gesundheitssystem in Tschechien thematisierte. Die Proteste hatten unter anderem einen Anstieg der Auswanderungen tschechischer Ärzte zur Folge.

Die rote Linie (Abb. 3) zeigt die ausgestellten Bestätigungen über die Nichtmitgliedschaft in der Tschechischen Ärztekammer. Diese Bestätigung und das Sprachzertifikat sind notwendige Voraussetzungen für die Erteilung einer Arbeitsgenehmigung. Sie wurden hauptsächlich für junge Ärzte ausgestellt, die noch keine Mitglieder in der Ärztekammer sind und nach dem Studienabschluss im Ausland arbeiten wollen. Die Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen über eine Nichtmitgliedschaft folgt im Wesentlichen dem Trend unter älteren Berufskollegen, die seit 2009 ansteigt, mit dem Unterschied einer anhaltend rückläufigen Tendenz seit 2011.

Abbildung 4 zeigt die Neuankünfte tschechischer Ärzte im Freistaat Sachsen zwischen 2004 und 2013, differenziert nach Allgemeinmedizinern und Fachärzten. Die Entwicklung ist vergleichbar mit der gesamten Auswanderungssituation nach Deutschland, mit den bereits erläuterten Höhepunkten in den Jahren 2004 und 2011 (genauer hierzu: Wiskow 2006; Holt 2011). Zur Steigerung der Anzahl der migrierenden Ärzte hat die günstige geographische Lage Sachsens beigetragen, sowie die Lösung des Problems der Unterbesetzung in Sachsen und die schlechteren Arbeitsbedingungen auf tschechischer Seite. Die steigende Zahl der Anträge auf Bescheinigung der Nichtmitgliedschaft sowie die fehlende Spezialisierung der wandernden Ärzte lässt schlussfolgern, dass junge Ärzte (vor dem Abschluss) in den vergangenen drei beobachteten Jahren in wachsendem Ausmaß zu der Gesamtzahl der tschechischen Ärzte in der Region beitragen.

Abb. 4: Anzahl der tschechischen Ärzte, die von 2004 bis 2013 nach Sachsen kamen



Quelle: Bundesärztestatistik 2014

Die beschriebene Situation und die Lage auf der tschechischen Seite der untersuchten Grenzregion spiegelt sich in der folgenden Auflistung der ausländischen Ärzte auf sächsischer Seite (Tab. 1) wider. Ende 2015 machten tschechische Ärzte den bedeutendsten Anteil der Gesamtzahl an Ärzten aus. Insgesamt waren 2015 in Sachsen 23.776 Ärzte beschäftigt, davon 2.421 Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit aus insgesamt 92 Ländern.

Tab. 1: Anzahl ausländischer Ärzte nach Herkunftsland in Sachsen im Jahr 2015

Herkunftsland	Anzahl	Herkunftsland	Anzahl
Tschechien	370	Ukraine	99
Slowakei	271	Ungarn	98
Polen	218	Österreich	78
Rumänien	184	Griechenland	54
Syrien	169	Ägypten	44
Russland	144	Andere Länder	14
Bulgarien	116		

Quelle: Sächsische Landesärztekammer 2016

## ***4 Motive und Hindernisse bei der Migration nach Sachsen***

### **4.1 Methode**

Zur Ermittlung und Bewertung der wichtigsten Beweggründe und Hindernisse für tschechische Ärzte bei der Arbeitsmigration nach Deutschland wurden teilstrukturierte qualitative Interviews (Hendl 2005), mit neun tschechischen Ärzten und einer Pflegefachkraft durchgeführt, die in Sachsen leben und arbeiten oder nach einem Arbeitsaufenthalt in Sachsen wieder in die Tschechische Republik zurückgekehrt sind. Die Interviews konzentrierten sich nicht nur auf die Frage nach der Motivation, sondern auch auf die mit der Migration zusammenhängenden Formalitäten (Arbeitsplatzsuche, Bürokratie), die Akzeptanz in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz und die rückblickende Beurteilung der Migrationsentscheidung und mögliche weitere Migrationspläne. Auf diese Weise kann ein vollständiges Bild von der Situation geschaffen werden, die bislang vorwiegend anhand von statistischen Daten beschrieben wurde. Zudem wurden die Gesprächspartner gebeten, auf Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen Tipps zur Verbesserung der Migration und Integration zu geben; daraus konnten Handlungsempfehlungen für die relevanten Institutionen abgeleitet werden.

Für die Interviews wurden die wichtigsten Themen definiert, aber keine direkten Fragen formuliert, um den Interviewpartnern genügend Freiraum für ihre eigenen Schwerpunkte und Reflexionen zu geben.

Die Themen des Gesprächs waren folgende:

- grundlegende Information über den Interviewpartner – Alter, Spezialisierung, Berufserfahrung in der Tschechischen Republik;
- Motivation zur Migration nach Deutschland;
- Prozess der Arbeitsplatzsuche im Ausland;
- administrative Angelegenheiten;
- Erfahrungen mit institutionellen Fördermöglichkeiten;
- Sprachkenntnisse und -fähigkeiten;
- Akzeptanz am Arbeitsplatz;
- gesellschaftliche Akzeptanz;
- Vergleich;
- Pläne für die Zukunft;
- Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen.

Um die Kontakte herzustellen, wurden das Krankenhaus und die Wohnheime in Ústí nad Labem angesprochen. Diese Vorgehensweise war nicht erfolgreich, da seitens der Gesundheitseinrichtung keine Kooperation stattfand. Im Gegensatz dazu bewährte sich die Nutzung von sozialen Netzwerken, durch die eine große Anzahl an Menschen erreicht werden konnte, zum Beispiel in Deutschland lebende Tschechen. Außerdem kamen einige Kontakte durch persönliche Referenzen zustande. Am Ende fanden sich zehn Interviewpartner (Tab. 2), die von drei tschechischen und zwei deutschen Studierenden befragt wurden.

Tab. 2: Profile der Interviewpartner

Interview-partner	Geschlecht	Alter	Grund des Auslandsaufenthalts	Beruf/Fachrichtung
A	Weiblich	25	ERASMUS Praktikum	Gynäkologie/Geburtshilfe
B	Weiblich	29	Arbeit	Allgemeinmedizin
C	Männlich	29	Arbeit	Anästhesie
D	Männlich	33	Arbeit	Orthopädie
E	Weiblich	32	Arbeit	Krankenschwester
F	Weiblich	24	Arbeit	Krankenschwester
G	Weiblich	27	Arbeit	Kardiologie, Angiologie
H	Weiblich	49	Arbeit	Notfallmedizin
I	Männlich	Ca. 26	Arbeit	Allgemeinmedizin, Chirurgie
J	Männlich	Ca. 31	Arbeit	Radiologie

Quelle: eigene Erhebung

Die Interviewpartner hatten folgende Hintergründe:

- in zwei Fällen hatten die Interviewpartner kurzfristige Arbeitserfahrung in Deutschland (Praktikum),
- fünf Interviewpartner lebten und arbeiteten zum Zeitpunkt des Interviews in Deutschland;

- die anderen drei Interviewpartner verfügten über längerfristige Arbeitserfahrung in Deutschland, waren aber zum Zeitpunkt des Interviews wieder in die Tschechische Republik zurückgekehrt.

Die Interviews wurden entweder bei persönlichen Treffen oder via Video-Chat durchgeführt. Jedem Interviewpartner wurde das Ziel des Projekts erläutert, die Struktur des freien Gesprächs durch Zusatzfragen ergänzt. Die Interviews wurde nach Einwilligung der Interviewpartner aufgezeichnet und dann transkribiert. Anschließend wurde das Material einer thematischen Kodierung unterzogen. Die thematische Kodierung ist dazu geeignet, die Verteilung von Perspektiven auf ein bestimmtes Phänomen innerhalb einer sozialen Gruppe zu untersuchen (vgl. Flick 2011: 402). Ausgehend vom ersten untersuchten Fall wird ein Kategoriensystem entwickelt, das im Laufe der Kodierung der weiteren Fälle verfeinert wird. Dieses Vorgehen ermöglicht eine thematische Analyse quer zu den Einzelfällen, wobei der Rückbezug auf den jeweiligen Einzelfall zur Kontextualisierung von Aussagen stets möglich ist. Die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews werden im Folgenden vorgestellt.

#### **4.2 Motivation**

Häufig begründete sich die Motivation, in Deutschland eine Arbeit aufzunehmen, in vorangegangenen Erfahrungen in Deutschland im Rahmen eines Praktikums oder Auslandssemesters, häufig im Rahmen des Austauschprogramms ERASMUS. Damit verknüpft sind auch die Vorkenntnisse der deutschen Sprache. Zusätzlich trägt auch die Nähe zur sächsischen Grenze zur leichten Zugänglichkeit bei.

*„Nach meinem Praktikum in Dresden beschloss ich, in der Zukunft nach Deutschland zurückzukehren.“ (Interviewpartner F)*

Die größere Verfügbarkeit von Stellen und das breite Angebot an Spezialisierungen, der Zugang zu moderner medizinischer Technik und der damit verbundene Lerneffekt waren weitere Motive für die Migration.

*„Ein großer Unterschied sind auch die Karrierechancen, das große Stellenangebot und die verschiedenen Spezialisierungsmöglichkeiten.“ (Interviewpartner J)*

Die wichtigsten Faktoren für tschechische Ärzte, nach Deutschland zu gehen, sind die schlechteren Löhne und die exzessiven Überstunden an tschechischen Krankenhäusern. Eine Vielzahl von Arbeitnehmervertretungen an den sächsischen Krankenhäusern und bessere Arbeitsteilung führt laut den Interviewpartnern zu einem besseren Verhältnis von Ärzten zu ihren Patienten, da mehr Zeit in die Kommunikation zwischen Arzt und Patient investiert



werden kann. Ein weiterer wichtiger Grund für die Attraktivität des deutschen Arbeitsmarktes ist die modernere Ausstattung der Krankenhäuser, die ein effektiveres Arbeiten zulässt.

#### **4.3 Der Prozess der Arbeitssuche im Ausland**

Der häufigste Zugang zu einem Arbeitsvertrag war die direkte Ansprache von Personalverantwortlichen per E-Mail.

*„Ich habe auf der Website der deutschen Klinik, in der ich arbeiten wollte, die E-Mail-Adresse des Chefarztes gefunden und ihm einfach geschrieben.“ (Interviewpartner G)*

Die zweithäufigste Art war, auf Stellenausschreibungen zu antworten. Viele Ausbildungsstätten arbeiten auch direkt mit zukünftigen Arbeitgebern zusammen – so haben Absolventen die Möglichkeit, nach dem Abschluss beschäftigt zu werden.

*„Der Chef eines Altenheims kam zu uns in die Schule und bot uns Jobs an. Nach meinem Abschluss ging ich zum Arbeiten nach Freiberg in ein Pflegeheim.“ (Interviewpartnerin F)*

Die Dienste der Arbeitsvermittlungen erwiesen sich in den meisten Fällen als unwirksam.

*„Zuerst habe ich eine Arbeitsvermittlungsagentur genutzt. Allerdings gefiel mir ihr Angebot nicht. Deshalb habe ich selbst begonnen, nach einer Arbeit zu suchen.“ (Interviewpartner B)*

#### **4.4 Verwaltungsangelegenheiten und Förderung von Migranten**

Nach den Erfahrungen der Interviewpartner gab es bei den für die Migration und Arbeitsaufnahme zuständigen Behörden in Sachsen wenig Erfahrung und Flexibilität im Umgang mit den ausländischen Bewerbern.

*„Die Behörden in Deutschland sind völlig unflexibel und unvorbereitet auf alle Nicht-Standard Verfahren, wie zum Beispiel, wenn ein Arbeitsplatz mit einem Ausländer besetzt wird.“ (Interviewpartner C)*

Zu den notwendigen Formalitäten gehört die Übersetzung amtlicher Dokumente ins Deutsche. Hierzu gehören der Universitätsabschluss, die Bescheinigung über die Qualifikation für den Arztberuf, die Geburtsurkunde und vieles mehr. Es ist zudem erforderlich, eine deutsche Krankenversicherung abzuschließen und ein deutsches Bankkonto zu eröffnen.

*„Ich habe vom Gesundheitsministerium eine Art Führungszeugnis bekommen, das meine Unbescholtenheit bestätigt. Alle Dokumente mussten offiziell beglaubigt sein und auf Deutsch übersetzt. Zuerst habe ich gewartet, bis ich das Diplom bekommen habe, das dann vom*

*Lateinischen ins Tschechische und dann vom Tschechischen ins Deutsche übersetzt werden musste.“ (Interviewpartner B)*

Einem Interviewpartner zufolge ist es viel einfacher und der Verwaltungsprozess wird erheblich beschleunigt, wenn man einen festen Wohnsitz in Deutschland hat. Darüber hinaus sind Ärzte aus der Bekanntschaft oder Verwandte, die bereits in Sachsen tätig sind, eine große Hilfe. Diese Form der Unterstützung empfanden die Interviewpartner bei der Suche nach Arbeit im Ausland am wirksamsten.

*„Bei der Arbeitserlaubnis in Deutschland haben mir Bekannte geholfen – tschechische Ärzte, die bereits Erfahrung mit Arbeiten im Ausland haben.“ (Interviewpartner J)*

#### **4.5 Sprachkenntnisse**

Wie bereits dargestellt, ist die Sprachbarriere das größte Hindernis, um eine Stelle als Fachkraft in einem sächsischen Krankenhaus zu finden. Um in Deutschland als Arzt praktizieren zu dürfen, ist der Nachweis von Sprachfähigkeiten auf mindestens B2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens zu erbringen.

*„Ich habe das Sprachdiplom auf Niveau B2 auch gemacht. Wahrscheinlich geht es darum beim Gespräch am meisten.“ (Interviewpartner G)*

*„Das B2-Niveau ist wirklich das Mindeste, das man nachweisen muss, damit man sich in der Arbeitswelt in Deutschland zurechtfindet.“ (Interviewpartner C)*

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Deutschkenntnisse bietet sich dann in den sächsischen Krankenhäusern.

*„Freunde erzählten mir, dass einige Krankenhäuser sehr an tschechischen Ärzten interessiert sind. Deshalb bieten sie ihnen kostenlose Sprachkurse an.“ (Interviewpartner J)*

Deutschsprachkurse für Ärzte bietet das Goethe-Institut an. Die meisten Ärzte wissen von den Kursen im Goethe-Institut, aber nur wenige nehmen sie wahr. Manche Gesprächspartner nahmen an Sprachkursen teil, bevor sie sich in Deutschland nach einem Arbeitsplatz umsahen, um das erwähnte Sprachzertifikat zu erwerben. Viele der Interviewpartner, die zum Arbeiten nach Deutschland gingen, taten dies direkt nach dem Studienabschluss und hatten bereits deutsche Sprachkenntnisse, die sie im Rahmen von Auslandsaufenthalten erworben hatten.

#### 4.6 Akzeptanz am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft

Keiner der Interviewpartner beschwerte sich über längerfristige Integrationsprobleme am Arbeitsplatz. Nach Meinung der Gesprächspartner liegt das unter anderem an dem hohen Anteil ausländischer Ärzte im sächsischen Gesundheitswesen (rd. 10%, Sächsische Landesärztekammer 2016), so dass ihre Präsenz für die deutschen Patienten keine Besonderheit darstellt. Gerade hinsichtlich ihrer tschechischen Herkunft beobachteten sie eine große Sympathie.

*„Ich kann sagen, dass Tschechen und Slowaken in Deutschland beliebt sind. Wir haben sogar einen besseren Ruf als Polen und andere osteuropäische Nationen.“ (Interviewpartner G)*

*„Die Sprachbarriere kann anfangs die Integration am Arbeitsplatz behindern. Ist sie überwunden, gibt es kein Problem mehr. Man wird herzlich aufgenommen.“ (Interviewpartner I)*

Auch die Akzeptanz seitens der Patienten war gut.

*„Die deutschen Patienten akzeptierten mich ohne Probleme. Vielleicht liegt das auch daran, dass sie nicht die Kraft hatten, sich zu beschweren.“ (Interviewpartner H)*

Die Integration im alltäglichen (sozialen) Leben stellte sich für die tschechischen Ärzte jedoch schwieriger dar. Als Gründe wurden mangelnde Möglichkeiten der Begegnung außerhalb des Arbeitsplatzes (auch wegen der hohen Arbeitsbelastung), die empfundene Zurückhaltung der Deutschen sowie teilweise die Bildung eigener Herkunftsgruppen angesehen. Ein weiteres Integrationshemmnis wurde jedoch auch in der grenzüberschreitenden Lebensführung gesehen: jene Gesprächspartner, die häufig in der Freizeit nach Tschechien fuhren, um dort Zeit mit Familie und Freunden zu verbringen, fanden keine Zeit und Gelegenheit, um Aktivitäten außerhalb des Arbeitsplatzes in Deutschland nachzugehen und auf diese Weise Alltagskontakte zu Deutschen aufzubauen.

*„Sich in die deutsche Gesellschaft zu integrieren war schwierig. Mit meinen tschechischen Kollegen konnte ich in meiner Muttersprache kommunizieren. Doch das [hat] nicht gerade dazu beigetragen, aus der tschechisch-slowakischen Gruppe auszubrechen und sich unter den Deutschen zu integrieren.“ (Interviewpartner J)*

*„Ich denke, die Deutschen sind sehr verschlossen. Die Integration ist schwierig, vor allem wegen der Arbeit – wir hatten nicht viel Freizeit übrig, um neue Freunde zu gewinnen.“ (Interviewpartner I)*

#### **4.7 Zukunftspläne**

*„Für uns (Tschechen) ist es schwer vorstellbar, dass es Leute gibt, die 500 Kilometer zu ihrer Familie pendeln, aber, wenn man 3.000 Euro im Monat verdient, dann ist es kein Problem, ein Flug- oder Zugticket zu kaufen.“ (Interviewpartner A)*

Viele der im Gesundheitswesen Tätigen, die ins Ausland gehen, sind junge Leute, die in Deutschland bleiben wollen. Bei anderen steht die Weiterbildung und das Geldverdienen im Vordergrund, um sich eine gute Ausgangsbasis für die Rückkehr zu erarbeiten.

Viele Interviewpartner fahren in ihrer Freizeit regelmäßig nach Tschechien, um dort Familie und Freunde zu besuchen. Während dies anfangs als erträgliche Belastung betrachtet wird, kann sich die Beurteilung der Lage mit der Zeit ändern, insbesondere, wenn Änderungen der familiären Situation, wie z.B. Heirat oder Elternschaft, anstehen. Unter den Interviewpartnern war auch eine Ärztin, die täglich zur Arbeit pendelte. Da dies sehr zeitaufwendig war, hat sie ihre Arbeit in Deutschland aufgegeben und ist nach Tschechien zurückgekehrt.

#### **4.8 Vorschläge, Empfehlungen**

Hinsichtlich der Empfehlungen für einen Auslandsaufenthalt waren sich die Interviewpartner einig, dass mit einem ersten, befristeten Aufenthalt während der Ausbildung ein guter Grundstein für die spätere Auslandstätigkeit gelegt ist. Ein Auslandssemester oder Auslandspraktikum bietet die Gelegenheit, die deutsche Sprache besser zu erlernen, das Leben in Deutschland auszuprobieren und vor allem die Gepflogenheiten und Arbeitsatmosphäre in deutschen Krankenhäusern kennen zu lernen. Auf dieser Grundlage kann die spätere Mobilitätsentscheidung auf einer realistischeren Grundlage getroffen und die Orientierungsphase verkürzt werden.

*„Ich würde empfehlen, zuvor ein Praktikum in Deutschland oder Österreich zu absolvieren. Vielleicht über das Erasmus-Programm, oder man schreibt einfach das Krankenhaus an, um sich über die Möglichkeiten eines Praktikums zu informieren. Das hilft, sich besser im deutschen System zu orientieren.“ (Interviewpartner G)*

Gelegenheit zur Verbesserung sehen die Gesprächspartner in der Vereinfachung des Verwaltungsprozesses, indem man die ins Deutsche zu übersetzenden Dokumente in ihrer Anzahl begrenzt. Ein Vorschlag lautete, ein EU-weit gültiges Format für Bescheinigungen und Zertifikate von Gesundheitsberufen einzuführen. Ein Augenmerk kann auch auf die Förderung von Sprachkursen gelegt werden, die zur Verbesserung der für medizinische

Berufe notwendigen Sprachkenntnisse beitragen; auch gemeinsame Unternehmungen würden die soziale Integration fördern.

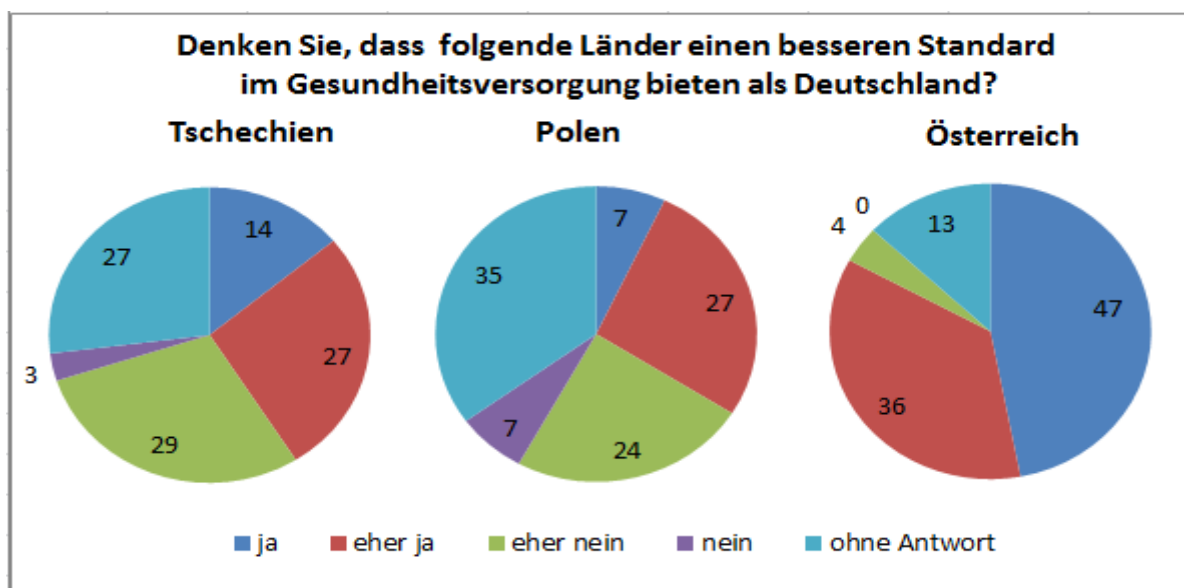
*„Die Arbeitgeber haben einen wichtigen Schritt gemacht, wenn es um die Möglichkeit der Teilnahme an Sprachkursen geht. Wenn sie noch ein paar gesellschaftliche Veranstaltungen für die Mitarbeiter organisieren würden, die helfen den Teamgeist zu stärken, wäre das toll.“  
(Interviewpartner J)*

### **5 Akzeptanzrate von ausländischen Ärzten bei Senioren in Sachsen**

Ein weiterer Baustein des deutsch-tschechischen Projektseminars war die Untersuchung der Akzeptanz ausländischer Ärzte unter älteren Menschen in Sachsen. An dieser Stelle wurde der Forschungsfokus auf tschechische Ärzte aufgehoben, da angenommen wurde, dass es einerseits den deutschen Patienten schwerfallen würde, ausländische Ärzte einer bestimmten Nationalität zuzuordnen, so dass die Befragung an dieser Stelle scheitern würde. Zudem machen tschechische Ärzte nur einen Teil aller ausländischen Ärzte in Sachsen aus, so dass es schwierig werden würde, aussagefähige Probanden zu finden. Ältere Menschen (ab 50 Jahren) wurden als Zielgruppe der Befragung ausgewählt, da mit fortschreitendem Alter die Nachfrage nach ärztlicher Behandlung und Gesundheitsdienstleistungen zunimmt, so dass in dieser Altersgruppe besonders viele Erfahrungen mit ausländischen Ärzten vorliegen könnten. Die Umfrage wurde sowohl online, als auch in Papierform durchgeführt. Wie die Forscher bereits erwartet hatten, stellte sich heraus, dass die Rückmeldung aufgrund fehlender Internetkompetenz der älteren Generationen bei der Online-Befragung gering war.

Insgesamt beantworteten die Umfrage 56 Teilnehmer – Deutsche im Alter 50 plus, von denen 71 Prozent bereits direkte Erfahrungen mit einem Arzt aus dem Ausland hatten. Von den übrigen Befragten gaben 56 Prozent an, dass sie sich eine Behandlung durch einen ausländischen Arzt vorstellen könnten. Von der oben definierten Gruppe wurde die Qualität der Gesundheitsversorgung in Tschechien oder Polen geringer eingeschätzt als in Deutschland oder Österreich.

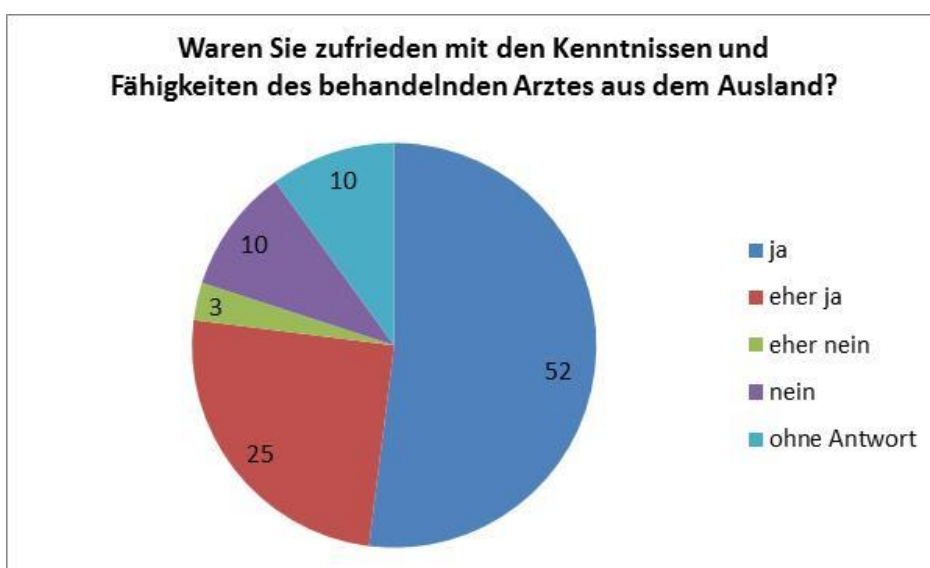
Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Denken Sie, dass folgende Länder einen besseren Standard bei der Gesundheitsversorgung bieten als Deutschland?“ nach den einzelnen Ländern



Quelle: eigene Befragung, n = 56

Trotz der empfundenen geringeren Qualität des Gesundheitssystems in den postsozialistischen Ländern Tschechien und Polen, war die überwiegende Mehrheit zufrieden mit der Behandlung durch ausländische Ärzte. Mehr als drei Viertel der Befragten waren zufrieden mit den Leistungen, während 13 Prozent nicht oder eher nicht zufrieden waren.

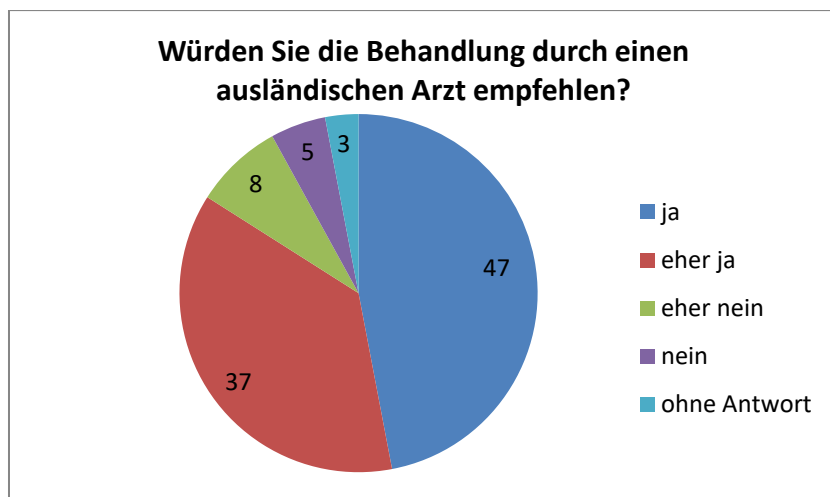
Abb. 6: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Waren Sie zufrieden mit den Kenntnissen und Fähigkeiten des behandelnden Arztes aus dem Ausland?“



Quelle: eigene Befragung, n = 56

Der positive Eindruck von ausländischen Ärzten bestätigte sich auch bei der Frage, ob sie eine Behandlung durch einen ausländischen Arzt ihren Freunden oder der Familie empfehlen würden – vier Fünftel der Befragten stimmten zu.

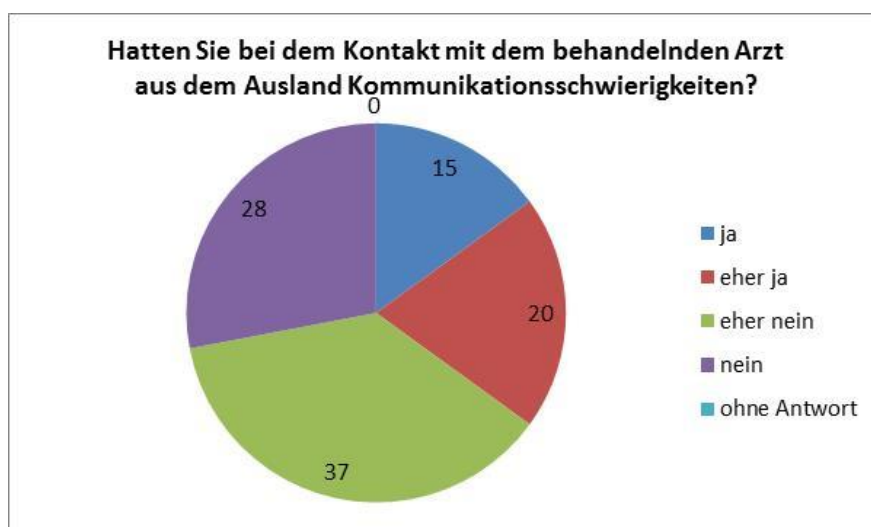
Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage „Würden Sie die Behandlung durch einen ausländischen Arzt empfehlen?“



Quelle: eigene Befragung, n = 56

Die Sprachbarriere kann noch immer eine Rolle spielen, wenn es um die Beurteilung der Behandlungsqualität geht. Mehr als ein Drittel der Befragten, gaben an, dass sie bereits Kommunikationsprobleme im Kontakt mit einem ausländischen Arzt erlebt hatten.

Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Antwort auf die Frage „Hatten Sie bei dem Kontakt mit dem behandelnden Arzt aus dem Ausland Kommunikationsschwierigkeiten?“



Quelle: eigene Befragung, n = 56

Die oben dargestellten Antworten bestätigen die positive Beziehung der Senioren in Sachsen zu medizinischem Fachpersonal aus den Nachbarländern. Es ist möglich, dass dies eine pragmatische Haltung ist, da - wie folgende Antworten zeigen -, die meisten Befragten um die schwierige Personalsituation im sächsischen Gesundheitswesen wissen und damit um die Notwendigkeit von Einstellungen ausländischer Ärzte.

Abb. 9: Prozentuale Zustimmung/Ablehnung des Satzes „In den kommenden Jahren wird es in Sachsen mehr Bedarf an ausländischen Arbeitskräften im Gesundheitswesen geben.“



Quelle: eigene Befragung, n = 56

Im Vergleich mit den generellen Aussagen zur Beschäftigung ausländischen Personals in Deutschland (Abb. 10) fällt die Befürwortung in den medizinischen Berufszweigen doppelt so hoch aus, als in anderen Arbeitsmarktsegmenten.

Abb. 10: Prozentuale Zustimmung/Ablehnung des Satzes „Es gibt keine Notwendigkeit für die verstärkte Suche nach ausländischem Personal für die deutsche Wirtschaft, wir sollten auf eigene Ressourcen zurückgreifen.“



Quelle: eigene Befragung, n = 56



## **6 Fazit**

Im Mittelpunkt dieses Beitrags stand die Untersuchung des grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes für Ärzte und Gesundheitsfachkräfte. Die Problematik des Fachkräftemangels in diesen Berufsgruppen in der Grenzregion wurde auf Grundlage von quantitativen Daten der Statistikämter, den Daten der Ärztekammern und mittels teilstrukturierter, qualitativer Interviews untersucht. Ziel war es, die Erfahrungen der Arbeitsmigranten zu reflektieren und Möglichkeiten und Hindernisse der grenzüberschreitenden Arbeitskräftemobilität zu bestimmen.

Nach der EU-Integration Tschechiens im Jahre 2004 intensivierte sich die Arbeitsmigration, nicht nur unter medizinischen Fachkräften. Das verstärkte Interesse an der Arbeit im Nachbarland zeigt die Anzahl ausgestellter Bescheinigungen über berufsrelevante Kenntnisse der deutschen Sprache und die Bestätigung über eine Nichtmitgliedschaft in der Tschechischen Ärztekammer.

Das Fazit über eher geringere Auswirkungen der Abschaffung der Regulierungsmaßnahmen bezüglich (1. Mai 2015) des Zugangs zum deutschen Arbeitsmarkt (Constant, Zimmermann 2013) wurde auch durch die Migration von medizinischem Fachpersonal bestätigt. Man kann daher der Aussage zustimmen, dass die Verringerung des Verwaltungsaufwandes in diesem Fall nicht zu einer grundlegenden Änderung der Anzahl der Migranten aus der Tschechischen Republik beigetragen hat. Neben diesen als Pull-Faktor definierten administrativen Erleichterungen unterstützte der Höhepunkt der Wirtschaftskrise, wie Holt beschreibt (2011), als Push-Faktor die Migration von Ärzten, die dem unterfinanzierten tschechischen Gesundheitssystem ins Ausland entfliehen.

Neben diesen Migrationshöhepunkten ist das Desinteresse an Arbeitsmigration mit dem relativen Mangel an Arbeitsplätzen auf tschechischer Seite verbunden, wo das Angebot das der deutschen Seite (mit der Ausnahme von Chemnitz) übertrifft.

Einen weiteren Einblick in die Wanderungsmotive tschechischer Ärzte nach Sachsen geben die Interviews. Die Hauptmotivation des medizinischen Fachpersonals für eine Migration oder Pendelmobilität sind vorangegangene Erfahrungen im Ausland während des Studiums, die Kenntnis der deutschen Sprache, bessere medizinische Geräte, bessere Bezahlung, weniger Überstunden und die günstige geografische Lage. Der letztgenannte Faktor zeigt sich vor allem in der Anzahl an Pendlern in den Regionen Cheb und Děčín in die sächsischen Regionen.

Auf der Suche nach einem Arbeitsplatz wurden Initiativbewerbungen oder Bewerbungen auf Stellenausschreibungen bevorzugt durchgeführt. Die Suche über Vermittlungsagenturen oder andere institutionalisierte Vorgehensweisen erwiesen sich als wirkungslos. Der Verwaltungsprozess für den Erhalt einer Arbeitserlaubnis wurde als kompliziert eingestuft. Nach den anfänglichen administrativen Schwierigkeiten waren jedoch keine weiteren Hürden zu überwinden, was den Zugang zum Arbeitsplatz und die Akzeptanz dort – auch seitens der Patienten – angeht. Komplizierter gestaltete sich dagegen die gesellschaftliche Integration, unter anderem wegen des hohen Arbeitspensums und der Bildung von tschechisch-slowakischen Gruppen unter den Mitarbeitern.

Die Akzeptanz von medizinischem Fachpersonal aus dem Ausland durch die Patienten wurde in Form eines Fragebogens unter Senioren (50+) in der relevanten Region auf deutscher Seite untersucht. Die Umfrage zeigt, dass das Niveau der tschechischen Gesundheitsversorgung gegenüber der deutschen als qualitativ schlechter betrachtet wird, allerdings die Erfahrung mit ausländischen Ärzten von den Patienten in der Regel als positiv bewertet wird. Diese Bewertung basiert teilweise auf der pragmatischen Haltung der Befragten, die sich des Personalmangels im sächsischen Gesundheitswesens bewusst sind.

Für die beschriebene Situation gibt es keine einfache Lösung. Wie bereits dargestellt, ist die Besetzung offener Stellen auf beiden Seiten der Grenze ein Problem. Man sollte sich auf die Verbesserung der Bedingungen für die Arbeitskräftemobilität und die langfristigen Auswirkungen der Migration zwischen Tschechien und Sachsen konzentrieren, besonders auf die Vereinfachung und Erleichterung der Verwaltungsprozesse, die mit der Vorbereitung eines Wohnortwechsel verbunden sind (z.B. Übersetzung von Dokumenten, Einheitlichkeit medizinischer Zertifizierung innerhalb der EU-Länder). Ein weiterer Faktor zur Förderung der Mobilität des medizinischen Fachpersonals, ist das Aufwerten von Sprachkenntnissen und Berufspraxis in Form einer Förderung des Spracherwerbs und von Auslandspraktika, insbesondere durch direkte Kontakte relevanter Ausbildungsinstitutionen im Grenzraum. Der dritte Faktor ist die spätere Zusammenarbeit mit den Angestellten in Hinblick auf deren Integration ins deutsche Umfeld durch den Arbeitgeber.

## ***Literaturverzeichnis***

Blažek, J./Uhlíř, D (2011): *Teorie regionálního rozvoje: nástin, kritika, implikace*. 2. vydání. Karolinum, Praha, S. 342.

Brázová, V. K./Ezzedine, P./ Gladišová, L./Glazar, O./Klípa, O./Levrincová, P./Mikeš, A./Říhová, M./Schroth, J./Sládková, L./Stojanov R./Strielkowski, W. ( 2011): *Migrace a rozvoj: Rozvojový potenciál mezinárodní migrace*. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd. Praha, 03.05.2016 <http://www.iom.cz/publikace-vyzkum/monografie-migrace-a-rozvoj>.

Bundesärztekammer (2013): *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012*, 07.05.2016 <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2012/>.

Drbohlav, D./Uherek Z. (2007): *Reflexe migračních teorií*. *Geografie*, 2, S. 125-141.

Euroregion Elbe/Labe (2016): *Cíle a úkoly*, 07.03.2016 <http://www.euroregion-elbe-labe.eu/cz/o-nas/cile-a-ukoly/>.

Fendrich, K./Hoffmann, W. (2007): "More than just aging societies: The demographic change has an impact on actual numbers of patients." In: *Journal of Public Health*, 15, nr.. 5, S. 345-351.

Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt, Reinbek.

Hendl, J. (2005): *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Portál, Praha.

Holland, D./Fic, T./Rincon-Aznar, A./Stokes, L./Paluchowski, P. (2011): "Labour mobility within the EU - The impact of enlargement and the functioning of the transitional arrangements." In: *National Institute of Economic and Social Research Final Report*, (379), S. 1-144.

Holt, E. (2011): *Czech doctors resign en masse*. *The Lancet*, 377(9760), S. 111-112.

King, R. (2012): "Theories and typologies of migration: an overview and a primer." In: *Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations*, 3.

Lee, E. (1966): *A Theory of Migration*. *Demography*, 3, S. 47-57.

Maier, T./Afentakis, A. (2013): "Forecasting supply and demand in nursing professions: impacts of occupational flexibility and employment structure in Germany." In: *Human resources for health*, 11, nr.. 1, S. 24.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016): Seznam oblastí s omezenou dostupností zdravotních služeb praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost.

27.04.2016 [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/program-na-podporu-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb-prakticky-lekaru\\_11690\\_3.html/](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/program-na-podporu-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb-prakticky-lekaru_11690_3.html/).

Rechel, B. et al. (2009): Health Systems and Policy: How can health systems respond to population ageing ? WHO, S. 43.

Sächsische Landesärztekammer (2016):Arztzahlen in Sachsen - Anteil der ausländischen Ärzte steigt weiter.

02.05.2016 [https://www.slaek.de/de/04/pressemitteilungen/2016/024\\_Arztzahlen\\_in\\_Sachsen\\_.php/](https://www.slaek.de/de/04/pressemitteilungen/2016/024_Arztzahlen_in_Sachsen_.php/).

Smrčka, L./Artlová, M. (2012): Ekonomické aspekty stárnutí populace ve vyspělých zemích. Politická ekonomie, 1, S. 113-132.

Stark, O./Bloom D.E. (1985): “The New Economics of Labor Migration.” In: American Economic Review, Nr. 75, S. 173-178.

Vavrečková, J./Fischlová, D./Janata, Z./Horáková, M./Michalička, L./Severová, S. (2006): Migrační potenciál po vstupu ČR do EU: výsledky terénního šetření. VÚPSV Praha, 02.05.2016 [www.praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_189.pdf/](http://www.praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_189.pdf/).

WHO (1990):Coordinated health and human resources development. Technical Report Series Nr. 801.

WHO (2015): Global Health Observatory Data Repository, 02.05.2016 <http://apps.who.int/gho/data>.

Weinhold, I./Gurtner, S. (2014): “Understanding Shortages of Sufficient Health Care in Rural Areas.“ In: Health Policy, 118, Nr.i. 2, S. 201-214.

Wiskow, C. (2006): Health worker migration flows in Europe : Overview and case studies in selected CEE countries – Romania , Czech Republic , Serbia and Croatia. Geneva: International Labour Office.