

# STUDIE

## Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen als Ärztin/Arzt und Zahnärztin/Zahnarzt in Österreich



Eine quantitativ-qualitative Studie über aktuelle Herausforderungen  
und Verbesserungsvorschläge für die Arbeitsmarktintegration

August Gächter, Juliet Tschank  
(Zentrum für soziale Innovation)

Milica Tomić-Schwingenschlögl, Yerivan Pruscha  
(Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen)

# **Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen als Ärztin/Arzt und Zahnärztin/Zahnarzt in Österreich**

Eine quantitativ-qualitative Studie über aktuelle Herausforderungen  
und Verbesserungsvorschläge für die Arbeitsmarktintegration

**August Gächter, Juliet Tschank** vom Zentrum für soziale Innovation (ZSI)

**Milica Tomić-Schwingenschlögl, Yerivan Pruscha** vom Beratungszentrum für  
Migranten und Migrantinnen, Anlaufstellenkoordination

Mai 2020

## **Impressum:**

Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, Koordination – Anlaufstellen für  
Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen (AST)

Nordbahnstraße 36/2/2

1020 Wien

[www.anlaufstelle-erkennung.at](http://www.anlaufstelle-erkennung.at)

Die Inhalte dieses Berichtes wurden mit größtmöglicher Sorgfalt recherchiert und erstellt. Für  
die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte wird keine Haftung übernommen.  
Stand 2019

ZVR-Zahl: 073817253



**Beratungszentrum  
für Migranten und  
Migrantinnen**



**Anlaufstelle**  
für Personen mit im Ausland  
erworbenen Qualifikationen

 **Bundesministerium**  
Arbeit, Familie und Jugend

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Familie und Jugend

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Ausgangslage .....	2
3.	Anerkennung von ausländischen Qualifikationen.....	5
3.1.	Nostrifizierung: Anerkennung von Studienabschlüssen.....	5
3.2.	Nostrifikation: Anerkennung von Schulabschlüssen.....	6
3.3.	Nostrifikation und Nostrifizierung von Zeugnissen und Qualifikationsnachweisen von sonstigen nicht ärztlichen Gesundheitsberufen .....	6
3.4.	Berufliche Anerkennung (Berufszulassung) im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen .....	6
3.5.	Gleichhaltung von Lehrabschlüssen .....	7
3.6.	Bewertung von akademischen Diplomen und schulischen Zeugnissen .....	7
4.	Nostrifizierung und Erhalt der Berufsberechtigung in Österreich .....	8
4.1.	Humanmedizin.....	8
4.2.	Zahnmedizin .....	12
4.3.	Nostrifizierung und Erhalt der Berufsberechtigung im internationalen Vergleich ...	13
4.3.1.	Deutschland.....	13
4.3.2.	Schweden .....	15
5.	Beratungsangebote und ihre Entstehung .....	17
5.1.	Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen.....	17
5.2.	Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen (AST) .....	17
5.3.	Anlaufstellenkoordination .....	18
5.4.	Check In und Check In Plus (CIP) .....	18
6.	Qualitativer Forschungsteil: Interviews mit ÄrztInnen und ExpertInnen .....	21
6.1.	Einleitung.....	21
6.2.	Die InterviewpartnerInnen.....	21
6.3.	Methode .....	21
6.3.1.	NostrifikantInnen – Darstellung der Ergebnisse .....	22
6.3.2.	ExpertInnen – Darstellung der Ergebnisse.....	30
7.	Quantitativer Forschungsteil: Befragung der Ärztinnen und Ärzte.....	34
7.1.	Fragestellung .....	34
7.2.	Die Befragten.....	34
7.3.	Methoden.....	40
7.4.	Beschreibung der Verfahrensdauer .....	41
7.4.1.	Erreichte Verfahrensschritte und Antragszeitpunkt .....	41
7.4.2.	Kein Antrag .....	45

7.4.3.	Angaben zur Dauer der Verfahrensschritte .....	45
7.4.4.	Die Verfahrensdauer bis zum Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste .....	48
7.4.5.	Die Verfahrensdauer bis die Prüfungen absolviert sind .....	49
7.5.	Anzahl der Prüfungen .....	50
7.5.1.	Gibt es erkennbare Folgen der Mitwirkungspflicht?.....	59
7.6.	Die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitstrainings bzw. Praktikums .....	60
7.7.	Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse .....	62
7.8.	Empfundene Fairness des Verfahrens .....	67
8.	Ausblick seit den Interviews und der Umfrage.....	70
9.	Empfehlungen .....	72
10.	Quellenverzeichnis .....	74
11.	Tabellenverzeichnis.....	81
12.	Abbildungsverzeichnis .....	82

## **1. Einleitung**

Seit Mitte der 2000er Jahre ziehen vermehrt HochschulabsolventInnen aus dem Ausland nach Österreich zu. Das betrifft insbesondere Wien, wo im laufenden Jahrzehnt rund die Hälfte des Zuzugs aus EU-15 und EFTA Staaten, rund ein Viertel des Zuzugs aus den anderen EU-Staaten und rund ein Drittel des Zuzugs aus Nicht-EU-Staaten, sofern sie nicht in Österreich noch eine Ausbildung machten, einen Hochschulabschluss mitbrachten. Die Aufmerksamkeit auf diese Tatsache wurde durch das Fluchtereignis der Jahre 2012 bis 2017, das seinen Höhepunkt im Winter 2015-2016 erlebte, erheblich verstärkt. Unter den in Summe 217.912 Asylanträgen dieser sechs Jahre – eine Größenordnung, die sich seit 1945 bereits fünfmal wiederholt hat – waren, wie sich in der Folge herausstellte, auch zahlreiche mit akademischen Abschlüssen, vor allem aus Syrien (Buber-Ennser u.a. 2016; Hosner u.a. 2017). Nicht wenige von ihnen haben einen Medizinabschluss mitgebracht. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Anerkennung von mitgebrachten Qualifikationen an sozialer und politischer Bedeutung, nicht zuletzt aufgrund des Ärztemangels in Österreich. Die Herausforderung für die Geflüchteten, ehest Deutsch zu erlernen und in ihrem Beruf tätig zu werden, ist groß und birgt Hürden. Gerade bei dieser Zielgruppe hat sich gezeigt, dass ein verstärkter Unterstützungsbedarf besteht, um Deutschkenntnisse zu erwerben, die Nostrifizierung durchzuführen, und schließlich qualifikationsadäquat zu arbeiten. Viele von ihnen sind bei Check In Plus (CIP), einem Projekt des AMS Wien und in die bundesweiten Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen (AST) in die Beratung gekommen und haben dort eine Fachberatung und Unterstützung zu ihrem Anerkennungs- bzw. Bewertungsprozess erhalten.

Die vorliegende Studie soll einen theoretischen und empirischen Beitrag zur Auseinandersetzung mit dem Thema Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen als Ärztin/Arzt und Zahnärztin/Zahnarzt in Österreich leisten. Im ersten Teil wird die Situation der MedizinerInnen in Österreich dargestellt, im zweiten Teil wird die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen erklärt, im dritten und im vierten Teil wird die Nostrifizierung und der Erhalt der Berufsberechtigung in Österreich mit Hilfe eines Vergleichs mit Deutschland und Schweden veranschaulicht. Der fünfte Teil beschreibt das Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, die bundesweiten Anlaufstellen und Check In Plus und deren Entstehungsgeschichte. Der sechste und siebente Teil umfasst empirische Ergebnisse aus einer quantitativen Umfrage und qualitativen Interviews. Die Studie schließt mit Empfehlungen und einem Ausblick ab.

## 2. Ausgangslage

„In den nächsten zehn Jahren geht die Hälfte aller Kassenärzte<sup>1</sup> in Pension. Und bereits jetzt stehen in vielen Orten Arztpraxen leer. Nicht nur in abgeschiedenen kleinen Gemeinden, selbst in Städten. Junge ÄrztInnen arbeiten lieber im Spital, das ist organisatorisch weniger aufwendig, die Arbeitszeiten sind klarer abgegrenzt und da gibt es noch einen wirtschaftlichen Grund, auch die Bezahlung wird im Vergleich immer attraktiver. Hausärztemangel wird also zunehmend zu einem Problem, das es auch finanziell zu lösen gilt“ (ORF 2018a, der Standard 2018a).

Der demographische Wandel schlägt immer stärker durch. Die Zahl der ÄrztInnen nimmt ab und aus den Reihen der StudienabsolventInnen kommen absehbar weniger ÄrztInnen auf dem heimischen Arbeitsmarkt an.

Der Ärztemangel betrifft ganz Österreich. Der mangelnde ÄrztInnennachwuchs ist vor allem auf dem Land ein Problem und die Versorgung in weniger urbanen Regionen stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Beruf hat an Attraktivität verloren und junge ÄrztInnen wünschen sich flexible Zusammenarbeitsformen. Ausgeglichene Work-Life-Balance und familienfreundliche Ordinationszeiten bringen ÄrztInnen, aber auch PatientInnen bessere Lebensqualität. Die Novelle zum Ärztegesetz, die die Anstellung von anderen ÄrztInnen sowie Gruppenpraxen erlaubt, wurde Ende 2018 im Parlament beschlossen. Dadurch können ÄrztInnen eine Ärzte-Gesellschaft in Form einer GmbH oder einer OG gründen. Besonders im ländlichen Raum, aber auch in städtischen Gebieten ist dieser Wunsch sehr groß, da flexiblere Arbeitszeitmodelle von den ÄrztInnen gefordert werden (Ärztekammer Steiermark 2016).

In Österreich stehen jährlich 1.680 Studienplätze für Human- und Zahnmedizin zur Verfügung. Im Jahr 2018 haben sich 15.880 StudienbewerberInnen an den Medizinischen Universitäten Wien (740 Plätze), Graz (360 Plätze) und Innsbruck (400 Plätze) und der Medizinischen Fakultät der Universität Linz (180 Plätze) beworben (APA-OTS 2018, Wiener Zeitung 2018a).

Gleichzeitig besteht in Österreich ein jährlicher Bedarf von 1.200 ÄrztInnen. Jedes Jahr promovieren rund 900 ÄrztInnen in Österreich. Rund 40% der TurnusärztInnen wandert ins Ausland ab, wo attraktivere Angebote auf sie warten. (ÖÄK 2019a, Wiener Zeitung 2018b)

---

<sup>1</sup> Allgemeinmedizin

Mit Stand Juli 2018 gab es bundesweit 70 leere Hausarztpraxen. Hauptbetroffen des Ärztemangels waren Ober- und Niederösterreich. Die nachstehende Tabelle erfasst den Zeitraum von 15. November 2017 bis Juni 2018. In Oberösterreich und in Niederösterreich hat sich der Anteil der leerstehenden Hausarztpraxen in diesem Zeitraum verdoppelt. In den anderen Bundesländern ist er leicht schwankend (ORF 2018b; ÖÄK 2018b).

**Tabelle 2.1 Leerstehende Hausarztpraxen**

	15.11.2017	08.01.2018	April 2018	Juli 2018
Oberösterreich	11	17	14	20
Niederösterreich	6	7	11	15
Wien	15	17	15	11
Steiermark	12	10	8	10
Tirol	7	6	5	4
Kärnten	2	2	1	3
Salzburg	1	3	3	3
Vorarlberg	2	2	2	2
Burgenland	0	1	1	2
<b>Österreich</b>	<b>56</b>	<b>65</b>	<b>60</b>	<b>70</b>

Quelle: Österreichische Ärztekammer/Landeskammern: Unbesetzte Kassenstellen Allgemeinmedizin (<https://wien.orf.at/news/stories/2923132/>).

Das Thema der fehlenden AllgemeinärztInnen ist in den Medien zu einer Art Dauerbrenner geworden. Beispielsweise wurde am 29.10.2018 berichtet, dass mit 1.1.2019 10 % aller Haus- und FachärztInnen mit Kassenvertrag ihre Pension antreten müssten, weil 2009 eine gesetzliche Altersgrenze für ÄrztInnen eingeführt wurde, die mit 1.1.2019 in Kraft trat. Die damalige Begründung war, jungen ÄrztInnen eine Möglichkeit auf eine Kassenstelle schaffen zu wollen (Ö1 2018c, der Standard 2018, Kleine Zeitung 2018).

Im Juni 2019 waren laut Ärztekammer 68 Kassenstellen für Allgemeinmedizin in Österreich unbesetzt. Im Vergleich zum Vorjahr im Juli 2018 mit 70 leerstehende Hausarztpraxen trat (siehe Tabelle oben) kaum eine Änderung ein. Außerdem müssten zwischen 2020 und 2030 jährlich 150 bis 200 Hausarztstellen besetzt werden (der Standard 2019a).

Im August 2019 meldete Sollenau in Niederösterreich, dass die Hausarztstelle seit einem Jahr vakant ist, da der Hausarzt im Juli 2018 in Pension ging. In Sollenau sind zwei Kassenarztstellen vorgesehen, jedoch ist die dortige Ärztin voll ausgelastet. Die Gemeinde Sollenau stellt der neuen Ärztin/dem neuen Arzt besondere Annehmlichkeiten zur Verfügung.

Möchte sie/er die Praxisräumlichkeiten im Gemeindeamt übernehmen, würde die Gemeinde die Sanierung zahlen und in den ersten beiden Jahren die Miete erlassen. (der Standard 2019b)



### **3. Anerkennung von ausländischen Qualifikationen**

Anerkennung und Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen wurde 2016 per Gesetz in Österreich beschlossen. Damals wurde das Bundesgesetz über die Vereinfachung der Verfahren zur Anerkennung und Bewertung ausländischer Bildungsabschlüsse und Berufsqualifikationen beschlossen (Anerkennungs- und Bewertungsgesetz – AuBG). Dennoch gibt es in Österreich keine einheitliche Regelung für die Anerkennung von im Ausland erworbenen Bildungsabschlüssen. Verschiedene Richtlinien und Gesetze kommen zur Anwendung, wobei es einen Unterschied macht, ob man die Ausbildung in einem Europäischen Wirtschafts- oder in einem Drittstaat absolviert hat, ob es sich um einen Schul- oder einen Hochschulabschluss handelt, und ob es um eine reglementierte Tätigkeit geht oder nicht. Ob eine formale Anerkennung überhaupt notwendig ist, hängt unter anderem auch von diesen Kriterien ab. Die wichtigsten Arten der formalen Anerkennung, die sich aus den oben genannten Variablen ergeben, werden folgend kurz dargestellt.

#### **3.1. Nostrifizierung: Anerkennung von Studienabschlüssen**

Nostrifizierung ist die Anerkennung eines ausländischen Studienabschlusses (meist aus einem Drittstaat), der grundsätzlich gleichwertig mit dem Abschluss eines inländischen Bachelor-, Master-, Diplom- oder Doktoratsstudiums ist. Die Nostrifizierung bedeutet an sich die Gleichstellung mit dem österreichischen Studienabschluss, das Recht auf Führung des entsprechenden österreichischen akademischen Grades und die Berechtigung zur Ausübung des Berufs, der in Österreich mit einem Studienabschluss verbunden ist. Die Berechtigung zur Ausübung des Arztberufs ist häufig noch zusätzlich an die Absolvierung der klinisch-praktischen Ausbildung („Turnus“) nach erfolgter Nostrifizierung gebunden. Die Nostrifizierung beruht auf einem Vergleich der Studienpläne. Unabhängig vom Zeitpunkt des Abschlusses werden die damals an der betreffenden Hochschule gültigen Studienpläne mit den heute in Österreich gültigen Studienplänen verglichen. Mittlerweile erworbene Berufserfahrung wird in der Regel dabei nicht berücksichtigt. Die Zuständigkeit liegt bei der jeweiligen Universität bzw. Fachhochschule bzw. Pädagogischen Hochschule.

§ 90 Universitätsgesetz, § 5 Fachhochschul-Studiengesetz und § 56 Hochschulgesetz setzen den Nachweis voraus, dass die Nostrifizierung „zwingend für die Berufsausübung“ erforderlich ist. Dies bezieht sich in der Praxis vor allem auf reglementierte Berufe: ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, usw. Die Nostrifizierung eines ausländischen Studienabschlusses ist daher immer dann unmöglich, wenn das für die Berufsausübung nicht

zwingend erforderlich ist. Die meisten akademischen Abschlüsse führen nicht zwingend zu reglementierten Berufen. In diesen Fällen obliegt es den Betrieben selbst, über die Verwendung der akademischen Abschlüsse zu entscheiden.

### **3.2. Nostrifikation: Anerkennung von Schulabschlüssen**

Die Nostrifikation ausländischer Zeugnisse beruht auf einem Vergleich des im Ausland zurückgelegten Schulbesuches und der abgelegten Prüfungen mit den aktuellen österreichischen Lehrplänen, d.h. die Lehrpläne von damals werden mit heute in Österreich gültigen Lehrplänen verglichen. Falls einzelne Unterrichtsgegenstände oder Lehrstoffgebiete nicht ausreichend nachgewiesen erscheinen, werden entsprechende Zusatzprüfungen vorgeschrieben. Zuständig für die Nostrifikation eines ausländischen Zeugnisses ist ausschließlich das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) in Wien.

### **3.3. Nostrifikation und Nostrifizierung von Zeugnissen und Qualifikationsnachweisen von sonstigen nicht ärztlichen Gesundheitsberufen**

Hierfür sind entweder das jeweilige Amt der Landesregierung (Abteilung für Gesundheitsrecht), oder Fachhochschulen zuständig. Qualifikationsnachweise aus Drittstaaten werden auf Gleichwertigkeit geprüft. Im Falle von inhaltlichen und umfangmäßigen Ungleichheiten müssen Ergänzungsausbildungen (theoretische Prüfungen und Praxisstunden) absolviert werden, um die Berufsberechtigung in Österreich zu erlangen.

Für Qualifikationsnachweise aus EU-EWR-Staaten gilt grundsätzlich die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Die Zuständigkeit liegt hierbei grundsätzlich beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).

### **3.4. Berufliche Anerkennung (Berufszulassung) im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen**

Diese Richtlinie sieht vor, dass Mitgliedsstaaten die jeweiligen Berufsabschlüsse grundsätzlich als gleichwertig anerkennen und auf diesem Weg den Berufsangehörigen freien Zugang zum heimischen Arbeitsmarkt ermöglichen. Der grundlegende Unterschied zur Nostrifizierung und dem damit verbundenen Vergleich der Studien- bzw. Lehrpläne ist, dass die Gleichwertigkeit von beruflichen Qualifikationen in der Richtlinie anhand des Kriteriums der „wesentlichen Unterschiede“ beurteilt wird. Der Fokus liegt auf dem, was für die

Berufsausübung notwendig ist. Überprüft werden sollen nicht einzelne Lehrinhalte, sondern die für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen.

Darüber hinaus bestehen für Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Tierärztin/Tierarzt, ApothekerIn, allgemeine Krankenpflege, Hebamme und ArchitektIn Sonderregelungen. EU-weit gelten einheitliche Ausbildungsstandards für diese Berufe – daher erfolgt gemäß der EU Richtlinie 2005/36/EG eine automatische Anerkennung. Die Richtlinie gilt für alle Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU), des sonstigen Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz, die ihre Qualifikation in einem Mitgliedsstaat erworben haben. Unter bestimmten Voraussetzungen gilt diese auch für Drittstaatsangehörige mit einer EWR-EU-Schweizer-Ausbildung (bzw. Anerkennung), z. B. für Asylberechtigte, langfristig Aufenthaltsberechtigte.

### **3.5. Gleichhaltung von Lehrabschlüssen**

Berufsqualifikationen, die durch die Schule und/oder Arbeit außerhalb von Österreich erworben wurden, können mit österreichischen Lehrabschlussprüfungen gleichgehalten werden. Im Falle von Ausbildungsunterschieden können Ergänzungsprüfungen zum Erwerb des Lehrabschlusses abgelegt werden.

### **3.6. Bewertung von akademischen Diplomen und schulischen Zeugnissen**

Das Nationale Informationszentrum für akademische Anerkennung, ENIC-NARIC Austria, ist im Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung verortet und stellt auf Antrag eine Empfehlung für die Bewertung eines akademischen Diploms aus.

Bei der Bewertung von schulischen Abschlüssen soll die Vergleichbarkeit mit einem österreichischen Schulabschluss festgestellt werden.

Bewertungen dienen unter anderem als Gutachten für das AMS, um zielgerichtet und qualifikationsadäquat Beratung, Betreuung und Vermittlung anzubieten. ArbeitnehmerInnen sowie ArbeitgeberInnen dient es zur Orientierung und Positionierung am Arbeitsmarkt (Bichl 2015, S. 2).

## **4. Nostrifizierung und Erhalt der Berufsberechtigung in Österreich**

### **4.1. Humanmedizin**

Ein in einem Drittstaat abgeschlossenes Studium der Humanmedizin muss grundsätzlich mit jenem in Österreich gleichwertig sein. Daher empfiehlt sich vor Antragstellung des Nostrifizierungsverfahrens eine Beratung durch die Österreichische Ärztekammer in Anspruch zu nehmen, um festzustellen, ob die Nostrifizierung zum Erwerb einer ärztlichen Berufsberechtigung erforderlich und möglich ist.

Die genauen Abläufe des Nostrifizierungsprozesses und die genaue Planung sind von großer Bedeutung für die NostrifizierungskandidatInnen. Deshalb ist für einen positiv und zügig verlaufenden Nostrifizierungsprozess eine Beratung so gut wie unumgänglich.

Nach Feststellung des Erfordernisses einer Nostrifizierung beginnt der Hürdenlauf. Es ist ein Antrag auf Nostrifizierung an einer Medizinischen Universität in Österreich zu stellen (Wien, Graz, Innsbruck). Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens wird an der jeweiligen Medizinischen Universität die Gleichwertigkeit des ausländischen Studiums mit den Anforderungen des österreichischen Medizinstudiums geprüft.

Mit dem Deutscherwerb (entweder durch Selbststudium oder Deutschkurs) sollte ehestmöglich begonnen werden. Gleichzeitig sollten, sofern vorhanden, die Unterlagen für den Antrag zusammengestellt werden, um auf den etwaigen Stichprobentest und die Prüfungen vorbereitet zu sein. Der Stichprobentest zur Nostrifizierung für Humanmedizin wird seit dem Jahr 2017 von allen österreichischen Medizinischen Universitäten – Wien, Graz und Innsbruck – Österreichs gemeinsam durchgeführt. Empfehlenswert für die Teilnahme am Stichprobentest sind Deutschkenntnisse mindestens auf dem Niveau B2.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag auf Nostrifizierung beizulegen: Diplom, Transkript (Fächerliste bzw. Studienplan), Maturazeugnis, Zusammenfassung der wissenschaftlichen Arbeit bzw. Diplomarbeit, Lebenslauf, Meldezettel, Heiratsurkunde, Reisepass. Die Dokumente müssen von einem/einer gerichtlich beeideten ÜbersetzerIn ins Deutsche übersetzt werden. An Übersetzungskosten fallen, zum Beispiel bei Arabisch ca. € 600,-- an. Die Dokumente müssen auch den zwischenstaatlichen Beglaubigungsvorschriften entsprechen. Bei Flüchtlingen könnte davon abgesehen werden. Dadurch können eventuell weitere Kosten und zeitlicher Aufwand für Beglaubigungen und Apostillen entstehen. Nach Zusammenstellung der Unterlagen kann an einer Universität der Nostrifizierungsantrag gestellt werden. Dabei wird die Nostrifizierungstaxe von € 150,-- fällig.

Danach wird ein Ermittlungsverfahren bezüglich der Studienpläne durch die Universität durchgeführt. Dieses dient der Beweisaufnahme, ob das ausländische Studium mit dem im Antrag genannten inländischen Studium in Umfang, Anforderungsniveau und Inhalt gleichwertig ist. Als erster Schritt erfolgt ein Vergleich des Inhalts (Fächer) und des Umfangs (Stundenzahlen) des ausländischen mit dem zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin an der entsprechenden Universität.

Der Nostrifizierungsantrag wird abgewiesen, wenn die Beweislage nach Prüfung der Unterlagen den Schluss zulässt, die Inhalte der Ausbildung seien so wenig vergleichbar, dass die Differenz zu einem in Österreich absolvierten Studium nicht durch die im Verfahren vorgesehenen Ergänzungsprüfungen wettgemacht werden könnten. Ein zweiter Antrag wäre danach an einer anderen Universität theoretisch möglich.

Als eine weitere Maßnahme im Ermittlungsverfahren kann die Teilnahme an einem schriftlichen Strichprobentest vorgeschrieben werden. Die Einladung, daran teilzunehmen, erfolgt schriftlich. Dieser Test wird viermal im Jahr gemeinsam für alle drei Universitäten abgehalten. An dem Test kann man nur einmal teilnehmen. Er ist eine Maßnahme im Rahmen des Ermittlungsverfahrens und involviert eine Mitwirkungspflicht für die Bewerberin bzw. den Bewerber. D.h. unter anderem, dass man zum ehestmöglichen Termin teilnehmen muss.

Der Stichprobentest umfasst folgende Fächer:

1. Innere Medizin
2. Chirurgie
3. Kinder- und Jugendheilkunde
4. Neurologie
5. Gynäkologie
6. Dermatologie
7. Notfall- und Intensivmedizin
8. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
9. Psychiatrie
10. Augenheilkunde

Wenn mindestens 60% der Fragen pro Fachbereich richtig beantwortet sind, gilt dieser Fachbereich als positiv absolviert und der Fachbereich entfällt als Auflage im weiteren Verlauf der Nostrifizierung.

Nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens ergeht der Nostrifizierungsbescheid an die/den AntragstellerIn. Ist dieser negativ, ist die Nostrifizierung an dieser Universität ausgeschlossen. Wenn der Bescheid positiv ist, muss sich die/der Nostrifizierende an der Universität als außerordentliche/r StudentIn anmelden. Die Dauer des außerordentlichen Studiums hängt von der Anzahl der Prüfungen ab. Die Anzahl wiederum ergibt sich aus dem Ermittlungsverfahren, inklusive Ergebnisse des Stichprobentests. Die Universitäten schreiben mindestens zwei Prüfungen – Rezeptierkunde und Gerichtliche Medizin – vor. Die Universität gibt eine Frist vor, die aber der Erfahrung nach nicht mehr als acht Semester übersteigt. Im Bescheid wird die festgelegte Frist bekanntgegeben. Die Studiengebühren betragen derzeit pro Semester € 383,56 (inklusive ÖH-Beitrag von € 20,20). Konventionsflüchtlinge (Asylberechtigte) und subsidiär Schutzberechtigte erhalten eine befristete Befreiung, wenn sie ein Master- oder Doktoratsstudium absolvieren und ihnen ein Aufenthaltstitel „Daueraufenthalt-EU“ oder „Daueraufenthaltskarte“ ausgestellt und von der zuständigen österreichischen Behörde erteilt wurde. Das heißt, nur Konventionsflüchtlinge (Asylberechtigte) und subsidiär Schutzberechtigte werden nur als ordentliche Studierende von den Studiengebühren befreit. NostrifikantInnen sind außerordentliche Studierende und müssen daher den Studienbeitrag selbst entrichten. In bestimmten Konstellationen können Konventionsflüchtlinge (Asylberechtigte) und subsidiär Schutzberechtigte eine befristete Befreiung erhalten.

Inzwischen sollte die Sprachprüfung Deutsch auf Sprachniveau C1 absolviert werden, da sie Voraussetzung für den Antritt zur Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Ärztekammer ist und ein Nachweis darüber verlangt wird.

Wenn alle Prüfungen abgelegt sind, wird von der Universität ein weiterer Bescheid über den Abschluss der Nostrifizierung und Verleihung des akademischen Grades „Doktor/in der gesamten Heilkunde - Dr. med. univ.“ ausgestellt. Danach oder parallel zur Ablegung der Prüfungen muss die Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Ärztekammer an der Akademie der Ärzte abgelegt werden. Diese erfolgt auf dem Niveau C1 und besteht aus einem Patienten-Arzt-Gespräch, Arzt-Arzt-Gespräch und einem behördlichen Schriftverkehr. Die Prüfungsgebühr beträgt € 891,-- bzw. für Wiederholungsprüfungen € 446,--.

Ist die Prüfung erfolgreich abgelegt, kann die Eintragung in die Ärzteliste beantragt werden, um die Berufsberechtigung zu erlangen. Hierfür ist nochmals eine Einreichung von Unterlagen notwendig. Unter anderem braucht es das *Certificate of good standing* sowie einen Strafregisterauszug aus jenen Ländern, in denen man innerhalb der letzten fünf Jahre länger als sechs Monate ärztlich tätig war. Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste dürfen diese Unterlagen nicht älter als drei Monate sein. Für Geflüchtete stellt dies oft ein Hindernis dar, da diese nicht in ihre Herkunftsländer zurückreisen können und weil Netzwerke oft nicht mehr vorhanden sind, damit diese sie unterstützen.

Nach Eintragung in die Ärzteliste kann die postpromotionelle, praktische Ausbildung („Turnus“) begonnen werden, bzw. auf Antrag angerechnet werden. Für den Antrag ist eine Gebühr von € 320,63 zu entrichten. Die Österreichische Ärztekammer bewertet anhand der eingereichten Unterlagen, wie weit die postpromotionelle Ausbildung mit jener in Österreich vergleichbar ist. Im Falle einer mehrjährigen Berufspraxis im Ausland und Anrechnung der Ausbildungszeiten kann sich die Dauer der praktischen Ausbildung jedoch deutlich verkürzen.

Wenn alle Ausbildungsinhalte anerkannt werden bzw. wenn die praktische, postpromotionelle Ausbildung in Österreich abgeschlossen ist, folgt die Ablegung der Prüfung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin oder Facharzt. Hierfür ist die Akademie der Ärzte zuständig. Die Prüfungsgebühr für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin beträgt € 630,-, für FachärztInnen € 1.150,-. Im Anschluss daran erhält man das *Ius practicandi*, die ersehnte Berufsberechtigung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/-arzt und hat das Recht zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit.

Erst während der Facharztausbildung dürfen ÄrztInnen mit Abschlüssen aus Drittstaaten das erste Mal fachlich arbeiten. Davor, also solange sie die volle Berufsberechtigung noch nicht haben, besteht die Möglichkeit Praktika während der Nostrifizierung zu absolvieren, die jedoch nicht vergütet werden. Diese müssen sie in der Regel selbständig organisieren. Bei Bedarf und auf Wunsch werden sie von Check In Plus (siehe 5.3.) dabei unterstützt. Eine hervorhebenswerte Initiative war ein Ende 2018 mit Unterstützung des AMS organisiertes Praktikum im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien, das 18 geflüchteten ÄrztInnen ein Arbeitstraining zu absolvieren ermöglichte.

Eine befristete Berufserlaubnis, wie in Deutschland (siehe unten), gibt es in Österreich nicht (Österreichische Ärztekammer 2017a, 2015, Medizinische Universität Wien 2018a, 2018b, 2018d).

## 4.2. Zahnmedizin

Derzeit kann Zahnmedizin in Wien, Graz oder Innsbruck nostrifiziert werden. Der Ablauf der Nostrifizierung in Zahnmedizin ist in Wien ganz ähnlich wie der Ablauf der Nostrifizierung der Humanmedizin. Anstatt der Österreichischen Ärztekammer muss die Österreichische Zahnärztekammer aufgesucht werden. Diese bestimmt, ob die Nostrifizierung zum Erwerb einer ärztlichen Berufsberechtigung erforderlich ist. Die für den Nostrifizierungsantrag einzureichenden Dokumente sind ident mit den erforderlichen Unterlagen für Humanmedizin.

Das Ermittlungsverfahren beginnt mit der Erhebung der Nostrifizierbarkeit durch den Vergleich des Inhalts. Darauf folgt der Stichprobentest, der mehrmals jährlich stattfindet (im Jahr 2019 dreimal) und wie bei Humanmedizin gilt hier die Mitwirkungspflicht. Folgende Themenbereiche des Diplomstudiums Zahnmedizin in Wien werden damit abgedeckt:

- Werkstoffkunde
- Zahnmedizinisches Propädeutikum 2
- Kau- und Bewegungsapparat
- Oral- und Organpathologie
- Gehirn, Sinnesorgane, Schmerz
- Kariologie, Füllungstherapie, Endodontie, Kinderzahnheilkunde
- Parodontologie und Prophylaxe
- Restaurative Zahnheilkunde, Festsitzende Prothetik
- Prothetische Grundlagen, abnehmbare Prothetik
- Chirurgie
- Kieferorthopädie.

Nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens erhält die/der AntragstellerIn den Nostrifizierungsbescheid. Fällt dieser negativ aus, so ist eine Nostrifizierung ausgeschlossen. Ein positiver Bescheid enthält in der Regel Auflagen, d.h. er schreibt die Absolvierung einer Anzahl von Prüfungen vor, um vollständige Gleichwertigkeit zu erzielen. Darauf folgend muss sich die/der Nostrifizierende an der Universität als außerordentliche/r StudentIn anmelden und die Prüfungen ablegen. Die Dauer des außerordentlichen Studiums hängt von der Anzahl der Prüfungen ab. Die Universität gibt je nach Anzahl der Prüfungen eine Frist



vor, welche im Bescheid vermerkt ist. Die Studiengebühren betragen ebenfalls derzeit pro Semester € 383,56 (inklusive ÖH-Beitrag von € 20,20).

Auf jeden Fall müssen alle NostrifikantInnen folgende Prüfungen ablegen:

- Krankheit – Manifestation und Wahrnehmung, Allgemeine Arzneimitteltherapie
- Radiologie und Strahlenschutz
- Kommissionelle Gesamtprüfung bestehend aus: konservierende Zahnheilkunde, prothetische Zahnheilkunde, Chirurgie, Parodontologie und Prophylaxe, Kieferorthopädie.

Da nur in wenigen Ländern das Zahnmedizinstudium mit einer Diplomarbeit abschließt, müssen AntragstellerInnen meist auch eine Diplomarbeit verfassen, wie sie im österreichischen Curriculum vorgesehen ist.

Wenn alle Prüfungen abgeschlossen sind, wird von der Universität ein Bescheid über den Abschluss der Nostrifizierung und Verleihung des akademischen Grades „Doktor/in der Zahnheilkunde - Dr. med. dent.“ ausgestellt. Danach oder parallel zur Ablegung der Prüfungen muss die Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Zahnärztekammer abgelegt werden. Die Prüfungsgebühr beträgt € 500,-, für Wiederholungsprüfungen € 250,-. Die Prüfung kann entfallen, wenn ein Zertifikat über die erfolgreich abgelegte Deutschprüfung C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens vorgelegt werden kann.

Nach Erhalt des Nostrifizierungsbescheids und Ablegung der Sprachprüfung kann die Eintragung in die Zahnärzteliste beantragt werden. Bereits nach Eintragung in die Liste darf einer zahnärztlichen Tätigkeit nachgegangen und der Beruf ohne jegliche Einschränkungen ausgeübt werden. Dies ist ein gradueller Unterschied zu HumanmedizinerInnen, da hier keine praktische Ausbildung vorgesehen ist und der Abschluss des Studiums eine raschere Berufsberechtigung verleiht (Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen 2018, Medizinische Universität Wien 2018c, Österreichische Zahnärztekammer 2016a, 2016b).

### **4.3. Nostrifizierung und Erhalt der Berufsberechtigung im internationalen Vergleich**

#### **4.3.1. Deutschland**

Wer in Deutschland den Arztberuf ausüben will, bedarf der Approbation als Ärztin/Arzt. Die vorübergehende Ausübung des Arztberufes ist auf Grund einer fachlich und zeitlich eingeschränkten Berufserlaubnis zulässig.

Grundsätzlich entscheiden in Deutschland die zuständigen Anerkennungsbehörden der einzelnen Bundesländer über die Anerkennung einer im Ausland erworbenen Qualifikation zur Ärztin/zum Arzt (Approbation). Diese prüfen die Gleichwertigkeit einer abgeschlossenen medizinischen Grundausbildung (Medizinstudium und uneingeschränkter Berufszugang im Herkunftsland). Eine Ausbildung ist gleichwertig, wenn in puncto Dauer und Inhalt keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zur deutschen Ausbildung bestehen. Sollten also keine wesentlichen Unterschiede bestehen, wird die Qualifikation als gleichwertig bewertet. Wenn keine volle Gleichwertigkeit festgestellt werden kann (die Ausbildung ist zu kurz oder die Inhalte sind zu unterschiedlich), so wird geprüft, ob die Unterschiede durch einschlägige Berufserfahrungen ausgeglichen werden könnten. Ist das nicht der Fall, ist eine Kenntnisstandprüfung (für Ausbildungen aus einem Drittstaat) bzw. Eignungsprüfung (für Ausbildungen aus einem EU-Staat) zu absolvieren. Für den Erhalt der Approbation wird ebenfalls ein Nachweis über ausreichende Fachsprachkenntnisse verlangt (C1 Niveau). Geförderte Vorbereitungskurse für die Kenntnisstandprüfung sowie Einführung in die Berufssystematik und fachsprachliche Unterstützung werden angeboten (Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen 2016, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2011: 64-65, IQ 2018a).

Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kann auf Antrag erteilt werden, wenn eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachgewiesen wird und die Person im Herkunftsland uneingeschränkt berechtigt ist, den Arztberuf auszuüben. Dafür vorgesehen ist eine befristete Berufserlaubnis (§ 10 BÄO-Bundesärzteordnung), die auf maximal zwei Jahre erteilt wird. Im Laufe der Berufsausübung, muss man sich der Fachsprachprüfung unterziehen. Sie besteht aus drei Teilen: Arzt-Patient-Gespräch, Dokumentation und Arzt-Arzt-Gespräch. Um antreten zu können, ist Deutsch auf Niveau B2 Voraussetzung, und überprüft werden Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Niveau C1. Die Kosten für die Fachsprachenprüfung beträgt € 420,--.

ZahnärztInnen aus Drittstaaten können nach Feststellung der Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung einen Antrag auf Approbation stellen. Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben, muss die Kenntnisstandprüfung, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung erstreckt, abgelegt werden. Dabei wird mündlich-praktisch geprüft. Vor Erhalt der Approbation muss ein Nachweis über die Sprachkenntnisse der deutschen Sprache auf B2 Niveau, über den Fachsprachentest auf mindestens C1 Niveau, sowie ein Nachweis über einen aktuellen Strahlenschutzkurs vorgelegt werden. Nach

bestandener Kenntnisstandprüfung wird die Approbation erteilt und der zahnärztliche Beruf kann ausgeübt werden.

Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufs kann auf Antrag erteilt werden, wenn eine abgeschlossene Ausbildung für den zahnärztlichen Beruf nachgewiesen wird und die Person im Herkunftsland uneingeschränkt berechtigt ist, den Zahnarztberuf auszuüben. Die Anforderungen für die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufs sind mit den Anforderungen des Arztberufes gleich. Der Unterschied liegt in den Teilen der Fachsprachprüfung. Diese sieht vor: Simuliertes Zahnarzt-Patienten-Gespräch, Dokumentation (z.B. Kurz-Zahnarztbrief) und Zahnarzt-Zahnarzt-Gespräch. Die Kosten für die Fachsprachprüfung betragen € 450,-. (Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin 2018a, 2018b, IQ 2018b)

Im Jahr 2015 betrafen 20% aller Anerkennungsverfahren von Drittstaatsangehörigen in Deutschland die Anerkennung von ÄrztInnen. Insgesamt wurden von 2012 bis 2015 in Deutschland 22.797 Anerkennungsanträge von ÄrztInnen gestellt. Davon wurden 19.578 Bescheide mit voller Gleichwertigkeit beurteilt, bei 201 Bescheiden war keine Gleichwertigkeit vorhanden. (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2017: 14, 37).

2018 wurden 6.162 Anträge von ÄrztInnen gestellt und 7.200 ÄrztInnen wurden anerkannt und ihnen damit die Erlaubnis zur Ausübung ihres Berufes (Approbation) erteilt. Tendenziell steigt die Anzahl der Anträge und Anerkennungen von ÄrztInnen (Statistisches Bundesamt 2019, Bundesministerium für Bildung und Forschung 2019: 2).

#### 4.3.2. Schweden

In Schweden können AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und ZahnärztInnen, die Qualifikationen in einem Drittstaat erworben haben, auf zwei Arten eine „Lizenz zur Berufsausübung“ erwerben.

1) Über den Antrag auf Beurteilung ihrer Ausbildung aus dem Ausland entscheidet das *Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare)*. Dem Antrag werden alle qualifikationsrelevanten Unterlagen, wie Diplom, Lehrplan etc., beigelegt. Das Ermittlungsverfahren dauert durchschnittlich zwei Monate. Wenn die mitgebrachte Ausbildung dem Niveau der schwedischen Ausbildung entspricht, muss die Antragstellerin bzw. der Antragsteller die Eignungsprüfung ablegen. Die Prüfung besteht aus einem theoretischen und praktischen Teil (damit man zum praktischen Teil zugelassen wird, muss zuerst der theoretische Teil positiv absolviert werden). Bis Juli 2016 war für die

Durchführung der Prüfung das *Karolinska Institutet* in Stockholm zuständig, seither die Universität *Umeå*. Nach bestandener Eignungsprüfung muss ein Kurs über schwedisches Recht und Verordnungen abgelegt werden. Dieser Kurs wird im Fernstudium angeboten. Der nächste Schritt ist ein sechsmonatiges, unbezahltes Praktikum (*praktisk tjänstgöring*) in einer Gesundheitseinrichtung. Die KandidatInnen müssen sich selbst um Praktikumsplätze bemühen. Schwedischkenntnisse auf C1-Niveau müssen vor Erhalt der Lizenz zur Berufsausübung nachgewiesen werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, einer vorübergehenden, auf sechs Monate befristeten Beschäftigung als Arzt/Ärztin schon vor der Absolvierung des Praktikums, falls ein konkreter Arbeitsplatz vorhanden ist.

Die zweite Möglichkeit, eine Lizenz zu erwerben, sofern das Ermittlungsverfahren positiv ausgefallen ist, verläuft über die Absolvierung eines Zusatzlehrgangs an einer schwedischen Universität. Dafür sind unterstützende Stipendien verfügbar. Nach Erhalt des Abschlusszeugnisses und nach Einreichung beim *Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare)* wird entschieden, ob ein anschließendes sechsmonatiges, unbezahltes Praktikum angetreten werden kann.

Weiters bietet die schwedische Arbeitsagentur seit 2015 ein Fast-Track Programm an, das auf bereits vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen von Zuwanderern aufbaut. Das Ziel ist, die ZuwanderInnen rasch qualifikationsadäquat in den Arbeitsmarkt zu integrieren, vor allem in Branchen, die einen Mangel verzeichnen (z. B. Gesundheits- und pädagogische Berufe). Schon bei der Ankunft der ZuwanderInnen wird mittels Interview der berufliche Hintergrund dieser Personengruppe ermittelt. Unter anderem wird ÄrztInnen für Humanmedizin und Zahnmedizin unter die Arme gegriffen. Ihr Wissen und ihre Kenntnisse werden mit Hilfe von Kooperationen mit relevanten Arbeitsmarktakteuren und von vorhandenen Maßnahmen dem schwedischen Arbeitsmarkt rasch angepasst. Zum Beispiel, erhalten ÄrztInnen und ZahnärztInnen Sprachkurse mit medizinischem Schwerpunkt sowie Praktika und Studienaufenthalte. Durch kurzketige Verbindungen soll der Einstieg in den Beruf schneller erfolgen als gewöhnlich. Es hat sich gezeigt, dass ZuwanderInnen sich durch diese Maßnahmen bestärkt gefühlt haben und hochmotiviert waren. Schweden versucht, eine triple-win-Situation zu schaffen: Die zugewanderten ÄrztInnen sollen dauerhaft profitieren, die ArbeitgeberInnen sollen ihren Bedarf an gut geschultem Personal rasch befriedigen können und die Gesellschaft soll die Gesundheitsdienstleistungen erhalten, die sie benötigt (Socialstyrelsen 2017, 2018, Labour-Int 2016, Government Offices of Sweden 2017, IQ Good Practice 2018, Swedish Association of Local Authorities and Regions 2017).

## **5. Beratungsangebote und ihre Entstehung**

### **5.1. Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen**

Das Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen in Wien ist seit Anbeginn (1983) im arbeitsmarktpolitischen Bereich aktiv und beschäftigte sich 2002 bis 2007 im Rahmen der Europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL auch mit den Themen Anerkennung und Nutzung von aus dem Ausland mitgebrachten Qualifikationen. Daraus wurden die ersten Projekte entwickelt: Zu nennen sind besonders wequam – Weiterbildung und Qualifizierung für MigrantInnen (2003 bis 2005) und AMPEL – Bildung anerkennen (2005 bis 2007).

### **5.2. Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen (AST)**

In Folge wurde 2007 das Projekt Perspektive – Anerkennungs- und Weiterbildungsberatungsstelle für Asylberechtigte und NeuzuwanderInnen in Wien etabliert. Personen in Anerkennungs- und Weiterbildungsfragen werden mehrsprachig beraten. Die Perspektive ist Partner des Start Wien Willkommensprogramms für NeuzuwanderInnen der Stadt Wien (Wiener Bildungspass). Überdies besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen relevanten Anerkennungsbehörden.

Die Nachfrage an Beratung zur Anerkennung war groß und der Bedarf ist kontinuierlich gestiegen. Das Projekt „Perspektive“ wurde um die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) geförderte Anlaufstelle (AST) Wien erweitert. Seit Jänner 2013 wird österreichweit Beratung zur Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in vier Anlaufstellen (AST) angeboten. Diese Anlaufstellen erfüllen die Aufgaben im Sinne des § 5 Anerkennungs- und Bewertungsgesetzes (AuBG) und sind in etablierten MigrantInnenberatungseinrichtungen integriert:

- Anlaufstelle Wien-Perspektive: Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen
- Anlaufstelle Niederösterreich und Nordburgenland: Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen
- Anlaufstelle Steiermark, Kärnten und Südburgenland: ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
- Anlaufstelle Oberösterreich und Salzburg: migrare – Zentrum für MigrantInnen OÖ
- Anlaufstelle Tirol und Vorarlberg: ZeMiT – Zentrum für Migranten und Migrantinnen in Tirol.

Die ASTen bieten mehrsprachige Beratung zur Anerkennung mitgebrachter Qualifikationen, helfen beim Vergleich des erlernten Berufs und erlernten Qualifikationen im Herkunftsland mit dessen Anforderungen in Österreich, geben Information zu Berufen und Ausbildungssystemen in Österreich, helfen bei der Suche nach geeigneten Kursen und Ausbildungen, klären finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten bei geplanten Aus- und Weiterbildungen, begleiten während des Anerkennungsverfahrens und der Aus- und Weiterbildungen. Von Jänner 2017 bis Juni 2019 wurden 7.813 Personen in den österreichweiten Anlaufstellen beraten. Seit der Gründung der ASTen Jänner 2013 bis Dezember 2019 wurden 72.913 Gespräche geführt.

### **5.3. Anlaufstellenkoordination**

Die Anlaufstellenkoordination (AST KOO) wurde zur Unterstützung der österreichweiten Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen eingerichtet und ist unter anderem zuständig für die Koordination der Aufgaben der Anlaufstellen als Beratungsstellen i. S. d. § 5 AuBG, Serviceaufgaben für die Anlaufstellen, Förderung des Austauschs der regionalen Anlaufstellen untereinander, Koordination und Akkordierung der Zusammenarbeit mit den Bewertungsstellen, statistische Auswertung und Monitoring i. S. § 5 Abs. 2 AuBG, Organisation von Fachveranstaltungen und Internationaler/europäischer Austausch.

### **5.4. Check In und Check In Plus (CIP)**

Im AMS-Bereich wurde in den letzten Jahren die Notwendigkeit der Förderung aufbauender Weiterbildung für ZuwanderInnen, die eine abgeschlossene Ausbildung oder ein fertiges Studium haben, erkannt und für den Wiener Bereich 2012 die Beratungs- und Betreuungseinrichtung „Check In und nutze Deine Qualifikationen“ geschaffen.

Das Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen übernahm diese Aufgabe und führt im Auftrag des Arbeitsmarktservice Wien die Beratungs- und Betreuungseinrichtung „Check In“ bzw. seit 2016 „Check In Plus“. Zielgruppe sind Personen, die im Ausland eine mittlere oder höhere Ausbildung abgeschlossen oder qualifizierte Berufserfahrung gesammelt haben und welche unter anderem Begleitung und Unterstützung bei der Nostrifizierung und Anerkennung ihrer mitgebrachten Qualifikation brauchen. Zudem müssen die Betroffenen beim AMS Wien gemeldet sein und sollen noch nicht lange in Österreich leben.

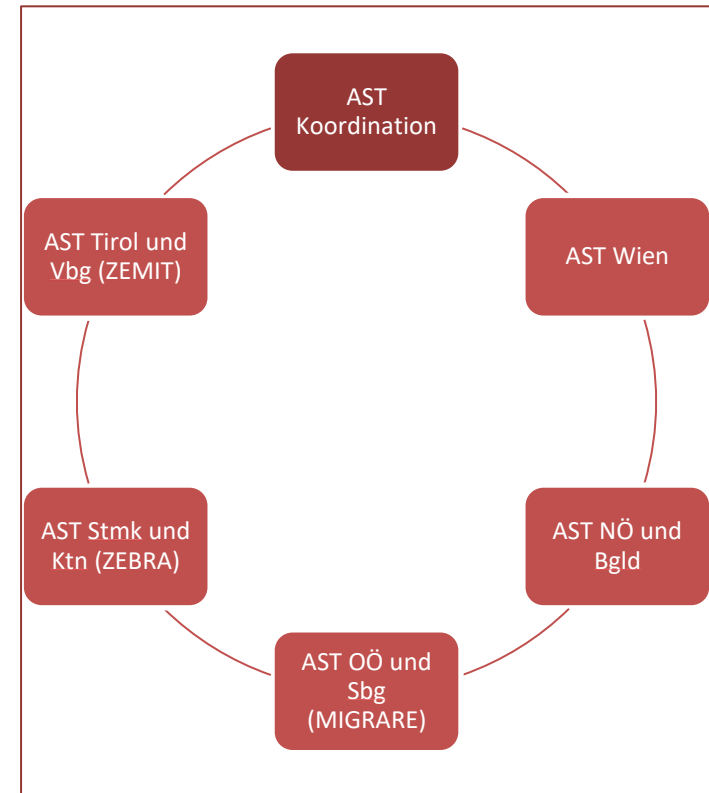
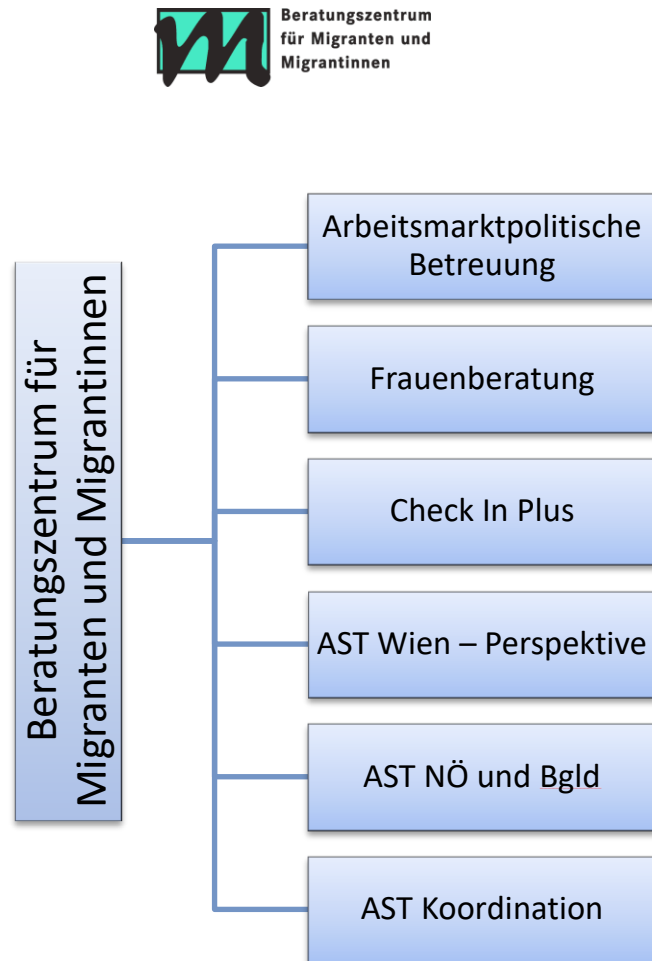
Ziel der Beratungs- und Betreuungseinrichtung Check In Plus (CIP) ist es, individuelle Weiterbildungslösungen zu finden, die auf diesen bereits mitgebrachten Qualifikationen aus

dem Herkunftsland aufbauen, um eine qualifikationsadäquate Arbeitsmarktintegration zu fördern.

Eine Schwerpunktgruppe der Betreuung bei Check In Plus sind Human- und ZahnmedizinerInnen während der Dauer ihrer Nostrifizierung. Da sowohl die Komplexität des Prozesses als auch der Bedarf des Arbeitsmarktes erkannt wurden, wurden für beide Gruppen spezielle Regeln erarbeitet:

- Die Verweildauer für HumanmedizinerInnen in der Betreuung kann bis zum Abschluss der Nostrifizierung betragen, aber maximal drei Jahre.
- Betreffend den Bezug der bedarfsorientierten Mindestsicherung wurde eine Ausnahme für TeilnehmerInnen während der Dauer der Betreuung bei Check In Plus geschaffen. Es kann die bedarfsorientierte Mindestsicherung weiter gewährt werden, wenn es sich um subsidiär Schutzberechtigte oder Asylberechtigte handelt.
- Gemeinsam mit der AST Wien-Perspektive werden regelmäßig Informations- und Austauschtreffen für die Zielgruppe angeboten. In bestimmten Fällen können die für die Nostrifizierung erforderlichen Dokumente kostenfrei durch die AST Wien-Perspektive übersetzt werden.
- Weiters werden die nostrifizierenden Human- und ZahnmedizinerInnen während des gesamten Anerkennungsprozesses beraten, begleitet und erhalten ausreichend Zeit, um für die Prüfungen zu lernen.
- Anfallende Kosten (Sprach- und Fachsprachkurse, Nostrifizierungstaxen, Gebühr für die Sprachprüfung an der Akademie der Ärzte oder Zahnärztekammer) können durch das AMS Wien gefördert werden.

Abbildung 5.1 Organigramm Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen





## **6. Qualitativer Forschungsteil: Interviews mit ÄrztInnen und ExpertInnen**

### **6.1. Einleitung**

Die Analyse beschäftigt sich mit den Anerkennungsprozessen von MedizinerInnen aus Drittstaaten. Es wurden Erfolge und Hürden, sowie persönliche Erfahrungen der NostrifikantInnen im Anerkennungsprozess untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie stützen sich auf eine Online-Befragung und eine Anzahl Interviews mit Betroffenen sowie mit VertreterInnen der für die Anerkennung zuständigen Stellen. Die forschungsleitende Frage lautet: Wie sehen Anerkennungsprozesse von MedizinerInnen (Human- und ZahnmedizinerInnen) aus Drittstaaten in Wien aus? Zusätzliche Fragestellungen dienen als Unterfragen zur Eingrenzung und Präzisierung des Forschungsgegenstandes:

- Wie sieht das berufsspezifische Anerkennungsverfahren in Wien aus?
- Welche Erfolge bzw. Hindernisse sind für den Anerkennungsprozess entscheidend?
- Wie kann das Anerkennungsverfahren verbessert werden? Welche konkreten Maßnahmen können gesetzt werden?

Die Darstellung beginnt mit den persönlichen Eindrücken der nostrifizierenden ÄrztInnen und der VertreterInnen der zuständigen Stellen. Anschließend werden die Ergebnisse der Online-Befragung der ÄrztInnen berichtet.

### **6.2. Die InterviewpartnerInnen**

Der qualitative Teil der Studie analysiert die Einschätzung des Anerkennungsverfahrens aus der Sicht von fünf Wiener NostrifikantInnen der Human- und Zahnmedizin: zwei von ihnen sind ZahnärztInnen und drei sind FachärztInnen bzw. AllgemeinmedizinerInnen, alle mit einem in Drittstaaten erworbenen Abschluss. Alle interviewten Personen, zwei Frauen und drei Männer, die im Alter zwischen 28 und 37 Jahren sind, sind asylberechtigt. Ebenso wurden zwei ExpertInnen aus den für die Nostrifizierung zuständigen Stellen befragt. Weitere drei ExpertInnen wurden angefragt, lehnten aber ab.

### **6.3. Methode**

Als Erhebungsmethode wurde das leitfadengestützte, problemzentrierte Interview gewählt. „Man reicht dem Interviewten sozusagen „a blank page to be filled in by the interviewee,“

damit das theoretische Konzept des Forschers nicht bekannt wird und entsprechend verzerrende Wirkungen dadurch nicht auftreten können. Dadurch hat man als ForscherIn eine größere Chance, den Forschungsgegenstand unvoreingenommen zu erfassen und Theorien fruchtbar zu machen. Im Vordergrund stand die komplexe Situation der NostrifikantInnen (Lamnek 2010: 333).

Der standardisierte Kurzfragebogen ist Teil des problemzentrierten Interviews. Hier wurden zu Beginn des Interviews soziodemografische Merkmale ermittelt und dann ein Einstieg in und eine Auseinandersetzung mit dem Problembereich initiiert.

Bei der Auswahl der Personen wurde nicht zufällig gearbeitet, sondern „theoretical sampling“ angewendet. Das heißt, der Fokus lag nicht auf der Repräsentativität der Fälle, sondern auf typischen Fällen. Der Forscher sucht sich nach seinen Erkenntnisinteressen einzelne Fälle für die Befragung aus (Lamnek 2010: 351). Oft bestehen durch informelle Beziehungen Kontakte zu den zu untersuchenden Personen. In vorliegenden Fall besteht ein direkter und enger Kontakt zwischen der Anlaufstellenkoordination (AST Koordination) und Check In Plus (CIP siehe 5.3.). Durch die Unterstützung von CIP wurden direkte Kontakte zu Human- und ZahnmedizinerInnen aus Drittstaaten geknüpft, was die Durchführung der Befragung erleichterte.

Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Zusätzlich wurden Beobachtungen von Interaktionen und Handlungen schriftlich im Transskriptum festgehalten (Lamnek 2010: 334).

### 6.3.1. NostrifikantInnen – Darstellung der Ergebnisse

#### 6.3.1.1. Kategorie 1: Spracherwerb

Die interviewten Personen gaben überwiegend an, dass der Spracherwerb von Deutsch und Latein der Erfolg zur raschen Nostrifizierung und zum Erhalt zur Befähigung als Ärztin/Arzt ist. Ein Deutschkurs oder das Selbststudium allein ist nicht ausreichend. Dieser ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Trotz des enormen Engagements und stetiger Bemühung ist kaum eine Verbesserung des mündlichen Deutsch möglich. Sie bemängeln nicht die Qualität des Kurses, sondern begründen dies damit, dass sie während der Nostrifizierung keinen Kontakt zu ÖsterreicherInnen haben, mit denen sie sich unterhalten und austauschen können, weder privat noch fachlich. Alle Interviewten sehnen sich nach Kontakt zu deutschsprechenden Personen, nicht nur des Spracherwerbs wegen, sondern auch wegen der sozialen Nähe und der Kontakte. In Interview 4 erzählt die/der Befragte von der Wichtigkeit

der deutschen Sprache vor allem in Bezug zum Beruf als Ärztin/Arzt und von der Schwierigkeit des Erlernens der deutschen Sprache. Deutsch zu lernen ist schwieriger als das Erlernen vieler anderer Sprachen und als NostrifikantIn spricht man meistens seine eigene Muttersprache. „Also viel lernen, vor allem die Sprache. Ich glaube der Stichproben test konzentriert sich auf die Sprache, auch natürlich auf die medizinische Kenntnisse, aber die legen einen großen Wert auf die Sprache und deswegen muss man sprachlich sehr gut sein. Auch mit den Professoren, zum Beispiel, wenn man über ein medizinisches Thema redet, dann muss man auch ganz flüssig reden und damit man also so ein bisschen sprachlich spielen kann. Ja, genau. Ich habe von vielen auch gehört, dass der Professor sagt, geh zuerst die Sprache lernen und dann komm zu mir. Ja. Ja, Sprache zuerst, also Sprache muss man sehr gut Deutsch können. Ja und dann nachher die Fächer und Medizin. Deutsch ist keine einfache Sprache, sondern eine urschwierig Sprache ja, aber es ist gut gegangen halt. Und sonst wird es dauern. Bei mir hat es nicht lang gedauert. Sprachlich, glaub ich, habe ich die Sprache gut beherrschen konnte und dann war es die Nostrifizierung nicht so schwierig, die Schritte sozusagen, weil die Sprache konnte ich“ (I4, 3).

Ein weiterer Hinweis auf den großen Wert von sozialen Kontakten in Bezug auf den Deutscherwerb liefert das Interview 3: „Das man jetzt auch seine Sprache verbessern kann. Also wie kann meine zweite Sprache verbessert werden, wenn ich die ganze Zeit im AKH sitze mit Arabern und keine Ahnung, die ganze Zeit auf Arabisch reden“ (I3: 11)?

In Interview 1 erläutert die Befragte/der Befragte das, wenn sie arbeiten würde, sie die Sprache schneller erlernen und rascher wieder den Weg in den Beruf finden könnte. „... aber hier in Österreich darf die Ärzte nicht arbeiten und das macht Schwierigkeiten, weil wenn man arbeiten und das verbessert die Sprache mehr, als wenn ich zu Hause nur lerne, das ist wirklich eine Schwierigkeit. Ich habe wirklich keine Zeit, um mit vielen Kommunikation mit Leute, eh eh, machen, eh, ich bleibe immer zu Hause lernen, aber das verbessert die Sprache nicht sehr gut“ (I1, 3).

In Interview 2 wird von der langen Beschäftigung mit dem Spracherwerb berichtet und wie sich die Situation der NostrifikantInnen dadurch nicht verbessern kann. Mit dem langen Prozess der Nostrifizierung geht auch Einsamkeit einher. Die NostrifikantInnen sind alleine, manchmal mit Freunden aus den Herkunftsländern beisammen. Sie fühlen sich im Prozess festgefahren. „Ja, meine Leben geht so schnell und ich finde, die Jahre geht so schnell, und ich mache nicht für mich, nicht etwas für mich. Meine Sprache hat nicht verbessert. Weil ich habe nur acht Monaten sehr viel intensive Kurse gemacht und danach habe ich mit meinem

Prozess beschäftigt. Und wenn ich mit meinem Nostrifikationsprozess beschäftigt, ich habe niemanden mit Menschen getroffen oder kontaktieren und es war so langweilig. Hier kann man nicht mit österreichische Leute treffen ohne Arbeit und im Universität ich kann nicht mit Studenten kontaktieren, weil ich habe kein anderen Prozess. Die Studenten hat einen Praxis und keine Zeit für mich, zum Beispiel. Ja, deswegen ich entscheide am Ende intensiv studieren in Bibliothek oder in meinem Zuhause” (I2, 2). Laut einer Studie des Deutschen Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2017) ist die häufige Anwendung und Nutzung der deutschen Sprache maßgeblich für den Lernerfolg. D.h., wenn KursteilnehmerInnen außerhalb des Deutschkurses mit FreundInnen beim Einkauf oder in der Nachbarschaft Deutsch reden und üben können, wirkt sich das besonders positiv auf den Erwerb der deutschen Sprache aus.

In den Interviews wird die Wichtigkeit des Erlernens der deutschen Sprache und der deutschen medizinischen Fachsprache sowie auch des Kontakts zu deutschsprachigen ÄrztInnen sichtbar. Diese Einschätzung durch die NostrifikantInnen geht einher mit dem Wunsch nach vorläufiger Beschäftigung für ÄrztInnen während des Anerkennungsverfahrens. Dadurch könnten NostrifikantInnen ihr Fachwissen im Kontakt mit ÄrztInnen und Pflegepersonal auffrischen, ihr medizinisches Geschick unter Anleitung unter Beweis stellen, Erfahrung mit dem österreichischen Gesundheitswesen erlangen und die Erwartungen der PatientInnen, Pflegepersonal und KollegInnen unmittelbar kennenlernen.

#### 6.3.1.2. Kategorie 2: Unterstützung

Alle Befragten sagten einstimmig aus, dass sie enorme Unterstützung durch Check In Plus (CIP) (siehe 5.4.) erfahren haben. CIP hat ihnen die Kommunikation mit dem AMS abgenommen und bezüglich der finanziellen Absicherung geholfen. Aber auch, wenn es um die Finanzierung von Fachsprachkursen für Medizin oder Deutschkurse sowie die Rückerstattung von Prüfungsgebühren ging, hat CIP mit dem AMS sehr gut kooperiert. CIP versucht so gut wie möglich, die NostrifikantInnen zu entlasten, wie bei sprachlichen Hindernissen und organisatorischem Aufwand, somit können sie sich auf die Prüfungen konzentrieren. Das wird in Interview 3 verdeutlicht: „Und durch Check In und WAFF<sup>2</sup>, zum Beispiel, ahm, haben hat mein Berater also schon einen Überblick, wie das ganze aussieht. Er hat eine Struktur bekommen von meinem Ablauf jetzt. Wie geht das weiter und was bekommt er und was. Ich hab das Gefühl, durch Check In, da habe ich vielleicht einen Berater, der mich und vielleicht ein paar andere betreut. Ah, was die ganze Sache einfacher gemacht hat, als ich

---

<sup>2</sup> Hier wird die AST Wien-Perspektive gemeint, diese befindet sich in den Räumlichkeiten des waff.

nur mal meinen AMS Berater, keine Ahnung, der vielleicht zwei Bezirke betreut. Wissen Sie, was ich meine genauer. Also, es hat den Fokus auf die Sache, keine Ahnung, genauer gestellt für das AMS. Das AMS hat auch, sozusagen, unterstützt also hat dabei unterstützt und Verständnis dafür gehabt” (I3: 5).

Ebenso gaben die Befragten an, dass die AST Wien-Perspektive eine wichtige Rolle im Nostrifizierungsprozess gespielt hat. Diese hat sie im Anerkennungsprozess beratend unterstützt, und für die Übersetzung der für die Nostrifizierung relevanten Dokumente war die AST Wien-Perspektive ausschlaggebend. Ebenso für die Bewilligung der Kostenübernahme von spezifischen medizinischen Fachkursen. Diese positiven Erfahrungen gehen auch aus dem Interview 5 hervor: „Damals haben wir Infos bekommen, dass die zuständige Stelle hier ist beim WAFF<sup>3</sup> oder Perspektive, also, mein ich, hier. Dann sind wir, ein Freund, also ein Kollege und ich, hierhergekommen und wir haben jede Menge Informationen bekommen. Das war für mich sehr schwierig, sprachlich war das auch schwierig. Fachbegriffe. Ja. Danach habe ich B1-Deutschkurs gemacht, ja. Inzwischen habe ich eine Stelle als Ordinationsgehilfe in einem Asylheim bekommen. Das war im September 2015. Und ich habe dort für ein Jahr gearbeitet. Dann habe ich die Entscheidung getroffen, in diese Richtung, in die Nostrifizierung zu gehen. Das heißt, es hat beim AMS begonnen, hier und ja (I5: 2).

Nicht nur Institutionen haben die Befragten auf ihrem Weg zur nostrifizierten MedizinerIn begleitet, sondern vor allem auch KollegInnen aus dem Nostrifizierungsprozess und ehemalige NostrifikantInnen sowie österreichische ÄrztInnen haben ihnen den Weg geebnet. KollegInnen und ehemalige NostrifikantInnen unterstützen jetzige NostrifikantInnen mittels Lerngruppen, entweder örtlich oder per WhatsApp bzw. Facebook-Gruppen. Unterlagen werden ausgetauscht, Empfehlungen werden gegeben, Literatur wird empfohlen, Hoffnung wird gegeben und Mut wird gemacht. „Ganz am Anfang, ich kann mich eigentlich nicht ganz erinnern, wie es zustande gekommen ist, dass ich den Antrag auf Nostrifikationsprozess, ahm, gestellt habe, aber ich glaub, aber ich kann’s so sehen, dass ich von jeder, von jeder Seite, also von jeder Organisation hat ein paar Infos gesagt, Check In, da habe ich schon ein bisschen Information erfahren, wie das geht, ahm dann habe ich mich auf den, dann war ich auf der BIB<sup>4</sup> und da habe ich Nostrifikanten kennengelernt und, also auch andere Leute, die Nostrifikation machen, und die haben dann mir auch den Weg ein bisschen gezeigt und eh und erzählt, wie das weitergeht. Weil, ich glaub, die Organisation, die sind voll gut, weil die erklären, aber die Leute, die drinnen in der Sache sind, die kennen sich am meistens und am

---

<sup>3</sup> Hier wird die AST Wien-Perspektive gemeint, diese befindet sich in den Räumlichkeiten des waff.

<sup>4</sup> Mit BIB wird die Bibliothek im Allgemeinen Krankenhaus Wien gemeint.

bestens aus. Glaub ich. Voll, also ja, ein bisschen Infos von Check In, von WAFF<sup>5</sup>, dann von den Leuten, dann direkt zu der Uni Wien hingehen und auch gefragt“ (I3: 1).

„Aber wir sind diese syrische Ärzte, wir haben ein WhatsApp Gruppe, und gibt es Kollegen, die vorher die Nostrifikation beendet. Und sie helfen uns wirklich sehr“ (I1: 3).

Übereinstimmend bestätigen die Interviews, dass Begleitung und Unterstützung von Check In Plus und AST Wien-Perspektive ein Rückhalt für die NostrifikantInnen sind und auch in Anspruch genommen werden. Durch die Unterstützungsleistungen können sie schneller in den Nostrifikationsprozess eingegliedert werden und rascher zu einem positiven Erfolg kommen. Check In Plus – ein vom AMS gefördertes Projekt – ergänzt die Arbeitsmarktpolitik in Wien und indirekt auch in den Bundesländern, da manche fertige NostrifikantInnen in den Bundesländern einen Arbeitsplatz als Ärztin/Arzt finden. Sie sind selbstorganisiert, handeln proaktiv und zielstrebig, um sich rasch in den Arbeitsmarkt einzugliedern und selbständig und eigenverantwortlich zu handeln.

#### 6.3.1.3. Kategorie 3: Nostrifizierungsprozess

Generell bewerten die Befragten den Prozess als langen Weg mit vielen Stolpersteinen. Der Stichprobentest beansprucht nach Schätzung der Befragten im Schnitt eine Vorlaufzeit von ca. sechs Monaten bedingungslosen Lernens. Der Besuch von Lehrveranstaltungen ist zwar nicht verpflichtend, aber für viele sehr hilfreich. Jedoch ist Lernen, der Besuch von Lehrveranstaltungen, Haushalt, Kinder und Familie für Betroffene eine große Herausforderung. Das kann zu Einsamkeit führen, da ein hoher Zeitaufwand entsteht. Dadurch geht Zeit für soziale Kontakte, Sport und Freizeit verloren. Die Befragten weisen viel Enthusiasmus und eine hohe Selbstmotivation auf. Ohne diese würden viele aufgeben und einen leichteren Weg einschlagen. „... die System und Prozess, alles ist so langweilig und braucht viel positive Energie zum Weiterlaufen“ (I2: 6).

Die Interviews zeigen, dass Mehrfachbelastungen, wie durch Familie, Arbeit, Gesundheit und Familienzusammenführung, das Lernen und die Situation selbst erschweren können. Die Befragten gaben an, dass sie selber betroffen sind oder Freunde haben, die Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind. In der Folge verlängert sich dadurch ihr Nostrifizierungsprozess. Eine Person gab an, dass sie mit dem Prozess gewartet hat, da sie/er mental noch nicht bereit war aufgrund der Familienzusammenführung. Ihr/Seine EhepartnerIn und die zwei gemeinsamen Kinder mussten nachgeholt werden. Mental fühlte sich die

---

<sup>5</sup> Hier wird die AST Wien-Perspektive gemeint, diese befindet sich in den Räumlichkeiten des waff.

befragte Person noch nicht bereit, ehe die Familie zusammen und sicher vor dem Krieg war. „Vor allem die Sprache, ja, und zweites an die Motivation und drittens weil meine Familie noch in Syria war, psychologisch war ich noch nicht stabil. Ja, ja, so war es. Dann habe ich mir gedacht, ja, ich mache es Schritt für Schritt, vor allem die Sprache, den Kontakt mit der Gesellschaft, wieder Kontakt mit der Medizin und alle diese Sachen habe ich in dieser Stelle als Ordinationsgehilfe gefunden“ (I5: 2).

Die befragte Person gab an, dass durch den intensiven Lernprozess die Kinderbetreuung umgestellt werden musste. Das Kind musste länger im Kindergarten bleiben, damit sie/er besser und länger lernen kann. „Ja, aber wenn man wirklich, ich habe wirklich dreieinhalb Monate zu Hause, ich bin dreieinhalb Monate zu Hause geblieben, wirklich, und ich mache nur lernen und ein bisschen mit meiner Tochter bisschen spielen. Ja. Aber wirklich, wenn gut Lernen, dann kann man das schaffen“ (I1: 1).

Hinzu kommen auch die Unannehmlichkeiten und die Scham bei den Befragten, von staatlichen Leistungen abhängig zu sein, da sie sich durch eigene Mittel nicht finanziell absichern können. Es wurde die Vereinbarung getroffen, dass ÄrztInnen und ZahnärztInnen die durch CIP betreut werden, nicht in den Arbeitsmarkt vermittelt werden müssen, um den Nostrifizierungsprozess zu beschleunigen.

„Sie wissen schon, wir sind Flüchtlinge und von der Stadt abhängig, was auch manchmal peinlich ist, aber es konnte vielleicht schwieriger sein, es könnte schwieriger gewesen sein, wenn ich nebenbei gearbeitet hätte, aber trotzdem, ich glaub, ich hätte nie damit aufgehört. Jetzt nebenbei einen Stress oder einen Belastung gehabt hab. Weil ich kenn auch urviele Freunde, Freunde von mir, die nebenbei arbeiten, trotzdem sie machen weiter und weiter und geben nie auf. Vor denen würde ich einen großen Respekt zeigen, weil die haben es noch schwieriger als wir. Die Leute, die aus dem Osten, also nicht Osten, sondern Osteuropa, kommen, die kriegen keine Sozialhilfe, die müssen auch arbeiten. Als Zahnarztassistentin, als Zahnarztassistent, und trotzdem sie machen weiter. Sie haben manchmal auch Familie“ (I3: 9-10).

Die Befragten fühlen sich gegenüber ordentlich Studierenden ungleich behandelt. Auch wenn sie ihr Studium bereits absolviert haben, sind sie nun (wieder) außerordentliche Studierende. Der fachliche Austausch zwischen NostrifikantInnen und Studierenden sowie insgesamt mehr Kontakt und Freundschaften sind erwünscht. „... wir sind doch ein normaler Student, weil sie behaupten die ganze Zeit, Sie sind ein Student auf der Med Uni Wien. Theoretisch. Praktisch, naja, ...“ (I3: 12).

Für ZahnmedizinerInnen erscheint das Verfassen der Diplomarbeit auf Deutsch als eine zusätzliche Hürde. Sie sehen es als Schikane im Vergleich zu den NostrifikantInnen der Humanmedizin, die keine Diplomarbeit schreiben müssen. Die Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit in der Fremdsprache ist aus vielerlei Gründe sehr anspruchsvoll: Das vorhandene Wissen ist in verschiedenen Sprachen vorhanden, eine Auseinandersetzung mit bestehender Fachliteratur (in verschiedenen Sprachen) ist unumgänglich, ein wissenschaftlicher Text ist viel komplexer als ein Essay und letztlich die Thema- und BetreuerInnensuche gestalten sich für außerordentliche Studierende teils schwierig.

Die MedizinerInnen aus Drittstaaten sind sehr gut vernetzt, sowohl national als auch international, und haben damit Einblick in das Anerkennungssystem in Deutschland. Die Befragten sind alle überzeugt, dass der Anerkennungsprozess in Deutschland leichter und rascher erfolgt. Hierzu wissen Sie, dass es für eine befristete Zeit möglich ist, als Ärztin/Arzt parallel zur Nostrifizierung zu arbeiten und sich in die finanzielle Unabhängigkeit zu begeben. Dadurch bietet Deutschland eine rasche Integration in die Gesellschaft und einen fließenden Übergang in das Berufsleben. Vor allem den Kontakt zu den PatientInnen vermissen die Befragten. Sie möchten dadurch auch ihre Sprachkenntnisse festigen und wieder in die Praxis hineinwachsen. „Ja, ich kenne viele Kollegen in Deutschland, zum Beispiel, die haben in Deutschland also wirklich einen guten Prozess, ja. Ehm, als Arzt darf man, wenn man seine Unterlagen nachweisen kann, darf man ansuchen, also Berufserlaubnis kriegt man dann, darf man als Arzt arbeiten. Aber, ah, für eine kurze Zeit, also für ein oder zwei Jahre und dann am Ende also kriegt man dann, bekommt man dann eine Prüfung und in der Prüfung also kann man wieder nachweisen, ob er medizinisch gut ist oder nicht. Wird überprüft und dann wird man in eine Sitzung, zweistündige Sitzung oder so was, ah, schafft die Prüfung, heißt das, er hat geschafft. Und ich finde, während dieser Zeit wird man so sprachlich besser sein, so kann man die Sprache verbessern, kann man verdienen und medizinisch auch, bleibt in der Stimmung auch und viel lernen kann, ist halt, kann man sich richtig integrieren im Spital oder in der Arbeit, in der Gesellschaft lernt man so viel eigentlich und findet, eh, besser so, als dass man zu Hause bleibt oder so in der Bibliothek und Theorie lernt, was man vor wie vielen Jahren gelernt hat. Wieder wiederholen und bleibt immer weg vom Beruf, Kontakte mit Patienten auch, bleibt immer weg, ja. Ich finde, die deutsche Erfahrung ist ideal, ja. Ja (I4: 5-6).

Es wurde bereits erwähnt, dass Anerkennungsprozesse in Österreich und Deutschland sehr unterschiedlich sind. Ein der deutschen Praxis ähnliches Modell, wobei nicht einzelne



Studieninhalte verglichen werden, sondern ärztliche Fachkompetenz, wäre in Österreich ebenfalls wünschenswert.

#### 6.3.1.4. Kategorie 4: Niederlassung

Die Befragten geben an, dass sie zwar Wien gegenüber anderen Orten in Österreich vorziehen, ein gutes Angebot aber auch in einem anderen Bundesland oder im Ausland annehmen würden. Sie haben eine hohe Mobilitätsbereitschaft und sind in höchstem Maß zur Berufsausübung motiviert. Die Prioritäten der Niederlassung sind Arbeitsklima, Gehalt und berufliche Erfahrung, die man an der neuen Dienststelle erwerben kann. „Irgendwo, es ist mir egal, weil ich möchte einen guten Klima, irgendwo in Baden, in Wien, in Nordösterreich, es ist mir egal. Es ist wichtig für mich, die Arbeitsklima. Und, äh, dort, wo kann ich mehr Erfahrung haben und, ja, und gut Gehalt zum Beispiel“ (I2: 7).

„Wenn ich nicht was Gescheites in Wien oder Österreich finde, dann werde ich nach Deutschland, wenn ein verlockendes Angebot dort gibt. Dann ja.“ (I3: 9)

„Lieber ist es mir, in Wien bleiben, aber wenn es nicht klappt, ja, warum nicht in Niederösterreich, also nicht so weit von Wien, Niederösterreich, Burgenland, ah, Oberösterreich auch ist kein Problem, ja. Ah, wichtig ist auch, dass man gute Stelle kriegt, gute Ausbildung“ (I4: 6-7). In der Praxis hat sich herausgestellt, dass die fertigen NostrifikantInnen bereit sind, in den Bundesländern zu arbeiten, und dies auch vermehrt tun. Ein gutes Gehalt und Fortbildungsmöglichkeiten – die wenigen, geäußerten Wünsche beinhalten gewichtige Themen bezüglich Arbeitsplatzsuche unter NostrifikantInnen. Innerhalb eines Gesamtpakets wären nicht-monetäre Anreize in Österreich ebenfalls wünschenswert.

Je besser ZuwanderInnen und ihre Familien integriert werden, desto weniger sind sie von staatlicher Unterstützung abhängig. Je adäquater ihre Qualifikationen anerkannt werden und je mehr sie in einem stabilen Beschäftigungsverhältnis sind, desto besser können sie zur wirtschaftlichen Situation Österreichs beitragen (Huber 2016).

#### 6.3.1.5. Kategorie 5: Zukunft

Alle Befragten möchten in Zukunft als Ärztin/Arzt arbeiten. Eine Alternative zum Anerkennungsprozess kam für sie nicht in Frage, auch wenn sie sich bewusst sind, dass es ein langer Weg ist. Des Weiteren wünschen sich die Befragten nach der Nostrifizierung Weiterbildung und Spezialisierung in ihrem Beruf. Sie möchten über einen längeren Zeitraum

Berufserfahrung sammeln und bezeichnen eine eigene Ordination oder Gruppenpraxis als erstrebenswert. „Ich weiß nicht, ja. Ich will jetzt meine Ausbildung fertig machen. Dann interessiere ich mich für eine Internistenstelle, werde ich also Internist. Ich will also Internist werden eigentlich. Und dann, also, im Spital ein paar Jahre auch arbeiten. Ah, nachher also vielleicht eine Ordi oder, schau ma, vielleicht eine Gruppenpraxis, ja, aber zuerst mal mein Plan ist es, eine Internestelle kriegen. Ja“ (I4: 6).

Gleichzeitig berichtet eine Person über sinkende Erwartungen an den Beruf im Vergleich zur Anfangsphase, welche von viel mehr Euphorie gekennzeichnet war. „Puh. Ich weiß es selber wirklich nicht. Ahm, ich komme eigentlich langsam niedriger mit meinen Erwartungen. Da hab ich mir immer gedacht, ich will ein riesiges Zentrum für Zahnmedizin eröffnen. Aber ich glaube, so einfach ist die Sache nicht. Aber man sollte weiterträumen. Ahm, wo ich in der Zukunft seh, wo ich mich seh. Ich träume endlich von einem, so einem Zentrum, wo mehrere Ärzte zusammen arbeiten, mehr Respekt, also immer Respekt, Stimmung, ah, mit Respekt halt behandelt wird. Und, ah, das auch zeitlich für jeden Patient passend halt. Weil nicht, keine Ahnung, jeder Patient fünf oder zehn Minuten kriegt. Also, dass jeder Patient so zwanzig Minuten kriegt, ordentlich, Diagnose stellt und Ablauf. Das träum ich immer. Ich glaub, das gibt es nicht hier [lacht]“ (I3: 8).

Alle waren sich einig, als Ärztin oder Arzt arbeiten zu wollen und die Nostrifizierung durchzuführen. Ein Verfahren, wie in Schweden oder Deutschland, wird von den Befragten als für Österreich wünschenswert und zeitgemäß empfunden.

### 6.3.2. ExpertInnen – Darstellung der Ergebnisse

#### 6.3.2.1. Kategorie 1: Problematik – Unvollständige Unterlagen

Die ExpertInnen bemängeln die Problematik der unvollständigen Unterlagen. Ein sehr hoher Anteil der NostrifikantInnen erhält einen Verbesserungsauftrag von der Behörde und muss Unterlagen nachreichen. Die Behörden ihrerseits sind tolerant und erlauben Nachreichungen.

„da es sich bei Antragstellern aus Drittlandstaaten oftmals um Ärzte/Ärztinnen mit Asylstatus handelt, können diese auch nicht in ihr Herkunftsland reisen um Ausbildungsnachweise zu besorgen. Die Anträge sind daher oft unvollständig – viele können keine Unterlagen nachreichen oder es dauert Monate bis sie weitere Unterlagen vorlegen können. Wenn Antragsteller keine Unterlagen oder nur Zeitbestätigungen vorlegen können, ist es natürlich auch schwierig die Gleichwertigkeit der Ausbildung zu beurteilen. Unter Umständen können Ausbildungszeiten dann nur in einem geringen Ausmaß oder gar nicht angerechnet werden.

Ärzte / Ärztinnen müssen dann die ganze Ausbildung in Österreich von vorne beginnen.“ (I6: 1).

„Der klassische Fall ist, dass Nostrifikationswerberin, Nostrifikationswerber schon vorher einige Male da war, sich auch über die Homepage informiert hat, die Formulare sind nicht umfangreich, das sind zwei Seiten, die auszufüllen sind, und dass der/die NostrifikationswerberIn dann einfach kommt mit seinen Dokumenten und eben das Ansuchen stellt. In den meisten Dokumenten fehlen dann trotzdem einige Unterlagen. Wo einfach Apostillen oder wenn etwas verwechselt wurde, was jetzt als Diplom von den NostrifikationswerberInnen betrachtet wird aber international kein Diplom ist, dann wird im Gespräch ein Verbesserungsauftrag erteilt, wo man den NostrifikationswerberInnen unter Umständen zeigt, was wir uns erwarten, wie das aussehen soll, nach dem zweiten, dritten Mal klappt's dann und die Dokumente sind formvollendet vorhanden, dass das Ansuchen entgegen genommen werden kann“ (I7: 5).

Die ExpertInnen betonen, dass das Anerkennungsverfahren klare Vorgaben hat. Manche NostrifikantInnen werden als beratungsresistent wahrgenommen, indem sie unrealistische Erwartungen in Bezug auf das Nostrifikationsergebnis haben. Zu den Erfahrungen der MitarbeiterInnen gehört auch, dass NostrifikantInnen unvollständige Informationen erhalten haben und Informationen aus dritter Hand mehr Glauben schenken. „Und ja das ist halt wirklich mühsam, weil manche wirklich völlig beratungsresistent sind und denken, wir könnten das beeinflussen. Wie, wenn ich gute Laune habe, kann ich sagen, nein, du musst das nicht bringen. Und sie verstehen und sie glauben dann, dass wir sie nicht leiden können oder absichtlich schlecht behandeln. (I7: 2).

Was als Beratungsresistenz mancher NostrifikantInnen empfunden wird, könnte daraus resultieren, dass die erste Information nicht von den Fachleuten an der Medizinischen Universität oder in der Ärztekammer stammt. Bis es zu einem offiziellen Beratungstermin kommt, haben die AntragstellerInnen bereits von diversen Seiten Informationsbruchstücke aufgegebelt, die sie irgendwie zusammengefügt haben. Selbst wenn jedes einzelne Bruchstück zutreffend gewesen wäre und bei der Aufnahme nicht missverstanden wurde, was sehr unwahrscheinlich ist, können sie falsch zusammengesetzt worden sein. Es kann für sie schwierig sein, sich von diesem Informationsbesitz wieder zu verabschieden, besonders wenn es auch bedeutet, die Glaubwürdigkeit von Freunden und Bekannten in Zweifel ziehen zu müssen, auf die sie bisher vertraut haben. Die Erfahrung des Beratungszentrums für Migranten und Migrantinnen zeigt, dass muttersprachliche Information, wie sie durch

Vernetzung und innerhalb der Community kursiert, positiver aufgenommen und als glaubwürdiger empfunden wird. Informationsvermittlung, wie sie im Beratungszentrum, an der Medizinischen Universität oder in der Ärztekammer erfolgt, ist unausweichlich in erster Linie ein sozialer Akt, in dem die beratungssuchende Person zunächst von ihren bisherigen Informationsquellen gelöst und über den Verlust ihres vermeintlichen Informationsbesitzes getröstet werden muss. Erst dann ist sie bereit und auch fähig, die neue Information aufzunehmen und konstruktiv zu verarbeiten.

#### 6.3.2.2. Kategorie 2: Statistik

Die ExpertInnen gaben an, dass sie eine interne Statistik bzw. das System des Bundesrechenzentrums führen. „Das ist das Bundesrechenzentrum. Das Ministerium hat online darauf Zugriff, die sind ja, wie bei allen anderen Universitäten auch, die haben einen Studierendenausweis. Und die müssen auch im Semester den Studienbeitrag einzahlen und damit hat das Bundesrechenzentrum also jeden Tag auf dieselben Informationen Zugriff wie wir. Also auf die Prüfungen jetzt nicht, aber ob der grad aktiv ist oder nicht und wer männlich, weiblich und aus welchem Land er kommt“ (I7: 8).

Beide ExpertInnen führen Aufzeichnungen in ihren Datenbanken. Eine genauere Statistik wäre wünschenswert, vor allem, um die Dauer der Phasen der Anerkennung zu eruieren und die Gesamtdauer der Nostrifizierung zu bestimmen. Unsere Empfehlung wäre es, folgende Schritte der Anerkennung zu dokumentieren: Datum der Antragstellung, Datum des Stichprobentests, Erhalt des Nostrifikationsbescheids, ob und welche Prüfungen vorgeschrieben wurden. Dadurch könnte die Verfahrensdauer berechnet werden und Vergleiche zwischen den NostrifikantInnen durchgeführt werden. Eventuell könnte man in der Folge Verfahren aneinander anpassen und effizienter vorgehen.

#### 6.3.2.3. Kategorie 3: Informationen

Periodische Veranstaltungen für NostrifikantInnen der Human- und Zahnmedizin gab es und soll es an der Medizinischen Universität Wien weiterhin geben. Zum damaligen Zeitpunkt (Mai 2018) war eine für Herbst 2018 geplant. Im Mai 2018 waren 135 HumanmedizinerInnen und 96 ZahnmedizinerInnen an der Uni Wien registriert. „... wir haben auch über, migrant.at<sup>6</sup> und über die Österreichisch-Arabische Gesellschaft ein sehr breites Publikum erreicht und das war wahnsinnig gut besucht und es gab MentorInnenangebote und mehrere Angebote. Auch die Homepage erläutert das Procedere“ (I7: 3).

---

<sup>6</sup> <http://www.migrant.at/> ist die Homepage des Beratungszentrums für Migranten und Migrantinnen.

Die Institutionen bieten alle Beratung an und informieren NostrifikantInnen über die Modalitäten und den Ablauf des Prozesses. Die Medizinische Universität Wien bietet Parteienghör fünf Mal pro Woche an: Montag, Mittwoch und Freitag von 9 bis 12 Uhr, am Dienstag von 13 bis 15 Uhr und am Donnerstag von 13 bis 16 Uhr. Die Österreichische Ärztekammer bietet ein Beratungsgespräch nach vorheriger persönlicher Kontaktaufnahme an.

Beratungseinrichtungen, die Themen rund um Bildung und Beruf behandeln, sind besonders wertvoll für die Zielgruppe, vor allem in der Erst- bzw. einer anderen, sehr gut beherrschten Sprache. Multilinguale Bildungsberatung wird in Wien von der Anlaufstelle Wien-Perspektive angeboten und ebenso in den Bundesländern von den Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen in Innsbruck, Graz und Linz (Punkt 5.2.).

## **7. Quantitativer Forschungsteil: Befragung der Ärztinnen und Ärzte**

Im quantitativen Teil der Untersuchung zum Thema Anerkennungsprozesse wurden 172 ÄrztInnen und ZahnärztInnen zu ihren persönlichen Erfahrungen mit Nostrifizierung ihres ausländischen Abschlusses befragt. Geplant war eine repräsentative Befragung von in Österreich lebenden DrittstaatsbürgerInnen, die ihr Studium der Medizin bzw. Zahnmedizin nostrifizieren möchten, sich bereits im Nostrifikationsprozess befinden oder den Nostrifikationsprozess bereits absolviert haben. Da das Beratungszentrum für Migranten und MigrantInnen mehr als 30 Jahre Beratungserfahrung im Migrationskontext hat und dadurch viele Kontakte bestehen, konnten sehr viele KlientInnen für den Online-Fragebogen erreicht und gewonnen werden. Für die Befragung mit Fragebogen konnten auch MigrantInnen erreicht werden, die keine KlientInnen des Beratungszentrums sind.

Die Umfrage ging den Themen Dauer des Verfahrens, Zugang zu Lernmaterialien, Wahrnehmung des Lernerfolges, Zufriedenheit und Fairness, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Beschäftigung und Karrierechancen nach.

### **7.1. Fragestellung**

Die Befragung der ÄrztInnen wurde primär mit dem Ziel durchgeführt, um mehr über die Dauer des Nostrifizierungsverfahrens und seine einzelnen Komponenten sowie über die Ansichten zum Verfahren herauszufinden. Es ging nicht darum, die Anzahl der nostrifizierten oder nostrifizierenden ÄrztInnen zu erheben. Das wäre auf diese Weise kaum möglich gewesen, weil es keine Kenntnis über die Grundgesamtheit der aus dem Ausland mit abgeschlossenem Medizinstudium und Berufsberechtigung zugezogenen Personen gibt.

Im Folgenden werden daher zunächst der Verlauf und die Dauer der Verfahren sowie der einzelnen Verfahrensschritte beschrieben und statistisch analysiert.

Anschließend werden vier besondere Aspekte des Verfahrens näher betrachtet, nämlich zuerst die Anzahl der auferlegten Prüfungen, die Teilnahme an Arbeitstrainings und Praktika, die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse und die Zufriedenheit der Befragten mit dem Verfahren und seinem Verlauf.

### **7.2. Die Befragten**

Die Befragung wurde mittels Online-Fragebogen durchgeführt, der in drei Bereiche gegliedert war: Soziodemographische, berufsbiographische und anerkennungsspezifische Fragen. Der

erste dieser drei Teile bestand aus sechs, der zweite aus elf Fragen und der dritte aus zwölf Hauptfragen und mehreren Unterfragen. Die Fragen wurden auf Deutsch gestellt.

Die Online-Befragung wurde vom 8. Februar bis 5. März 2018 durchgeführt. 222 Personen aus der Beratung bei Check In Plus (CIP siehe 5.3.) und aus Vernetzungsaktivitäten wurden per E-Mail zur Teilnahme eingeladen. Besonders ergiebig waren der 8. Februar, der 19. Februar und der 2. März 2018, die zusammen zwei Drittel aller Antworten (115 der 172) erbrachten. Der 8. Februar war der Tag, an dem die Aussendung der E-Mail mit der Umfrage an die ÄrztInnen von CIP und an die ÄrztInnen für Humanmedizin aus der ÄrztInnenliste der Treffen hinausging. Am 12. Februar 2018 wurden die ZahnärztInnen der Vernetzungstreffen angeschrieben, was keine besondere Wirkung hatte. Am 19. Februar 2018 wurde zur Erinnerung an alle ein E-Mail gesendet mit der Information, dass die Umfrage nur noch bis zum 2. März 2018 online zur Verfügung stünde. Das erwies sich als wirksam, sowohl in Bezug auf den 19. Februar als auch auf den 2. März.

Insgesamt nahmen 172 Befragte teil, aber 14 machten nur sehr wenige Angaben und 14 weitere stiegen aus, bevor sie zur Frage nach den bereits absolvierten Verfahrensschritten kamen. Die verbleibenden 144 eignen sich für die Beschreibung des Nostrifizierungsprozesses.

**Tabelle 7.1 Befragte nach Beruf und Geburtsstaat**

	Allg	Fach	Zahn	fehlt	Gesamt
Westasien-Nordafrika	37	35	45	7	124
Ost- & Südosteuropa	2	4	9	2	17
Sonstige Staaten	2	4	3	-	9
Österreich	1	-	-	-	1
Fehlt	5	5	6	5	21
<b>Gesamt</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>172</b>

Die 172 Befragten setzten sich zusammen aus 55 Frauen und 113 Männern; 4 Personen machten keine Angabe.

**Tabelle 7.2 Befragte nach Beruf, Geschlecht und Geburtsdekade**

Befragte nach Beruf, Geschlecht und Geburtsdekade

	Allgemein- medizinerIn	Fachärztin/ Facharzt	Zahnärztin/ Zahnarzt	Unbekannt	Gesamt
<b>Weiblich</b>					
1947-1965	0	3	0	0	3
1966-1975	3	5	5	0	13
1976-1985	9	7	9	0	25
1986-1995	4	1	6	1	12
unbekannt	0	0	0	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>55</b>
<b>Männlich</b>					
1947-1965	0	10	0	0	10
1966-1975	4	6	7	1	18
1976-1985	10	14	17	3	44
1986-1995	17	1	19	3	40
unbekannt	0	1	0	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>113</b>
<b>Unbekannt</b>					
1947-1965	0	0	0	1	1
1986-1995	0	0	0	2	2
unbekannt	0	0	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Gesamt</b>					
1947-1965	0	13	0	1	14
1966-1975	7	11	12	1	31
1976-1985	19	21	26	3	69
1986-1995	21	2	25	6	54
unbekannt	0	1	0	3	4
<b>Gesamt</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>172</b>

Die Befragten wurden zwischen 1947 und 1995 geboren, der häufigste Jahrgang war 1981, also Personen, die 2018 36 Jahre alt geworden waren. Die Befragten befanden sich mehrheitlich im Haupterwerbsalter zwischen 25 und 49 Jahren. 69 wurden um 1980 herum und 54 um 1990 herum geboren, zusammen 123 der 172 Befragten (71,5%). 31 wurden um 1970 herum geboren und 14 zwischen 1947 und 1965. Vier machten keine verwertbare Angabe. Unter den Befragten waren die FachärztInnen im Durchschnitt um etwa acht Jahre älter als die AllgemeinmedizinerInnen und die ZahnärztInnen. Dieser Altersunterschied beträgt bei den Männern etwa 9,5, bei den Frauen etwa 6 Jahre. ZahnärztInnen waren bei beiden Geschlechtern rund ein Jahr älter als AllgemeinmedizinerInnen.



**Tabelle 7.3 Befragte nach Geburtsort und Studienort**

Studienort	Geburtsort					Gesamt
	Westasien Nordafrika	Ost- und Südost- europa	Andere	Österreich	Unbekannt	
Westasien Nordafrika	94	0	1	0	0	95
Ost- und Südosteuropa	26	26	0	0	0	52
Andere	2	0	8	1	0	11
Unbekannt	6	2	1	0	5	14
<b>Gesamt</b>	<b>128</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>172</b>

**Tabelle 7.4 Befragte nach Geburtsort und Studienort, wenn bei fehlendem Studienort angenommen wird, er sei gleich dem Geburtsort gewesen**

Studienort	Geburtsort					Gesamt
	Westasien Nordafrika	Ost- und Südost- europa	Andere	Österreich	Unbekannt	
Westasien Nordafrika	100	0	1	0	0	101
Ost- und Südosteuropa	26	28	0	0	0	54
Andere	2	0	9	1	0	12
Unbekannt	0	0	0	0	5	5
<b>Gesamt</b>	<b>128</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>172</b>

128 der 172 Befragten waren in einem westasiatischen oder nordafrikanischen Staat geboren und 94 hatten in dieser Weltregion auch das Studium abgeschlossen. Eine weitere Person hatte in dieser Region das Studium abgeschlossen, war aber in Frankreich geboren. 26 Befragte waren in der genannten Region geboren, hatten das Studium aber in Ost- oder Südosteuropa absolviert. Bei 26 Befragten lagen sowohl der Geburts- als auch der Studienort in Ost- oder Südosteuropa. Acht Befragte waren in anderen Staaten geboren und hatten auch dort das Studium abgeschlossen, darunter eine Person in Afrika, vier in Lateinamerika und drei in Asien. Eine Person war in Österreich geboren, hatte das Studium aber in der Türkei abgeschlossen. Neun Befragte mit Angabe des Geburtsstaats machten keine Angabe zum Studienort. Davon waren sechs in Westasien oder Nordafrika geboren, zwei in Ost- oder Südosteuropa und eine andernorts. Fünf gaben weder den Geburts- noch den Studienort an.

Insgesamt gaben 43 Befragte an, in einem anderen als ihrem Geburtsstaat studiert zu haben. Davon hatten 14 in der Ukraine, 6 in Russland und 4 in Bulgarien studiert. In manchen Fällen

kann der Studienort sozusagen der wahre Heimatort gewesen sein. Denkbar wäre das etwa bei den drei Befragten, die als Geburtsort Syrien und als Studienort Jemen angaben, oder bei der Kombination von Geburtsort Frankreich und Studienort Libyen, Geburtsort Kroatien und Studienort Serbien bzw. Geburtsort Österreich und Studienort Türkei.

**Tabelle 7.5 Befragte nach Beruf, Geschlecht und Studienort**

Weiblich	Allgemein- medizinerIn	FachärztIn	ZahnärztIn	Unbekannt	Gesamt
Westasien	9	8	7	1	25
Nordafrika					
Ost- & Südosteuropa	4	7	9	2	22
Sonstige Staaten	3	1	3	0	7
Unbekannt	0	0	1	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>55</b>
<b>Männlich</b>					
Westasien	16	19	35	6	76
Nordafrika					
Ost- & Südosteuropa	14	12	6	0	32
Sonstige Staaten	1	1	2	1	5
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>113</b>
<b>Unbekannt</b>					
Unbekannt	0	0	0	4	4
<b>Gesamt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Gesamt</b>					
Westasien	25	27	42	7	101
Nordafrika					
Ost- & Südosteuropa	18	19	15	2	54
Sonstige Staaten	4	2	5	1	12
Unbekannt	0	0	1	4	5
<b>Gesamt</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>172</b>

Unter den 43 mit anderem Studien- als Geburtsort waren vermutlich nur 13, die in der Sprache ihrer Eltern oder in ihrer Schulsprache studieren konnten. Von den 30, die demnach vermutlich in einer Fremdsprache studiert haben, tat eine Person es in Deutschland. Für die übrigen 29 bedeutet das Nostrifizierungsverfahren, den Arztberuf, nachdem sie ihn bereits in einer Fremdsprache gelernt hatten, nun nochmals in einer weiteren Fremdsprache zu erlernen. Abgesehen vom sprachlichen Aspekt lernen sie in Österreich bereits das zweite, wenn nicht dritte System an Ansprüchen und Vermittlungsweisen und auch der Verwaltung kennen. 23 der 29 wurden in Syrien geboren und haben in Osteuropa studiert.

**Tabelle 7.6 Befragte nach Studienort und Aufenthaltsbeginn in Österreich**

	Westasien Nordafrika	Ost- und Südosteuropa	Andere	Unbekannt	Gesamt
2003	0	1	0	0	1
2004	0	0	1	0	1
2006	0	2	0	0	2
2010	1	1	1	0	3
2011	2	1	1	0	4
2012	4	2	1	0	7
2013	9	5	3	0	17
2014	23	13	1	1	38
2015	40	9	3	0	52
2016	10	10	1	1	22
2017	4	5	0	0	9
2018	0	2	0	2	4
Unbekannt	1	1	0	10	12
<b>Gesamt</b>	<b>94</b>	<b>52</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>172</b>

159 Befragte gaben den Aufenthaltsbeginn in Österreich an. Bei drei weiteren war es plausibel, den von ihnen angegebenen, unplausiblen Geburtszeitpunkt als Aufenthaltsbeginn anzunehmen, sodass für 162 Befragte eine Angabe vorlag. Der früheste war 1973, ein zweiter 1978, die anderen zwischen 2003 und 2018. Am häufigsten war 2015 mit 52 Befragten vor 2014 mit 38, 2016 mit 22 und 2013 mit 17. In allen anderen Jahren waren es weniger als zehn Fälle, darunter 2017 mit neun und 2012 mit sieben. Die beiden Angaben von Aufenthaltsbeginn in den 1970er Jahren sind vermutlich falsch. Sie stimmen jeweils mit dem angegebenen Geburtsdatum überein, aber als Geburtsort ist beide Male nicht Österreich angegeben. Reduziert um diese zwei Befragten lag der Aufenthaltsbeginn daher letztlich für 160 der 172 Befragten vor.

Es wurde nach dem Geburtsort und dem Studienort gefragt, nach der Staatsbürgerschaft aber nur indirekt indem bei der Frage nach dem Aufenthaltsstatus österreichische Staatsbürgerschaft bzw. Staatsbürgerschaft eines EU/EFTA-Staats Antwortoptionen waren. Nur eine Person gab österreichische Staatsbürgerschaft an; sie wurde in Ägypten geboren, hat dort Allgemeinmedizin studiert, lebt seit April 2017 in Österreich. Sieben Personen gaben EU/EFTA-Staatsbürgerschaften an; geboren wurden sie in sieben verschiedenen Staaten, bei sechs war derselbe auch der Studienort und jeweils ein Drittstaat; die siebte Person wurde zwar in einem EU-Mitgliedsstaat geboren (Kroatien), hatte aber in einem Drittstaat studiert (Serbien).

Von den Drittstaatsangehörigen waren 110 asylberechtigt, 3 hatten subsidiären Schutz, 7 waren AsylwerberInnen und 48 hatten andere Aufenthaltstitel, wobei 15 sich als Familienangehörige bezeichneten, und 4 machten keine Angabe.

**Tabelle 7.7 Rechtsstatus und Beruf**

	Allg.- medizin	Fach- medizin	Zahn- medizin	Unbe- kannt	Gesamt
Asylberechtigt/ Konventionspass	36	33	36	5	110
Subsidiärer Schutz	0	1	1	1	3
AsylwerberIn	2	2	2	1	7
Daueraufenthalt/Niederlassungsnachweis	0	0	3	1	4
Rot-Weiß-Rot-Karte Plus	1	3	2	0	6
Rot-Weiß-Rot-Karte	0	0	1	1	2
Familienangehöriger	3	5	6	1	15
Österreichische Staatsbürgerschaft	1	0	0	0	1
EWR/Schweiz	1	3	3	0	7
(Dauer)Aufenthaltskarte (begünstigter Drittstaat)	0	1	2	0	3
Aufenthaltsbewilligung StudentIn/SchülerIn	3	0	7	0	10
Unbekannt	0	0	0	4	4
<b>Gesamt</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>172</b>
<b>Anteil asylberechtigt</b>	<b>77%</b>	<b>59%</b>	<b>57%</b>	<b>36%</b>	<b>64%</b>

106 Befragte hatten zwischen 2011 und 2018 einen Nostrifizierungsantrag gestellt, am häufigsten 2017, als 57 Befragte ihren Antrag einbrachten; 2016 waren es 23, 2015 zehn, 2014 drei, 2012 zwei, 2011 eine Person; im Januar und Februar 2018 hatten acht den Antrag gestellt.

### 7.3. Methoden

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse entlang der eingangs skizzierten Fragestellungen zunächst beschreibend dargestellt und dann analysiert.

Das zielführende Analyseinstrument ist dabei meist eine lineare Regressionsanalyse. In einem Fall geht es um eine binäre abhängige Variable, die nur die Werte ja und nein annimmt. In diesem Fall wird die lineare um eine logistische Regressionsanalyse ergänzt (Best/Wolf 2010, 2012; Mood 2010; Wolf/Best 2010).

In keiner der nachstehend berichteten Analysen bestand ein Grund, Multikollinearität zu befürchten. Es trat an keiner Stelle, an der es problematisch gewesen wäre, ein Varianzinflationsfaktor von 5 oder größer auf. Dennoch wurde, gerade auch wegen der teils kleinen Fallzahlen, auch unabhängig vom VIF (Varianzinflationsfaktor) auf das Auftreten von Korrelationen zwischen den unabhängigen Variablen geachtet.

## 7.4. Beschreibung der Verfahrensdauer

### 7.4.1. Erreichte Verfahrensschritte und Antragszeitpunkt

Wie weiter oben schon beschrieben, gliedern sich ärztliche und zahnärztliche Nostrifizierungsverfahren in mehrere Schritte, die nur nacheinander vollzogen werden können. Es geht dabei um Anträge, Prüfungen und Bescheide, also Vorgänge, die jeweils mit einem konkreten und eindeutigen Datum versehen sind. In der Befragung wurde erhoben, wie weit in diesem Ablauf die Befragten bereits gekommen waren und zu welchen Zeitpunkten die einzelnen Schritte vollzogen worden waren.

---

Schritte im medizinischen Nostrifizierungsverfahren	
0	Noch nicht begonnen
1	Antrag auf Nostrifizierung gestellt
2	Antrag gestellt und Stichprobentest gemacht
3	Antrag gestellt, Stichprobentest gemacht & Bescheid bekommen
4	Antrag gestellt, Stichprobentest gemacht, Bescheid bekommen & Prüfungen abgelegt
5	Antrag gestellt, Stichprobentest gemacht, Bescheid bekommen, Prüfungen abgelegt & Eintragung beantragt
6	Antrag gestellt, Stichprobentest gemacht, Bescheid bekommen, Prüfungen abgelegt, Eintragung beantragt & bekommen
7	Postpromotionelle praktische Ausbildung (Turnus)

---

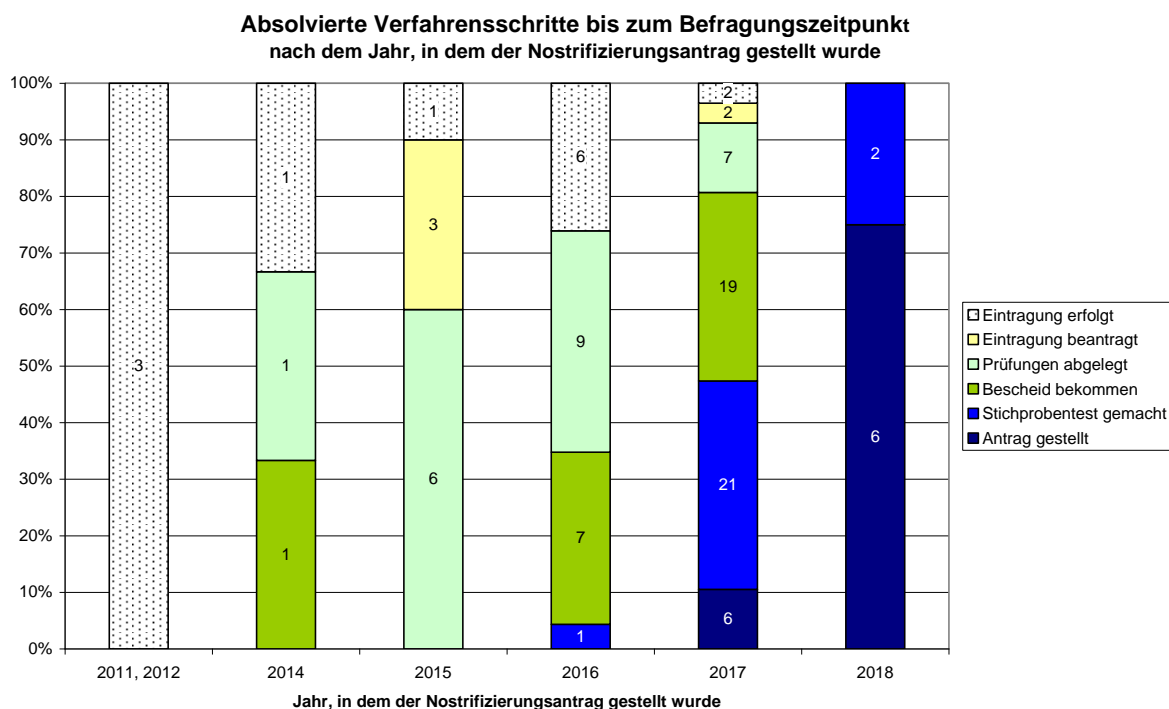
Von den 172 Befragten liegt bei 28 keine Angabe vor, wie weit sie im Verfahren waren. Von den übrigen 144 hatten 38 noch keinen Antrag gestellt. Nur bei den verbleibenden 106 lässt sich von einer Dauer des Verfahrens bis zum Befragungszeitpunkt sprechen. Darunter waren 15, bei denen bereits die Eintragung in die Ärzteliste erfolgt war, 5 weitere, die sie beantragt hatten, 23 weitere, die angaben, die auferlegten Prüfungen absolviert zu haben, und weitere 27, die den Nostrifizierungsbescheid erhalten hatten und somit wussten, welche Prüfungen sie abzulegen haben werden. Weitere 24 hatten den Stichprobentest absolviert, den Nostrifizierungsbescheid aber noch nicht erhalten, und 12 hatten erst den Antrag gestellt.

Von den 106 Befragten, die einen Antrag gestellt hatten, gaben 104 auch an, wann sie ihn gestellt hatten. Wie zu erwarten, zeigt sich eine gewisse Tendenz, wonach die Verfahren umso weiter gediehen waren, je früher der Antrag gestellt worden war.

- So gab es unter den Befragten drei, die den Antrag schon in den Jahren 2011 oder 2012 gestellt hatten, die alle bereits in die Ärzteliste eingetragen waren (zwei Zahnmedizin, ein/e FachärztIn) (Abb. 7.1).

- Von den drei Befragten, die das Verfahren 2014 begonnen hatten, war dagegen erst eine Person bereits in die Ärzteliste eingetragen (Zahnmedizin), während eine bereits die Prüfungen abgelegt hatte und eine noch mit den Prüfungen befasst war (beide Allgemeinmedizin).
- Zehn Befragte hatten das Verfahren 2015 begonnen. Davon war eine bereits in die Ärzteliste eingetragen (Allgemeinmedizin), drei hatten die Eintragung beantragt und sechs hatten schon die Prüfungen abgelegt. Fünf der neun noch nicht eingetragenen waren ZahnärztInnen, von denen vier angaben, mit der zahnärztlichen Diplomarbeit beschäftigt zu sein, wobei zwei noch nicht mit ihr begonnen hatten, eine Person auf der Suche nach Thema und/oder BetreuerIn war und eine Person bei der Durchführung war.
- Von den 23 Befragten, die das Verfahren 2016 begonnen hatten, war bei sechs bereits die Eintragung in die Ärzteliste erfolgt (2 Allgemein-, 3 Fach-, 1 Zahnmedizin) und neun hatten schon die Prüfungen abgelegt. Sieben hatten den Bescheid erhalten und eine Person hatte erst den Stichprobentest gemacht. Drei der zehn noch nicht eingetragenen ZahnmedizinerInnen machten Angaben zum Stand der Diplomarbeit, wobei eine auf der Suche nach Thema und/oder BetreuerIn war und zwei an der Durchführung waren.
- Von den 57 Befragten, die 2017 mit dem Verfahren begonnen hatten, hatten zwei bereits die Eintragung in die Ärzteliste erreicht (1 Fach-, 1 Zahnmedizin). Zwei hatten die Eintragung beantragt und sieben hatten die Prüfungen abgelegt. 19 hatten den Bescheid bekommen, waren also in der Prüfungsphase, 21 hatten den Stichprobentest gemacht und sechs hatten erst den Antrag gestellt. Von den 21 noch nicht eingetragenen ZahnärztInnen war niemand aktiv mit der Diplomarbeit befasst.
- Von den acht Befragten, die 2018 in das Verfahren eingetreten waren, hatten sechs erst den Antrag gestellt und zwei den Stichprobentest gemacht.

Abbildung 7.1 Absolvierte Verfahrensschritte bis zum Befragungszeitpunkt



Die Tendenz zu größerem Verfahrensfortschritt bei früherem Antrag ist zwar sichtlich vorhanden, aber offensichtlich nicht allein bestimmend. Mit anderen Worten, wie weit ein Verfahren schon ist, hängt nicht nur davon ab, wie lange es schon läuft. Man kann mit Hilfe einer Regressionsanalyse zeigen, dass es unabhängig von allem anderen mit größerem Alter langsamer verläuft. Das Risiko, dass diese Aussage falsch sein könnte und in Wahrheit kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Vorankommen im Verfahren besteht, d.h. die „Irrtumswahrscheinlichkeit“, beträgt 2%. Ein Studienabschluss aus dem Iran, Irak oder Syrien wirkt in der Humanmedizin beschleunigend (Irrtumswahrscheinlichkeit 0,1%), hat in der Zahnmedizin aber keinerlei Wirkung (Irrtumswahrscheinlichkeit 1%). Die Anzeichen, dass das Verfahren unabhängig von allem anderen bei FachärztInnen und ZahnärztInnen gleich schnell und etwas rascher als bei AllgemeinmedizinerInnen verlaufe, sind nicht annähernd so stark, dass sie als nachweisbarer gelten könnten. Weibliches Geschlecht steht unabhängig von allem anderen mit einem rascheren Verfahrensverlauf in Zusammenhang (Irrtumswahrscheinlichkeit 9%), sodass Frauen im Durchschnitt um einen halben Verfahrensschritt weiter sind als Männer. Auf die möglichen Gründe kommen wir weiter unten zurück. Dasselbe gilt für Fälle, in denen Deutsch bereits mindestens die zweite medizinische Fremdsprache ist (Irrtumswahrscheinlichkeit 9,5%). Hier geht es um durchschnittlich fünf Achtel eines Schritts. Das könnte sozusagen mit der

Integrationserfahrung der Betroffenen zusammenhängen, also dass sie sich nicht zum ersten Mal mit einem für sie neuen Verwaltungs- und Studiensystem und auch nicht zum ersten Mal mit dem Studium in einer Fremdsprache auseinandersetzen müssen. Mehrere andere Faktoren stehen nachweislich in keinem Zusammenhang mit dem erreichten Verfahrensstadium, darunter die Berufserfahrung im Ausland (Tab. 7.8), der Aufenthaltsstatus, Deutsch vor der Einreise gelernt zu haben, in einem Paarhaushalt oder allein zu leben und die Teilnahme an Vernetzungsaktivitäten. Der Zusammenhang mit dem Alter hat bei beiden Geschlechtern praktisch die gleiche Gestalt.

Die Analyse erklärt die Verteilung der erreichten Verfahrensschritte über die 103 Befragten zu 51 % (R-Quadrat=0,51). Das ist zwar nicht schlecht, aber 49 % bleiben unerklärt. Man muss also bei der Annahme, jene, die zum Befragungszeitpunkt, z.B., erst den Stichprobentest gemacht hatten, würden entlang dieser Resultate weiter im Verfahren voranschreiten, eher zurückhaltend sein. Man wird allerdings weiter unten auf ähnliche Befunde stoßen, wenn es um die Frage geht, welche der Befragten nach dem Stichprobentest wie viele Prüfungen machen müssen. Es besteht eine Korrespondenz zwischen den Ergebnissen hier und den Ergebnissen dort, was für ihre Stichhaltigkeit spricht. Zusammengefasst war unter den Befragten die Kombination von jüngerem Alter, weiblich, Vorerfahrung mit Studium in einer Fremdsprache günstig für den Verfahrensfortschritt und in der Humanmedizin auch noch ein Abschluss aus dem Iran, Irak oder Syrien.

**Tabelle 7.8 Regressionsanalyse des bis zum Befragungstermin erreichten Verfahrensschritts (Verfahrensschritte 1 bis 6)**

	Koeffizient	Irrtumswahrscheinlichkeit	Häufigkeit
Konstante	<b><u>3,70</u></b>	0%	-
Verfahrensbeginn Abweichung von 2015	<b><u>-0,79</u></b>	0%	1,42
Altersabweichung von 35	<b><u>-0,04</u></b>	1%	0,21
Weiblich	<u>0,46</u>	9%	26%
Berufsjahre im Ausland	-0,03	23%	3,46
Fachärztin/Facharzt	0,38	23%	25%
Zahnärztin/Zahnarzt	0,38	31%	43%
Studium in Iran, Irak, Syrien	<b><u>1,15</u></b>	0%	55%
- Zahnmedizin in Iran, Irak, Syrien	<b><u>-1,16</u></b>	1%	29%
Deutsch zweite med. Fremdsprache	<u>0,63</u>	9%	17%
Korrigiertes R-Quadrat, Sig. F, Anzahl	0,51	0%	103
Halbfett und unterstrichen: Wirkung besteht mit <1% Irrtumswahrscheinlichkeit			
Halbfett: Wirkung besteht mit <5% Irrtumswahrscheinlichkeit			
Unterstrichen: Wirkung besteht mit <10% Irrtumswahrscheinlichkeit.			



#### 7.4.2. Kein Antrag

Es gab 38 Befragte, die noch keinen Antrag gestellt hatten:

- Aufenthaltsbeginn 2011 bis 2018, darunter zehn 2015
- 18 Studienstaaten
- 10 Allgemeinmedizin, 17 Fachmedizin, 11 Zahnmedizin
- 17 weiblich, 20 männlich, 1 unbekannt.

Bei 9 der 20 Männer ist Deutsch wahrscheinlich nicht die erste medizinische Fremdsprache, wobei es aber insgesamt unter allen Befragten nur 26 Männer (und 1 Frau) gab, bei denen Deutsch wahrscheinlich nicht die erste medizinische Fremdsprache ist.

Alle Befragten, die je einen Nostrifizierungsantrag gestellt haben, taten es nach durchschnittlich 27 Monaten Aufenthalt in Österreich; jene, die zum Befragungszeitpunkt noch keinen Antrag gestellt hatten, lebten schon durchschnittlich 37 Monate in Österreich.

#### 7.4.3. Angaben zur Dauer der Verfahrensschritte

Von den 106 Befragten, die einen Nostrifizierungsantrag gestellt hatten, machten 100 vollständige Angaben zu den Zeitpunkten, an denen die einzelnen, von ihnen bisher vollzogenen Schritte erfolgten. Von den sechs mit unvollständigen Zeitangaben fehlten bei zweien, die ihren Angaben zufolge das Verfahren vollständig abgeschlossen hatten, sämtliche Zeitangaben, sodass auch schon der Antragszeitpunkt unbekannt bleibt. Zwei weitere gaben nur den Zeitpunkt der Antragstellung bekannt, aber keinen weiteren, obwohl die eine das Verfahren abgeschlossen und die andere zuletzt den Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste gestellt hatte. Das heißt, es gibt in Summe vier Fälle, bei denen höchstens der Antragszeitpunkt bekannt ist, und das bedeutet, dass bei ihnen für keinen einzigen Verfahrensschritt eine Zeitdauer berechnet werden kann. Von den verbleibenden zwei Personen mit Ausfällen, gab eine an, bereits die Prüfungen absolviert zu haben, nannte aber nur die Zeitpunkte bis zum Stichprobentest, und eine Person mit abgeschlossenem Verfahren nannte nur die Zeitpunkte bis zum Nostrifizierungsbescheid. Folglich kann bei der ersten der beiden die Dauer nur bis zum Stichprobentest und bei der zweiten nur bis zur Bescheiderteilung berechnet werden. Somit kann bei 104 der 106 Befragten, die den Antrag gestellt hatten, gesagt werden, wann das war und wie lange es her ist, ebenso bei 90 der 94, die mindestens den Stichprobentest hinter sich hatten, zumindest die Dauer bis zum

Stichprobentest und bei 89 der 94, die den Nostrifizierungsbescheid erhalten haben, zumindest die Dauer bis zum Nostrifizierungsbescheid berechnet werden.

**Tabelle 7.9 Anzahl Befragte und ihre bis zum Befragungszeitpunkt absolvierten Verfahrensschritte nach dem Vorliegen einer Zeitangabe für den jeweiligen Verfahrensschritt und dem Beruf**

	Antrag gestellt	SP-Test gemacht	Bescheid erhalten	Eintrag beantragt	Eintrag erfolgt
<b>Gesamt</b>					
Anzahl	106	94	70	20	15
- mit Zeitangabe	104	90	65	16	12
- ohne Zeitangabe	2	4	5	4	3
<b>Allgemeinmedizin</b>					
Anzahl	33	31	23	5	3
- mit Zeitangabe	33	31	23	5	3
- ohne Zeitangabe	0	0	0	0	0
<b>FachärztInnen</b>					
Anzahl	27	23	18	7	5
- mit Zeitangabe	27	22	17	6	5
- ohne Zeitangabe	0	1	1	1	0
<b>ZahnärztInnen</b>					
Anzahl	46	40	29	8	7
- mit Zeitangabe	44	37	25	5	4
- ohne Zeitangabe	2	3	4	3	3

**Tabelle 7.10 Die bis zur Befragung vollzogenen Verfahrensschritte und ihre Dauer**

Anzahl Befragte	Antrag gestellt	SP-Test gemacht	Bescheid erhalten	Eintrag beantragt	Eintrag erfolgt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	33	31	23	5	3
Fachärztin/Facharzt	27	22	17	6	5
Zahnärztin/Zahnarzt	44	37	25	4	3
Summe	104	90	65	15	11
<b>Durchschnittliche Dauer, Monate</b>					
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	28,9	2,1	5,0	4,0	0,0
Fachärztin/Facharzt	23,0	2,7	7,0	7,8	1,6
Zahnärztin/Zahnarzt	28,4	3,2	3,9	12,0	0,0
<b>Kürzeste Dauer, Monate</b>					
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	0	0	1	0	0
Fachärztin/Facharzt	0	0	1	1	0
Zahnärztin/Zahnarzt	0	0	0	0	0
<b>Längste Dauer, Monate</b>					
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	135	8	30	9	0
Fachärztin/Facharzt	64	10	48	16	6
Zahnärztin/Zahnarzt	136	22	35	33	0

#### 7.4.4. Die Verfahrensdauer bis zum Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste

Für eine statistische Beschreibung der Verfahrensdauer reicht die Anzahl der Fälle nicht hin. Aus der Befragung stehen nur 20 Fälle bereit, in denen angegeben wurde, es sei bereits der Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste gestellt worden oder die Eintragung sei bereits erfolgt, und davon nur 16 mit den entsprechenden Zeitangaben. Unter den 16 wiederum sind acht, deren Zeitangaben Fragen aufwerfen.

- In zwei Fällen wurde angegeben, das Verfahren sei bis zur Antragstellung auf Eintragung in die Ärzteliste gediehen und es wurden auch alle vier damit verbundenen Zeitangaben gemacht, aber bei beiden erfolgte der diesbezügliche Antrag bereits im Februar bzw. November 2016, also bereits 24 bzw. 15 Monate vor der Befragung, sodass längst die Eintragung in die Ärzteliste erledigt sein sollte.
- Beim einen dieser beiden Fälle ist ein Datum des Stichprobentests angegeben begleitet von der Angabe, es seien keine Prüfungen zu absolvieren gewesen. Das ganze Verfahren vom Antrag über den Stichprobentest zum Bescheid und zum Antrag auf Eintragung hatte demnach zwei Monate gedauert. Umso verwunderlicher ist es, dass die Eintragung bereits 24 Monate auf sich warten ließ.
- Auch der zweite der beiden Fälle weist außer der seit langem ausständigen Eintragung ein zweites merkwürdiges Element auf. Einerseits ist angegeben, der Bescheid und der Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste seien in aufeinanderfolgenden Monaten erfolgt, andererseits ist aber angegeben, es seien elf Prüfungen zu absolvieren gewesen. Es ist schwer vorstellbar, dass in den wenigen Wochen von Oktober und November 2016 elf Prüfungen terminlich unterzubringen und erfolgreich herunterzuspulen gewesen wären.
- Im zweiten dieser beiden Fälle und in den anderen sechs, die Fragen aufwerfen, liegt ungewöhnlich viel Zeit zwischen dem Stichprobentest und dem Nostrifizierungsbescheid. Bei einem Fall sind es 48 Monate, bei einem 35, bei einem 30 und bei einem 16. Bei den ersten beiden dieser vier ist die lange Dauer vermutlich damit erklärbar, dass der Stichprobentest mit 2012 angegeben ist, als noch keine Mitwirkungspflicht bestand, aber die diesbezügliche Frage im Fragebogen war eigentlich auf das Datum ausgerichtet, an dem der Stichprobentest tatsächlich gemacht wurde, nicht auf irgendein Datum davor, als man sich dazu angemeldet oder das erste Mal nicht hingegangen ist. Es fehlt in diesen Fällen also die eigentlich gefragte Angabe und sie wurde durch ein irrelevantes Datum ersetzt. Dasselbe dürfte bei den anderen beiden der vier Fälle zutreffen, bei denen der

Stichprobentest mit August bzw. Juni 2015 angegeben ist. Bei den verbleibenden drei Fällen lagen einmal acht und zweimal sechs Monate zwischen dem Stichprobentest und dem Bescheid. Einer der Fälle fällt in das Jahr 2016, zwei in das Jahr 2017.

- Das bereits bei einem Fall erwähnte Problem relativ vieler Prüfungen in relativ kurzer Zeit tritt bei den hier in Diskussion stehenden acht Fällen mehrmals auf. Einmal sind drei Prüfungen in den Monaten Dezember und Januar angegeben, was trotz der Weihnachtszeit noch hingehen mag, einmal zwölf Prüfungen in fünf Monaten, einmal sechs Prüfungen in drei Monaten, aber einmal auch sechs und einmal elf Prüfungen innerhalb eines Monats (November 2015, Februar 2018) angegeben.

Die Probleme mit den Zeitangaben zum Stichprobentest und den Prüfungen beeinträchtigen freilich nicht den Versuch, eine Gesamtdauer der Verfahren vom Nostrifizierungsantrag bis zum Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste anzugeben. Sie bewegt sich zwischen 2 und 69 Monaten. Bei den fünf AllgemeinmedizinerInnen betragen sie 2, 9, 11, 15 und 17 Monate, bei den sechs FachärztInnen 6, 8, 10, 18, 21 und 69 und bei den fünf ZahnmedizinerInnen 6, 16, 30, 35 und 36 Monate. Sichtlich stellen die 69 Monate eine gravierende Ausnahme dar.

Man kann die Erwartung haben, dass die Dauer der Verfahren einen gewissen Bezug zur Anzahl der abzulegenden Prüfungen habe, wird aber enttäuscht. Korreliert man die Verfahrensdauer mit der Zahl der abgelegten Prüfungen, so erhält man zwar  $r=0,44$  und  $r^2=0,19$ , was relativ ungünstige Werte sind, denn erst ein  $r>0,7$  und folglich  $r^2>0,49$  kann als beachtenswert gelten, doch hängen selbst diese niedrigen Werte an einem einzigen Fall, nämlich jenem mit den 69 Monaten Verfahrensdauer. Ohne ihn schrumpft der Korrelationskoeffizient auf  $r=0,19$  und das Bestimmtheitsmaß auf  $r^2=0,04$ , also auf so gut wie nichts.

#### 7.4.5. Die Verfahrensdauer bis die Prüfungen absolviert sind

Unter den Befragten waren 23 Fälle, die als bisher letzten Schritt die Prüfungen absolviert, aber noch keinen Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste eingebracht hatten.

In der Befragung wurde des Aufwands wegen nicht nach dem Datum der einzelnen Prüfungen und auch nicht der letzten Prüfung gefragt. Da sie aber noch keinen Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste gestellt hatten, kann angenommen werden, die Prüfungen seien eben erst abgeschlossen worden, sodass bei ihnen die Verfahrensdauer bis zum Befragungszeitpunkt herangezogen werden kann.

Die Verfahrensdauer bis zum Abschluss der Prüfungen bewegte sich demnach zwischen 9 und 39 Monaten. Unter den acht AllgemeinmedizinerInnen bewegten sie sich ebenfalls zwischen 9 und 39 Monaten, wobei einmal 13, einmal 15, zweimal 17, einmal 23 und einmal 37 Monate auftraten. Unter den vier FachärztInnen waren es zweimal 10 Monate, einmal 21 und einmal 28. Unter den elf ZahnmedizinerInnen traten zweimal 9 Monate auf, einmal 11 Monate, einmal 16, zweimal 20 und je einmal 25, 29, 30, 33 und 37.

Versehentlich wurden diese 23 Befragten auch danach gefragt, wie viele der ihnen auferlegten Prüfungen sie schon absolviert haben. (Die Frage hätte eigentlich denjenigen gestellt werden sollen, die zuletzt den Nostrifizierungsbescheid erhalten hatten, denen sie aber nicht gestellt wurde). Dabei zeigte sich, dass zwei der acht AllgemeinmedizinerInnen und vier der elf ZahnärztInnen zum Befragungszeitpunkt noch nicht alle Prüfungen abgelegt hatten, sondern dass ihnen noch zwischen einer und sieben Prüfungen fehlten. Die sechs Fälle sind nicht jene mit besonders kurzer Verfahrensdauer. Wie zuvor, zeigt die Verfahrensdauer auch bei diesen 23 Fällen keinen nennenswerten Zusammenhang mit der Anzahl der auferlegten bzw. den bereits abgelegten Prüfungen ( $r=-0,20$ ;  $r^2=0,04$ ).

Auch bei diesen 23 Fällen treten sechs mit Zeitabständen zwischen Stichprobentest und Bescheid von 5 bis 14 Monaten auf, wobei der Stichprobentest vier Mal mit 2016 und je einmal mit 2015 und 2017 angegeben ist.

## **7.5. Anzahl der Prüfungen**

Wie in Kapitel 4 beschrieben entscheidet sich die Anzahl der Prüfungen zunächst daran, ob das im Ausland absolvierte Studium als gleichwertig anerkannt wird. Ist das der Fall, dann sind nur Prüfungen in Rezeptierkunde und in Gerichtsmedizin zu absolvieren, vor dem Jahr 2017 (Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien 2015/2016) waren zusätzlich Prüfungen in Sozialmedizin und in Hygiene erforderlich. Eine Schwierigkeit kann sein, die für die Beurteilung des ausländischen Studiums geforderten Dokumente vollständig beizubringen. Wird das Studium nicht als gleichwertig anerkannt, muss man den Stichprobentest machen und entscheidet sich die Zahl der zu absolvierenden Prüfungen an dessen Ergebnissen. Wer im einzelnen Fachbereich – zehn in der Human-, elf in der Zahnmedizin – nicht mindestens 60% der Fragen richtig beantwortet hat, muss sich der entsprechenden Prüfung unterziehen. Alle HumanmedizinerInnen machen denselben Test. Der Schwierigkeitsgrad der Testfragen sollte an sich bei jedem Termin gleich sein, unterliegt aber selbstverständlich statistischen Schwankungen, sodass der Test nicht bei jedem Termin

genau gleich schwer ist. Davon abgesehen könnten sich im Lauf der Jahre erfolgte Überarbeitungen der Testfragen auf die Testergebnisse und damit auf die Zahl der im Nostrifizierungsbescheid vorgeschriebenen Prüfungen ausgewirkt haben. Ein Ermessensspielraum besteht daher nur bei der Frage, ob jemand überhaupt zum Stichprobentest antreten muss, und nur wenn die Dokumente vollständig vorhanden sind. Bis zum Zeitpunkt, an dem die Befragung durchgeführt wurde, war aus dem Beratungs- und Coachinggeschehen kein Fall bekannt, in dem der Stichprobentest nachgesehen wurde. Das heißt, dass bis zu diesem Zeitpunkt vor allem die Testergebnisse, aber keine weiteren Merkmale oder Umstände in die Entscheidung über die zu absolvierenden Prüfungen einfließen. Da die ZahnmedizinerInnen andere Testfragen vorgelegt bekommen als die HumanmedizinerInnen, kann es bei der Anzahl der Prüfungen systematische Unterschiede zwischen den beiden Gruppen geben, aber davon und vom erwähnten Ermessensspielraum abgesehen spiegelt die Zahl der Prüfungen nichts anderes als die Performanz beim Stichprobentest. Die Performanz kann von der Tagesform sowie von Prüfungsangst und ähnlichem beeinflusst werden, auch etwa von der Testsituation selbst (Steele 2010). Darüber liegen keine Informationen vor. Anders ist das bei Einflüssen, die nicht von der individuellen Verfassung abhängig sind. Zum Beispiel ist denkbar, dass erfahrenere KollegInnen im Stichprobentest anders abschneiden als weniger erfahrene und sich daher die Zahl der ihnen auferlegten Prüfungen unterscheidet. Es wäre auch denkbar, dass die Testergebnisse mit den Deutschkenntnissen zusammenhängen, aber zugleich ist zu erwarten, dass nur jene mit ausreichenden Deutschkenntnissen zum Test antreten. Was dabei von der einzelnen Person als ausreichend betrachtet wird, könnte aber eventuell mit dem Alter, dem Geschlecht, dem Herkunfts- oder Studienland oder anderen Faktoren zusammenhängen. Weiter ist denkbar, dass das Medizinstudium je nach dem Staat, in dem es absolviert wurde, Unterschiede aufweist, sodass das Verständnis der Fragen und die Adäquanz der Antworten variieren können. An sich müsste man sogar damit rechnen, dass auch zwischen Ausbildungsstätten im gleichen Staat Unterschiede bestehen können oder möglicherweise zwischen früheren und späteren Jahren, aber es war in der Vorbereitung der Befragung klar, dass die Fallzahl nicht ausreichen würde, um so stark ins Detail zu gehen. Insgesamt ist daher nicht auszuschließen, dass die Analyse nicht nur zwischen Human- und ZahnmedizinerInnen, sondern auch entlang von Merkmalen wie dem Geschlecht, dem Alter, dem Studienstaat, der Berufserfahrung und anderem mehr systematische Unterschiede bei der Anzahl der auferlegten Prüfungen aufdecken wird.

Zwar gaben 70 Befragte an, den Nostrifizierungsbescheid erhalten zu haben, aber nur 57 machten Angaben, aus denen zu ersehen war, wie viele Prüfungen sie zu absolvieren hatten oder haben. Darunter waren 19 AllgemeinmedizinerInnen, 15 FachärztInnen und 23 ZahnärztInnen.

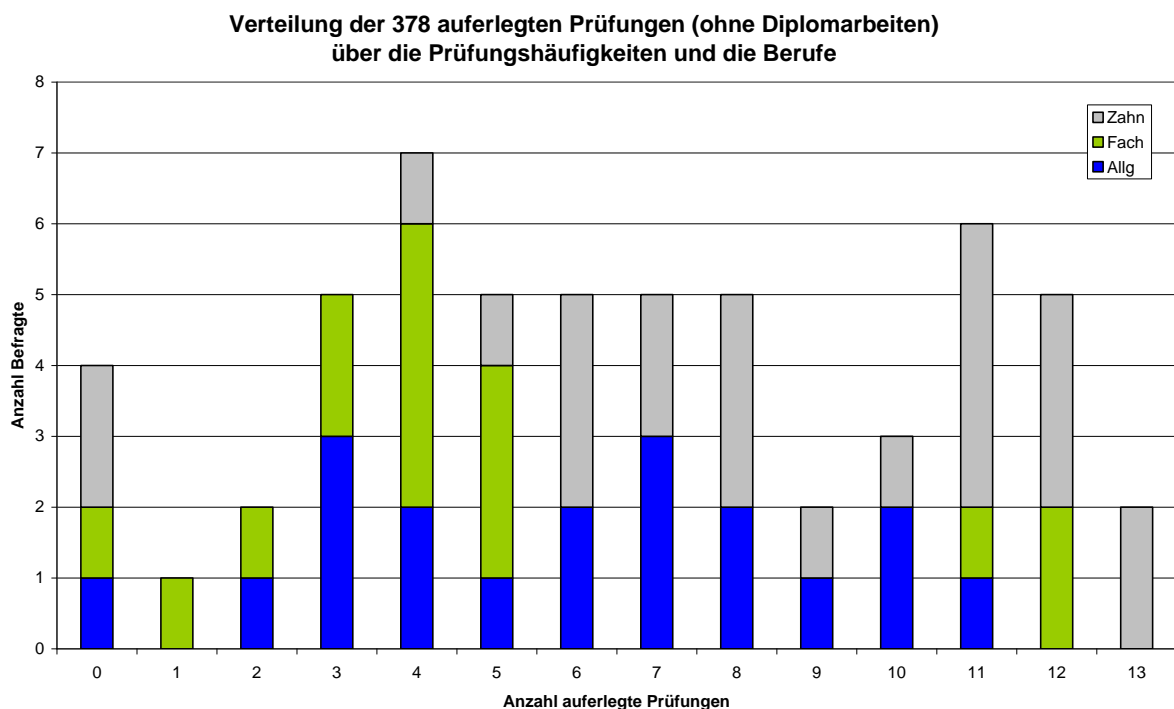
Diesen 57 Befragten wurden außer den je nach Zeitpunkt bis zu vier obligatorischen 254 Prüfungen und Diplomarbeiten vorgeschrieben, darunter 65 den AllgemeinmedizinerInnen, 40 den FachärztInnen und 149 den ZahnärztInnen.

Im Durchschnitt wurden somit 4,5 Prüfungen vorgeschrieben, allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen HumanmedizinerInnen und ZahnmedizinerInnen, denn den AllgemeinmedizinerInnen wurden durchschnittlich 3,4 und den FachärztInnen 2,7 Prüfungen vorgeschrieben, den ZahnärztInnen aber 6,5.

Sieben der 57 Befragten gaben an, keine Prüfungen auferlegt bekommen zu haben, darunter zwei Allgemeinmedizinerinnen, drei FachärztInnen sowie zwei Zahnärzte.

Am häufigsten, nämlich von acht Befragten, wurde neben den obligatorischen nur eine Prüfung angegeben, am zweihäufigsten aber, nämlich von sieben Befragten, zehn Prüfungen. Je sechs Befragte gaben drei, vier oder fünf Prüfungen an, fünf Befragte zwei Prüfungen, je vier Befragte sieben oder acht Prüfungen, eine Befragte neun Prüfungen.

Abbildung 7.2 Verteilung der 378 auferlegten Prüfungen über die Prüfungshäufigkeiten und die Berufe





Die von den Befragten am häufigsten genannten Prüfungen in der Allgemeinmedizin ebenso wie in der Fachmedizin waren die Neurologie mit zwölf bzw. sieben Fällen und die Dermatologie mit elf bzw. fünf Fällen (Tab. 7.11). Neun AllgemeinmedizinerInnen wurde die Gynäkologie, acht die Kinderheilkunde, je sieben die Psychiatrie, die Sozialmedizin oder die Hygiene, je 6 die HNO oder die Augenheilkunde vorgeschrieben sowie je drei die innere Medizin oder die Chirurgie. Nur die Notfallmedizin wurde den Befragten aus der Allgemeinmedizin nie vorgeschrieben. Den FachärztInnen wurde nicht nur die Dermatologie fünf Mal vorgeschrieben, sondern ebenso auch die Psychiatrie und die Augenheilkunde. Vier Mal kamen bei ihnen die Kinderheilkunde, die Gynäkologie und die HNO vor, drei Mal die Chirurgie, zwei Mal die innere Medizin und einmal die Notfallmedizin. Die größten Unterschiede zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen traten bei der Dermatologie, der Gynäkologie, der Neurologie und der Kinderheilkunde auf. Sie alle wurden den AllgemeinmedizinerInnen deutlich häufiger vorgeschrieben als den FachärztInnen. Die Dermatologieprüfung wurde 58% der AllgemeinmedizinerInnen, aber nur 33% der FachärztInnen zur Pflicht gemacht; bei der Gynäkologie waren es 47% zu 27%, bei der Neurologie 63% zu 47% und bei der Kinderheilkunde 42% zu 27%. Während es sich bei diesen vier Prüfungen um Unterschiede von 15 bis 25 Prozentpunkte handelt, betragen sie bei den sechs anderen Prüfungen maximal 7 Prozentpunkte, darunter in drei Fällen zugunsten der AllgemeinmedizinerInnen.

**Tabelle 7.11 Von den befragten HumanmedizinerInnen genannte Prüfungen, die sie neben den obligatorischen absolvieren mussten oder müssen**

	Allgemeinmedizin		Fachmedizin		Differenz
	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit	Häufigkeit
Innere Medizin	3	16%	2	13%	-2%
Chirurgie	3	16%	3	20%	4%
Kinderheilkunde	8	42%	4	27%	-15%
Neurologie	12	63%	7	47%	-16%
Gynäkologie	9	47%	4	27%	-21%
Dermatologie	11	58%	5	33%	-25%
Notfallmedizin	0	0%	1	7%	7%
Hals-, Nasen-, Ohren	6	32%	4	27%	-5%
Psychiatrie	7	37%	5	33%	-4%
Augenheilkunde	6	32%	5	33%	2%
<b>Summe Prüfungen</b>	<b>65</b>	<b>3,4</b>	<b>40</b>	<b>2,7</b>	<b>-0,7</b>

**Tabelle 7.12 Von den befragten ZahnmedizinerInnen genannte Prüfungen, die sie neben den obligatorischen absolvieren mussten oder müssen**

	Anzahl	Häufigkeit
Werkstoffkunde	7	30%
Kau- und Bewegungsapparat	15	65%
Oral- und Organpathologie	13	57%
Gehirn, Sinnesorgane, Schmerz	19	83%
Kariologie, Füllungstherapie, Endodontie, Kinderzahnheilkunde	8	35%
Parodontologie und Prophylaxe	18	78%
Restaurative Zahnheilkunde, festsitzende Prothetik	11	48%
Prothetische Grundlagen, abnehmbare Prothetik	13	57%
Chirurgie	7	30%
Kieferorthopädie	18	78%
Zahnmedizinisches Propädeutikum	7	30%
Diplomarbeit	13	57%
<b>Summe Prüfungen</b>	<b>149</b>	<b>6,5</b>

19 ZahnmedizinerInnen nannten die Prüfung über Gehirn, Sinnesorgane und Schmerz, je 18 die Parodontologie oder die Kieferorthopädie, 15 Kau- und Bewegungsapparat, je 13 die Oral- und Organpathologie, die abnehmbare Prothetik oder die Diplomarbeit, elf die festsitzende Prothetik, acht die Kariologie und je sieben die Werkstoffkunde, das Propädeutikum oder die Chirurgie. Keine der zahnmedizinischen Prüfungen wurde weniger als sieben Mal vorgeschrieben (Tab. 7.12).

Die 19 HumanmedizinerInnen, die im Iran, Irak oder in Syrien studiert hatten, gaben relativ wenige Prüfungen an, nämlich im Durchschnitt nur 2,0, während die 17 ZahnmedizinerInnen aus diesen Staaten durchschnittlich 6,8 Prüfungen angaben. Die 15 HumanmedizinerInnen aus anderen Staaten kamen dagegen auf durchschnittlich 4,5 Prüfungen, die 6 ZahnmedizinerInnen auf 5,7 pro Person (Tab. 7.13). Dass der Durchschnitt bei den sechs anderen ZahnmedizinerInnen niedriger war als bei jenen mit Abschlüssen aus dem Iran, Irak oder Syrien, lag an den vier ZahnmedizinerInnen mit Abschlüssen aus Serbien, die im Durchschnitt „nur“ 4,8 Prüfungen auferlegt bekamen.

**Tabelle 7.13 Die durchschnittliche Anzahl an auferlegten Prüfungen außer den obligatorischen und die Anzahl der Befragten nach dem Staat, in dem das Studium abgeschlossen wurde, sowie dem Beruf**

	Anzahl Prüfungen				Anzahl Befragte			
	Allg	Fach	Zahn	Gesamt	Allg	Fach	Zahn	Gesamt
Ägypten	5,0	-	8,0	6,5	1	-	1	2
Algerien	4,0	-	-	4,0	1	-	-	1
Argentinien	0,0	-	-	0,0	1	-	-	1
Belarus	4,0	-	-	4,0	1	-	-	1
Brasilien	-	-	7,0	7,0	-	-	1	1
Irak (IQ)	2,0	3,0	7,5	4,4	2	1	2	5
Iran (IR)	3,0	-	-	3,0	2	-	-	2
Libyen	4,0	-	-	4,0	1	-	-	1
Moldau	5,0	-	-	5,0	1	-	-	1
Russland	-	7,5	-	7,5	-	2	-	2
Serbien	-	1,0	4,8	3,5	-	2	4	6
Syrien (SY)	1,3	2,0	6,7	4,3	4	10	15	29
Tschetschenien	3,0	-	-	3,0	1	-	-	1
Ukraine	6,3	-	-	6,3	4	-	-	4
<b>Gesamt</b>	<b>3,4</b>	<b>2,7</b>	<b>6,5</b>	<b>4,5</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>57</b>
IQ, IR, SY		2,0	6,8	4,3		19	17	36
Sonst		4,5	5,7	4,8		15	6	21

Der größte Teil der 57 Befragten mit Auskunft über die Zahl der Prüfungen, nämlich 33, legte den Stichprobentest 2017 ab. 15 hatten ihn 2016 abgelegt, sechs 2015 und drei schon 2012. Die Verteilung über die Jahre unterschied sich zwischen den ärztlichen Berufen nur wenig. 2017 hatten drei Viertel der TeilnehmerInnen das Studium in Iran, Irak oder Syrien abgeschlossen, was in den früheren Jahren nicht der Fall gewesen war.

Um den gleichzeitigen und gemeinsamen Einfluss der verschiedenen Variablen auf die Anzahl der vorgeschriebenen Prüfungen zu ermitteln, war es erforderlich, eine Regressionsanalyse durchzuführen. Wegen der geringen Fallzahl ist es dabei erforderlich, äußerst sparsam mit den einbezogenen Variablen umzugehen und alle, die nicht unbedingt

benötigt werden, aus der Analyse auszuschneiden. Die Analyse macht eine Reihe von Zusammenhängen klar ersichtlich. Informativ ist dabei aber besonders auch, den Werdegang der Ergebnisse von einem ersten Durchgang, der bei den bisher gewonnenen Eindrücken beginnt, zu einem (vorläufig) letzten Durchgang zu verfolgen, der sich näher an die tatsächlichen Verhältnisse herantastet.

In einem ersten Versuch (Modell 1) wurde neben dem Geschlecht und dem Alter bei der Antragstellung nur auf die drei ärztlichen Berufe geachtet. Dabei treten die erwarteten Unterschiede zwischen den drei Kategorien von ÄrztInnen auf, nämlich im Vergleich zu den AllgemeinmedizinerInnen eine um durchschnittlich 1,8 geringere Zahl an Prüfungen bei den FachärztInnen (Irrtumswahrscheinlichkeit 10%) und eine um 2,8 erhöhte Zahl an Prüfungen bei den ZahnärztInnen (Irrtumswahrscheinlichkeit <0,5%) (Tab. 7.15). Begleitet wird das von einer im Vergleich zu den Männern um 1,7 verringerten Zahl an Prüfungen bei den Frauen (Irrtumswahrscheinlichkeit 6%) und vor allem von einer mit dem Alter zunehmenden Zahl an Prüfungen, nämlich um ungefähr eine Prüfung pro 6,7 Altersjahre, wobei das Durchschnittsalter bei der Antragstellung um 1,14 Jahre weniger als 35 war.

In einem zweiten Versuch (Modell 2) kann man Vermutungen über die Deutschkompetenz der Befragten ins Spiel bringen: schlechteres Deutsch, mehr Prüfungen. Zur Verfügung steht zunächst die Selbsteinschätzung der alltäglichen und der beruflichen Deutschkenntnisse zum Befragungszeitpunkt, der aber teils mehrere Jahre nach dem Antrag und dem Stichprobentest liegt, sodass ein Zusammenhang mit der Zahl der Prüfungen nicht ohne weiteres zu erwarten ist. Auf einer Skala von 0 (gar kein Deutsch) bis 10 (sehr gutes Deutsch) hatten sich die 57 Befragten beruflich mit im Durchschnitt 7,12 und im Alltag mit im Durchschnitt 6,28 Punkten eingestuft. Tests zeigten, dass das Alltagsdeutsch fernab eines nachweisbaren Zusammenhangs mit der Zahl der Prüfungen liegt, sodass in der Analyse nur das berufliche Deutsch berücksichtigt wurde. Dieses erweist sich im ersten Ansatz als ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Zahl der Prüfungen, tritt aber überraschenderweise mit einem positiven Vorzeichen auf, worin sich andeutet, dass höhere Selbsteinstufung auf der Deutschskala mit mehr Prüfungen einhergehe.

Anders ist das mit der Vermutung, dass jene, bei denen Deutsch wahrscheinlich bereits mindestens die zweite medizinische Fremdsprache sei (6 ja, 51 nein, d.h. 11% ja), mehr Prüfungen ablegen müssen als jene, bei denen es vermutlich die erste medizinische Fremdsprache ist. Um Deutsch als die bereits mindestens zweite medizinische Fremdsprache einstufen zu können, war es notwendig, abzuschätzen, ob das Medizinstudium im Ausland in

der Erstsprache oder in einer Fremdsprache absolviert worden war. Es wurde immer dann als erstsprachlich angenommen, wenn das Studium im Geburtsstaat absolviert wurde, was in der Realität vermutlich nicht immer zutreffen wird, aber auch in den folgenden Fällen: eine in Kroatien geborene Person, die in Serbien studierte, in Kosovo geborene Personen in Albanien, und in arabischen Staaten geborene in anderen arabischen Staaten; ebenso wurde bei einer in Österreich geborenen Person, die in der Türkei studierte, und bei einer in Frankreich geborenen Person, die in Libyen studierte, angenommen, das Studium sei in der Erstsprache gemacht worden, nicht in einer Fremdsprache. Bei allen anderen Personen, die außerhalb ihres Geburtsstaats studiert und in Österreich einen Nostrifizierungsantrag gestellt hatten, wurde angenommen, das Studium sei fremdsprachlich erfolgt und die Nostrifizierung in Österreich erfolge in einer nochmals anderen Fremdsprache. Die Analyse in Modell 2 ergibt für die Zweitfremdsprachigkeit einen hohen Wert, nämlich um durchschnittlich 3,8 Prüfungen mehr (Irrtumswahrscheinlichkeit 0,7%) als bei Erstfremdsprachigkeit (Tab. 7.15).

Durch die Einbeziehung der beiden Sprachvariablen verändern sich die anderen Befunde graduell. Der Zusammenhang der Anzahl Prüfungen mit dem Geschlecht schwächt sich ab auf nur mehr 1 Prüfung (statt zuvor 1,7) und damit auch seine Wahrscheinlichkeit, in Wirklichkeit überhaupt von null verschieden zu sein. Dasselbe ereignet es sich bei der Facharztkategorie, der nur mehr 1,1 statt 1,8 Prüfungen weniger zugeschrieben werden. Das heißt, ein Teil dessen, was in Modell 1 als spezifisch fachärztlich erschien, hat in Wahrheit mit den sprachlichen Umständen zu tun. Umgekehrt akzentuiert sich die im Vergleich zu den AllgemeinmedizinerInnen größere Prüfungszahl bei den ZahnärztInnen auf 3,8 (Irrtumswahrscheinlichkeit 0,03%). Hier bringt die Berücksichtigung der sprachlichen Umstände den wahren Einfluss der Zahnärztlichkeit erst zum Vorschein. Der Zusammenhang mit dem Alter schwächt sich nur leicht ab: 6,25 Altersjahre mehr gehen mit einer zusätzlichen Prüfung einher.

In Modell 3 wird zusätzlich noch berücksichtigt, dass medizinische Studien nicht überall gleich gut auf die Anforderungen in Österreich vorbereiten müssen. Oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich Unterschiede zwischen Iran, Irak und Syrien auf der einen Seite und allen anderen auf der anderen Seite andeuten, die in der Humanmedizin einen anderen Charakter haben als in der Zahnmedizin. Von den 34 HumanmedizinerInnen hatten 19 und von den 23 ZahnmedizinerInnen 17 in den drei Staaten studiert. Wegen der kleinen Fallzahlen kann in der Regressionsanalyse nicht detaillierter zwischen Studienstaaten unterschieden werden, doch bringt die Einführung allein dieser Zweiteilung nochmals eine markante

Veränderung der Zusammenhänge mit der Anzahl der Prüfungen mit sich. Es zeigt sich, dass der Studienstaat eine wichtige Rolle spielt und dass nicht ZahnärztInnen per se mehr Prüfungen ablegen müssen als AllgemeinmedizinerInnen, sondern ZahnmedizinerInnen, die in Iran, Irak oder Syrien studiert haben. Sie müssen um durchschnittlich 3,5 Prüfungen mehr ablegen als andere ZahnmedizinerInnen (Irrtumswahrscheinlichkeit <5%) und um durchschnittlich 4,8 Prüfungen mehr als HumanmedizinerInnen, die in den drei Staaten studiert haben. Nach Berücksichtigung der Herkunft des Studiums zeigt sich weder bei Fachärztlichkeit per se noch bei Zahnärztlichkeit per se ein auch nur entfernt nachweisbarer Zusammenhang mit der Anzahl der auferlegten Prüfungen, wiewohl die Andeutung, dass FachärztInnen weniger und ZahnärztInnen mehr Prüfungen als AllgemeinmedizinerInnen machen müssen, erhalten bleibt. Erhalten bleibt im Wesentlichen auch der Befund bezüglich der sprachlichen Situation. Die selbst eingeschätzten beruflichen Deutschkenntnisse zum Befragungszeitpunkt gewinnen in dieser Analyse im Vergleich zur vorherigen ein wenig an Bedeutung. Zweieinhalb Punkte mehr bei der Selbsteinschätzung gehen mit einer Prüfung mehr einher (Irrtumswahrscheinlichkeit <10%). Mit Deutsch als wahrscheinlich mindestens zweiter medizinischer Fremdsprache gehen durchschnittlich 3,3 Prüfungen mehr einher (Irrtumswahrscheinlichkeit 5%). Weiterhin deutet sich auch durchschnittlich eine Prüfung weniger bei Frauen an, aber der Zusammenhang bleibt unsicher. Gut gesichert bleibt dagegen, dass mit 5,5 Altersjahren mehr eine Prüfung mehr einhergeht (Irrtumswahrscheinlichkeit 1%) (Tab. 7.15).

**Tabelle 7.14 Ergebnisse von drei Varianten der Regressionsanalyse der Anzahl der neben den obligatorischen zusätzlich auferlegten Prüfungen**

	Koeffizient			Häufigkeit
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	
Konstante	<b><u>4,56</u></b>	1,60	1,18	-
FachärztIn	<u>-1,79</u>	-1,09	-1,02	26%
ZahnärztIn	<b><u>2,87</u></b>	<b><u>3,76</u></b>	1,25	40%
Altersabstand bei Antragstellung von 35	<b><u>0,15</u></b>	<b><u>0,16</u></b>	<b><u>0,18</u></b>	-1,14
Weiblich	<u>-1,69</u>	-1,03	-0,97	37%
Berufsdeutsch	-	0,25	<u>0,40</u>	7,12
Deutsch 2. med. Fremdsprache	-	<b><u>3,77</u></b>	<u>3,30</u>	11%
Studium in Iran, Irak, Syrien	-	-	-1,02	63%
- ZM-Studium aus Iran, Irak, Syrien	-	-	<b><u>3,53</u></b>	30%
Korrigiertes R-Quadrat	0,28	0,37	0,39	
Irrtumswahrscheinlichkeit Modell	0,00	0,00	0,00	
Anzahl Fälle	57	57	57	

Halbfett und unterstrichen: Wirkung besteht mit <1% Irrtumswahrscheinlichkeit

Halbfett: Wirkung besteht mit <5% Irrtumswahrscheinlichkeit

Unterstrichen: Wirkung besteht mit <10% Irrtumswahrscheinlichkeit.

Im zuletzt besprochenen Modell 3 erklären sich anhand der acht berücksichtigten Einflüsse 39% der beobachteten Unterschiede bei der Anzahl der Prüfungen. Im Modell 2 ohne die Studienherkunft waren es 37% und im Modell 1 ohne die Deutschkenntnisse nur 28%. Es bleiben also auch im Modell 3 sechs Zehntel der Unterschiede zwischen den 57 Befragten unerklärt (Tab. 7.15).

Außer den drei berichteten Varianten wurden zahlreiche weitere Varianten untersucht, aber keine wies größere Erklärungskraft als Modell 3 auf. Zu den auf diese Weise aus der Analyse ausgeschiedenen Merkmalen gehört die Dauer der Berufstätigkeit im Ausland. Ihr Gegenteil, die Zeitdauer, in der die Befragten vor der Antragstellung nicht praktizieren konnten, konnte nicht direkt in die Analyse einbezogen werden, weist aber ebenfalls keinen erkennbaren Zusammenhang mit der Zahl der Prüfungen auf. Ebenso findet sich kein Zusammenhang mit vor der Einreise angeeigneten Deutschkenntnissen, mit der Dauer vom Nostrifizierungsantrag bis zum Nostrifizierungsbescheid, mit der Zahl der Vernetzungsaktivitäten oder mit der Fairnessempfindung gegenüber dem Verfahren. In einer weiteren Variante wurde die Aufenthaltssicherheit anhand der Art des Aufenthaltstitels zu den erklärenden Variablen hinzugefügt. Paarbeziehung und ob es sich um eine Frau oder einen Mann in einer Paarbeziehung handelte hatte ebenfalls beides keine Auswirkungen auf die Ergebnisse. Als ebenso wenig zielführend stellte es sich heraus, innerhalb der drei ärztlichen Berufe zwischen den Geschlechtern zu unterscheiden, sodass die einfache Unterscheidung zwischen den drei ärztlichen Berufen einerseits und zwischen den Geschlechtern andererseits beibehalten wurde.

#### 7.5.1. Gibt es erkennbare Folgen der Mitwirkungspflicht?

Seit einiger Zeit besteht eine Mitwirkungspflicht, die besagt, dass man zum nächstmöglichen Termin ab Erhalt des Bescheides für die Einladung zum Stichprobentest diesen Test machen muss. Folglich muss man sich seither gut vorbereiten, bevor man den Antrag stellt, weil man zwischen Antragstellung und Stichprobentest vielleicht nicht mehr Zeit dazu haben wird. Das ließe erwarten, dass ab einem gewissen Zeitpunkt die Dauer vom Aufenthaltsbeginn bis zur Antragstellung zugenommen habe. Gilt also folglich, dass ein späterer Aufenthaltsbeginn mit längerer Dauer vom Aufenthaltsbeginn bis zum Antrag einhergeht? Nein, im Gegenteil, Aufenthaltsbeginn und nachfolgende Dauer bis zur Antragstellung korrelieren über die 104

diesbezüglichen Fälle deutlich negativ ( $r=-0,86$ ). Demnach hatte unter den Befragten die Zeitspanne zwischen Aufenthaltsbeginn und Antragstellung tendenziell abgenommen.

Wenn, wie soeben gezeigt, die Zeit im Vorlauf der Antragstellung nicht zugenommen, sondern sogar abgenommen hat, könnte eine Folge aber sein, dass infolge unzureichender Vorbereitung auf den Stichprobentest die Zahl der auferlegten Prüfungen bei Anträgen, die in späteren Jahren gestellt wurden, zugenommen hat. Ist dem so? Neuerlich zeigt sich, dass unter den Befragten tendenziell das Gegenteil der Fall ist. Die Zahl der auferlegten Prüfungen ist aber nur von jenen bekannt, die den Nostrifizierungsbescheid bereits erhalten und die Frage beantwortet hatten. Das sind nur 57 Fälle, von denen nur vier den Antrag bereits vor 2015 gestellt hatten. Über die Zeit vor 2015 lässt sich daher nichts sagen. Unter den Befragten, die ab 2015 den Antrag gestellt hatten, nahm die Zahl der auferlegten Prüfungen tendenziell ab: Die AntragstellerInnen von 2015 mussten im Durchschnitt 8,3 Prüfungen machen, jene von 2016 durchschnittlich 6,5 und jene von 2017 durchschnittlich 6,0. Dieser Rückgang hat aber aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem Jahr so gut wie nichts zu tun, sondern entstand aus anderen Gründen. Nimmt man nämlich das Jahr der Antragstellung in die Regressionsanalyse der Anzahl der Prüfungen auf, so erweist es sich als ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Anzahl Prüfungen (Irrtumswahrscheinlichkeit 56%).

## **7.6. Die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitstrainings bzw. Praktikums**

Im Zuge der Analyse der Prüfungshäufigkeiten tauchte die Frage auf, wovon die Teilnahme an einem Arbeitstraining oder einem Praktikum abhängig sei. In diesem Abschnitt werden mögliche Zusammenhänge erkundet.

Da es sich bei der Teilnahme um ein binäres Merkmal handelt, entweder ja oder nein, wurde die Regressionsanalyse nicht nur linear, sondern auch logistisch durchgeführt. Die in der Ergebnistabelle angeführten Koeffizienten aus der linearen und aus der logistischen Analyse können nicht direkt miteinander verglichen werden, denn sie beziehen sich auf sehr verschiedene Dinge.

Da die Fallzahl klein ist, müssen Variablen, die sich in der Analyse nicht als unmittelbar relevant zeigen, aus der Analyse ausgeschlossen werden. Hierunter fallen die drei Ärztekategorien, die Herkunft der Ausbildung, die Zweitfremdsprachigkeit von Deutsch, Deutsch vor der Einreise gelernt zu haben, die Berufserfahrung im Ausland, die Vernetzungsaktivitäten, das Geschlecht, der Aufenthaltsstatus und die Zeitdauer vom Antrag bis zum Bescheid.



Übrig bleiben dann das Alter, die Anzahl der auferlegten Prüfungen, das Leben als Paar oder allein und die selbst eingeschätzten beruflichen Deutschkenntnisse zum Befragungszeitpunkt.

Die berufsbezogenen Deutschkenntnisse stehen in einem deutlich ausgeprägten, positiven Zusammenhang mit der Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Arbeitstraining bzw. einem Praktikum. In der linearen Analyse hat jemand mit um fünf Punkte höherer Selbsteinschätzung der beruflichen Deutschkenntnisse eine um 57 Prozentpunkte größere Teilnahmewahrscheinlichkeit. Man muss hier aber höchste Vorsicht bei der Zuschreibung von Ursache und Wirkung walten lassen. Es handelt sich um die Deutschkenntnisse zum Befragungszeitpunkt, sodass gut möglich ist, dass deren Ausmaß eine Folge und nicht Ursache der Praktikumsteilnahme ist. Dennoch ist keineswegs auszuschließen, dass sie die Ursache gewesen sein könnte. Wer zum Befragungszeitpunkt eine positive Selbsteinschätzung bezüglich des beruflichen Deutsch hatte, hatte eine solche vielleicht auch schon früher.

In einem ebenfalls deutlich positiven Zusammenhang mit der Teilnahmewahrscheinlichkeit steht die Anzahl der auferlegten Prüfungen. Zehn Prüfungen bedeuten demnach eine um rund 35 Prozentpunkte größere Teilnahmewahrscheinlichkeit. Ein Grund könnte sein, dass für jene, die keine oder nur wenige Prüfungen auferlegt bekommen, in einem Praktikum vielleicht eher einen Zeitverlust sehen könnten, während für jene, die mehr Prüfungen machen müssen, ein Praktikum faktisch eine Lernhilfe und so ein Zeitgewinn sein kann.

In einer Paarbeziehung zu sein erhöht die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einem Arbeitstraining bzw. einem Praktikum (in der linearen Analyse) um 30 Prozentpunkte. In einer detaillierteren Analyse zeigte sich, dass das auf beide Geschlechter in gleicher Weise zutrifft.

Mit steigendem Alter geht verringerte Teilnahmewahrscheinlichkeit einher, aber die Verringerung geschieht nur sehr allmählich. Es geht hier um eine Differenz zwischen den jüngsten und den ältesten Befragten.

Die lineare Analyse erklärt die Teilnahmewahrscheinlichkeit zu etwa 33%, die logistische zu etwa 36% (Pseudo-R-Quadrat nach Cox und Snell). Das heißt, Merkmale und Umstände, die in der Analyse nicht berücksichtigt werden konnten oder auch der Zufall bzw. das Glück spielen eine Rolle.

**Tabelle 7.15 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der Anzahl der Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Arbeitstraining bzw. einem Praktikum**

	Koeffizienten		Häufigkeit
	linear	logit	
Konstante	<b><u>-0,89</u></b>	<b><u>-8,23</u></b>	-
Altersabweichung von 35 zum Antragszeitpunkt	<b><u>-0,03</u></b>	<b><u>0,23</u></b>	-0,94
Anzahl Prüfungen	<b><u>0,04</u></b>	<b><u>1,86</u></b>	6,28
Paar	<b><u>0,30</u></b>	<b><u>0,64</u></b>	60%
Berufsdeutsch	<b><u>0,11</u></b>	<b><u>-8,23</u></b>	7,20
Korrigiertes R-Quadrat	0,33	0,36	
Anzahl Befragte	50	50	

Halbfett und unterstrichen: Wirkung besteht mit <1% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Halbfett: Wirkung besteht mit <5% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Unterstrichen: Wirkung besteht mit <10% Irrtumswahrscheinlichkeit.

### 7.7. Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse

Die eigenen Deutschkenntnisse konnten einmal in Hinsicht auf den Alltag und einmal in Hinsicht auf den Beruf auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr gut) eingestuft werden. 142 Befragte nahmen die beiden Einstufungen vor.

Da das Nostrifizierungsverfahren erhebliche Ansprüche an die Deutschkenntnisse stellt, wurde vermutet, dass jene, die darin weiter fortgeschritten sind, ihre Deutschkenntnisse höher einschätzen würden als jene, die noch am Anfang stehen. Auch wurde ein Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer vermutet. Dem Klischee entsprechend, dass Frauen in sprachlichen Dingen begabter seien, wurde bei ihnen höhere Selbsteinstufung vermutet. Dem stand allerdings das andere Klischee entgegen, dass Männer stärker zur Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse neigen als Frauen, sodass in Bezug auf die Geschlechter die Erwartungen unentschieden blieben.

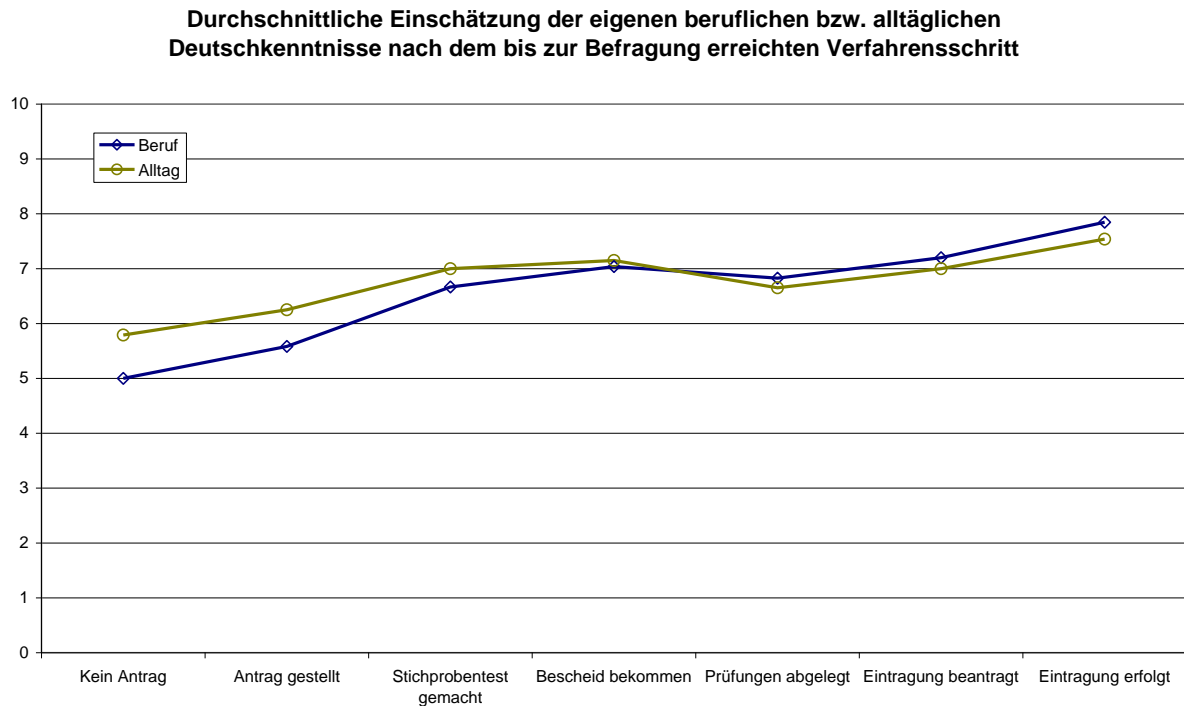
Die durchschnittliche Selbsteinstufung der Deutschkenntnisse in beruflicher Hinsicht betrug 6,37 und in Hinsicht auf den Alltag 6,57. Der Unterschied ist vernachlässigbar gering. Allerdings ist es nicht so, dass es bei den einzelnen Befragten nicht erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Selbsteinstufungen gegeben hätte. Daher wurde in einer Version der Analyse die Selbsteinschätzung in Hinsicht auf den Alltag als mögliche Ursache der Selbsteinschätzung in beruflicher Hinsicht berücksichtigt.

Ein erster, rein beschreibender, noch nicht analysierender Blick auf die Daten verstärkt den Eindruck, dass in der Tat ein Zusammenhang zwischen dem erreichten Verfahrensschritt und den selbst empfundenen Deutschkenntnissen bestehen könnte und dass er in Bezug auf die

beruflichen Deutschkenntnisse stärker ausgeprägt sein könnte als auf die alltagsbezogenen (Abb. 7.3). Die noch vor der Antragstellung stehenden Befragten bewerteten ihre alltagsbezogenen Deutschkenntnisse höher als ihre berufsbezogenen, aber je weiter die Befragten fortgeschritten waren desto kleiner war der Abstand zwischen den beiden Domänen der Deutschkenntnisse. Die Befragten, die gerade die Prüfungen absolviert hatten, schätzten ihre Deutschkenntnisse zwar sowohl bezogen auf den Beruf als auch auf den Alltag etwas niedriger ein als die Befragten, die erst den Bescheid bekommen hatten, aber dies ist der erste Verfahrensschritt, bei dem die beruflichen Deutschkenntnisse höher bewertet wurden als die alltäglichen. Bei noch weiter fortgeschrittenen Befragten nahm die Höherbewertung der beruflichen Deutschkenntnisse über die alltäglichen zu.

Der größte Unterschied in den Deutschkenntnissen, besonders den beruflichen, trat zwischen den Antragstellern und jenen, die den Stichprobentest gemacht hatten, auf (Abb. 7.3). Der zweitgrößte Unterschied trat zweimal auf und zwar ganz am Beginn und ganz am Ende des Verfahrens, also zwischen „kein Antrag“ und „Antrag“ und zwischen „Eintragung beantragt“ und „Eintragung erfolgt“. Das heißt, der Gesamtunterschied in den beruflichen Deutschkenntnissen zwischen 5,0 bei jenen vor dem Antrag auf 7,8 bei jenen nach der Eintragung entstand vor allem am Anfang und am Ende des Verfahrens, weniger zwischen dem Stichprobentest und der Absolvierung der Prüfungen. Es könnte demnach sein, dass die Anpassung der medizinischen Kenntnisse an die Erfordernisse der österreichischen Behörden und die Anpassung der sprachlichen Kenntnisse nicht gleichzeitig, sondern in Abfolge vollzogen werden und in dem Sinn voneinander abgekoppelt sind.

Abbildung 7.3 Durchschnittliche Einschätzung der eigenen beruflichen bzw. alltäglichen Deutschkenntnisse nach dem bis zur Befragung erreichten Verfahrensschritt



Bei den beruflichen Deutschkenntnissen trat auch der drittgrößte Unterschied zweimal auf, nämlich zwischen Stichprobentest und Bescheid und zwischen Prüfungen und Eintragungsantrag. Angesichts dessen fragt man sich, inwiefern die Einschätzungsunterschiede zwischen den Verfahrensschritten reale Änderungen der Deutschkenntnisse wiedergeben und inwiefern sie auf psychologischen Effekten beruhen. Der leichte Rückgang während der Prüfungsphase könnte einerseits Frustrationen spiegeln, andererseits aber durch reale Kommunikationslosigkeit infolge des intensiven Lernens bedingt sein, das sich, wie in Kapitel 6 gelegentlich betont, mitunter in einem weitgehend erstsprachlichen Umfeld ereignet. Dass im Vorlauf zur Antragstellung und ebenso mit Blick auf den Stichprobentest intensiv an den eigenen Deutschkenntnissen gearbeitet wird, ist nachvollziehbar, aber aus welchem Grund es zwischen Stichprobentest und Bescheid oder nach Absolvierung der Prüfungen bis zum Eintragungsantrag zu Verbesserungen der Deutschkenntnisse kommen sollte, ist es weniger. Die Steigerung nach erfolgter Eintragung ist es wieder mehr, denn die meisten Befragten übten nun ihren Beruf aus und standen daher in Kontakt mit PatientInnen, Kammer, Behörden u.a.m.

Durch die Einbeziehung des Merkmals „Teilnahme an einem Arbeitstraining oder Praktikum“ gehen in der Regressionsanalyse 18 Fälle verloren, die diese Frage nicht beantwortet hatten. Die Analyse der verbleibenden 124 Fälle lässt aber ebenfalls keinen Zweifel, dass vor allem

die bereits vollzogenen Schritte im Nostrifizierungsverfahren wesentlichen Einfluss auf die Selbsteinstufung der Deutschkenntnisse haben und zwar in beruflicher wie in alltäglicher Hinsicht (Tab 7.16). Sie zeigt aber, dass durch die Bereinigung um andere Einflüsse, die die Regressionsanalyse leistet, die Vorbereitungsphase auf den Stichprobentest noch deutlicher als entscheidend für die Selbsteinstufung der beruflichen Deutschkenntnisse hervortritt. Gleichzeitig wird das Auf und Ab in der Mitte des Verfahrens prononcierter als es ohne die Bereinigung erschien. Weiters zeigt sich nun, dass sich mit der bloßen Antragstellung noch keine Steigerung der beruflichen Deutschkenntnisse verbindet, die groß genug wäre, um ihre Existenz für einigermaßen gesichert zu halten (Tab. 7.16). Jene, die den Stichprobentest absolviert haben stufen ihre beruflichen Deutschkenntnisse um rund 1,6 Punkte höher ein, als es bei jenen der Fall ist, die noch vor der Antragstellung stehen, bzw. um rund 1,3 Punkte höher als jene, die lediglich den Antrag gestellt haben. Am höchsten ist die Selbsteinschätzung bei jenen, die bereits die Eintragung in die Ärzteliste beantragt oder erlangt haben. Bei ihnen ist sie um 3 Punkte höher als bei jenen, die keinen Antrag gestellt haben, und um 1,35 Punkte höher als bei jenen, die erst den Stichprobentest absolviert haben (Modell Beruf M1). Ähnlich, aber schwächer gilt das auch in Bezug auf die alltäglichen Deutschkenntnisse (Modell Alltag). Bringt man die alltäglichen und die beruflichen Deutschkenntnisse in Zusammenhang (Modell Beruf M2) korrelieren sie selbstverständlich, aber nicht so sehr, wie man vielleicht erwartet hätte ( $r=0,69$ ;  $r^2=0,47$ ). Mit jedem Punkt, um den die alltäglichen Deutschkenntnisse höher eingeschätzt werden, nimmt die Einschätzung der beruflichen Deutschkenntnisse um 0,73 Punkte zu. Auch in dieser Konstellation gilt, dass der Tendenz nach mit dem Fortschritt im Verfahren die Einstufung der eigenen beruflichen Deutschkenntnisse zunimmt, sodass sie von jenen, die bereits in die Ärzteliste eingetragen sind, um 1,9 Punkte höher bewertet wird als von jenen, die noch vor dem Antrag stehen, und um 1,1 Punkte höher als von jenen, die erst den Stichprobentest gemacht haben. In allen drei Varianten gilt, dass die Differenz zwischen jenen, die erst den Bescheid erhalten haben, und jenen, die bereits eingetragen sind, nicht groß ist, und dass gerade die Prüfungen abgelegt zu haben, offenbar das Selbstbewusstsein in Bezug auf die Deutschkenntnisse dämpft.

**Tabelle 7.16 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der selbst eingeschätzten beruflichen und einer Variante der selbst eingeschätzten alltäglichen Deutschkenntnisse**

	Koeffizient			Häufigkeit
	Beruf M1	Beruf M2	Alltag	
Konstante	<b><u>5,13</u></b>	<u>1,25</u>	<b><u>5,29</u></b>	-
FachärztIn	-0,52	-0,21	-0,43	0,30
ZahnärztIn	0,25	<u>0,59</u>	-0,46	0,38
Berufsjahre im Ausland	0,05	0,01	0,05	4,05
Altersabweichung von 35	0,04	<b><u>0,07</u></b>	-0,04	2,51
Arbeitstraining oder Praktikum	0,51	0,24	0,36	0,35
Aufenthaltsdauer (Jahre)	-0,05	<u>-0,18</u>	0,17	3,64
Aufenthaltsdauer Quadrat	0,00	<u>0,00</u>	-0,00	-
Deutsch vor der Einreise	-0,43	-0,33	-0,14	0,32
Frau	0,00	-0,67	0,91	0,29
Paar	-0,42	-0,52	0,14	0,68
- Frau in Paar	-0,23	0,62	-1,16	0,21
Antrag gestellt	0,35	-0,16	0,70	0,08
Stichprobentest gemacht	<b><u>1,64</u></b>	<u>0,79</u>	<b>1,16</b>	0,19
Bescheid erhalten	<b><u>2,49</u></b>	<b><u>1,60</u></b>	<b>1,22</b>	0,19
Prüfungen abgelegt	<b><u>1,91</u></b>	<b><u>1,45</u></b>	0,63	0,15
Eintragung beantragt oder erfolgt	<b><u>2,99</u></b>	<b><u>1,90</u></b>	<b>1,49</b>	0,12
Deutschkenntnisse im Alltag	-	<b><u>0,73</u></b>	-	6,57
Korrigiertes R-Quadrat	0,19	0,55	0,08	
Anzahl Befragte	124	124	124	

Halbfett und unterstrichen: Wirkung besteht mit <1% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Halbfett: Wirkung besteht mit <5% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Unterstrichen: Wirkung besteht mit <10% Irrtumswahrscheinlichkeit.

Nicht in nachweisbarem Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung der beruflichen Deutschkenntnisse steht unter anderem die Aufenthaltsdauer, von der man hätte erwarten können, dass sie sich positiv auswirken würde, wenn man nicht aus früheren Analysen darauf vorbereitet wäre, dass die Aufenthaltsdauer als solche in Österreich in der Regel keine Auswirkungen hat. Auch von der Teilnahme an einem Arbeitstraining oder Praktikum hätten positive Auswirkungen erwartet werden können. Sie treten auch auf, sind aber so schwach, dass unsicher bleiben muss, ob sie tatsächlich bestehen. Deutsch schon vor der Einreise gelernt zu haben tritt mit einem negativen Vorzeichen auf, mindert also die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse, was vielleicht nicht verwunderlich ist, aber ebenfalls in so geringem Maß, dass unsicher bleibt, ob eine Wirkung dieser Art tatsächlich besteht. ZahnärztInnen neigen zu einer etwas besseren Einschätzung ihrer beruflichen, aber nicht ihrer alltäglichen Deutschkenntnisse als FachärztInnen, aber auch hier ist das Ausmaß zu gering, um Sicherheit zu geben. Auch ärztliche Berufstätigkeit im Ausland und das Geschlecht stehen in keinem nachweisbaren Zusammenhang mit den gefühlten

Deutschkenntnissen. Befragte, die Teil eines Paares sind, schätzen ihre beruflichen Deutschkenntnisse etwas schlechter ein als allein lebende. Das trifft besonders bei den Frauen zu, aber neuerlich ist das Ausmaß zu gering, um sich des Bestehens eines Zusammenhangs sicher zu sein.

## 7.8. Empfundene Fairness des Verfahrens

133 Befragte gaben an, wie fair ihrem Empfinden nach, das Nostrifizierungsverfahren ist.

Die durchschnittliche Einstufung der Fairness betrug 5,05 bei 0 = gar nicht fair, 10 = sehr fair, lag also fast haargenau in der Mitte. Zwischen den drei ärztlichen Berufsbereichen gibt es dabei aber erhebliche Unterschiede. Die 42 AllgemeinmedizinerInnen bewerteten die Fairness des Verfahrens mit durchschnittlich 6,3, die FachärztInnen mit 5,8 und die ZahnärztInnen mit nur 3,4. Während 38% der AllgemeinmedizinerInnen und 37% der FachärztInnen 8, 9 oder 10 Punkte vergaben, waren es bei den ZahnärztInnen nur 4% (Tab. 7.17).

**Tabelle 7.17 Fairnessbewertung des ärztlichen Nostrifizierungsverfahrens nach ärztlichem Beruf**

	Allg	Fach	Zahn	Summe	Allg	Fach	Zahn	Summe
0 nicht fair	2	4	13	19	5%	10%	26%	14%
1	0	3	1	4	0%	7%	2%	3%
2	2	0	6	8	5%	0%	12%	6%
3	4	2	7	13	10%	5%	14%	10%
4	1	3	1	5	2%	7%	2%	4%
5	8	5	11	24	19%	12%	22%	18%
6	3	5	7	15	7%	12%	14%	11%
7	6	4	2	12	14%	10%	4%	9%
8	7	5	0	12	17%	12%	0%	9%
9	1	6	0	7	2%	15%	0%	5%
10 sehr fair	8	4	2	14	19%	10%	4%	11%
<b>Summe</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>50</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
fehlt	5	7	2	14				
Gesamt	47	48	52	147				
0-2	4	7	20	31	10%	17%	40%	23%
3-7	22	19	28	69	52%	46%	56%	52%
8-10	16	15	2	33	38%	37%	4%	25%
<b>Schnitt</b>	<b>6,31</b>	<b>5,80</b>	<b>3,38</b>	<b>5,05</b>				

Die Regressionsanalyse bestätigt die bedeutsame Rolle des Berufs (Tab. 7.18). Nachdem Variablen, die sich in diversen Varianten der Analyse der Fairnessbewertung als irrelevant entpuppt haben, ausgeschieden worden sind, ist der am eindeutigsten nachweisbare

Zusammenhang, dass ZahnärztInnen unabhängig von allem anderen die Fairness des Verfahrens schlechter bewerten als AllgemeinmedizinerInnen und zwar um etwa 3,3 Punkte (0% Irrtumswahrscheinlichkeit); ebenso ist einigermaßen sicher nachweisbar, dass FachärztInnen sie um 1,4 Punkte schlechter bewerten als AllgemeinmedizinerInnen es tun (7% Irrtumswahrscheinlichkeit) (Tab. 7.18). Ebenfalls relativ klar ist, dass mit jedem zusätzlichen Altersjahr die Bewertung positiver wird (Irrtumswahrscheinlichkeit 1,4%), aber es braucht elf Jahre für 1 Punkt. Erkennbar ist außerdem noch, dass alleinstehende Frauen um durchschnittlich 1,8 Punkte negativer bewerten als alleinstehende Männer (Irrtumswahrscheinlichkeit 9%), dass Frauen in Paaren aber positiver bewerten als Männer in Paaren, wenn auch nur um einen halben Punkt und man sich des Unterschieds keineswegs sicher sein kann. Wenn Deutsch wahrscheinlich schon mindestens die zweite medizinische Fremdsprache ist, dann wird die Fairness im um durchschnittlich knapp 1 Punkt niedriger bewertet, aber die Irrtumswahrscheinlichkeit ist mit 20% hoch.

**Tabelle 7.18 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der Fairnessbewertung des ärztlichen Nostrifizierungsverfahrens**

	Koeffizienten		Häufigkeit
	Modell 1	Modell 2	
Konstante	<b><u>7,02</u></b>	<b><u>7,16</u></b>	-
kein Antrag	0,52	-	54%
Antrag	1,01	-	35%
Stichprobentest	0,39	-	66%
Bescheid	1,21	-	15%
Prüfungen	0,00	-	-
Eintragung	<b>2,08</b>	-	4%
Fach	<b>-1,40</b>	<u>-1,28</u>	31%
Zahn	<b>-3,23</b>	<b>-3,28</b>	38%
Frau	<u>-1,79</u>	<u>-1,69</u>	31%
Paar	-0,95	-0,69	66%
- Frau in Paar	<b>2,33</b>	<u>2,13</u>	22%
Altersabweichung von 35	<b>0,09</b>	<b>0,08</b>	2,69
Deutsch 2. med. Fremdsprache	-0,93	-0,97	17%
Korrigiertes R-Quadrat	0,20	0,19	
Irrtumswahrscheinlichkeit Modell	0,00	0,00	
Anzahl Fälle	133	133	

Halbfett und unterstrichen: Wirkung besteht mit <1% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Halbfett: Wirkung besteht mit <5% Irrtumswahrscheinlichkeit  
Unterstrichen: Wirkung besteht mit <10% Irrtumswahrscheinlichkeit.

Ein interessanter Aspekt ist die Veränderlichkeit der Bewertung zwischen Verfahrensschritten. Jene, die bereits die Eintragung in die Ärzteliste beantragt oder erhalten haben, bewerten das Verfahren unabhängig von allem anderen mit durchschnittlich 1,56



Punkten fairer als jene, die noch keinen Antrag gestellt haben (Irrtumswahrscheinlichkeit 8%) bzw. um 2,08 Punkte fairer als jene, deren Urteil von der Prüfungsphase geprägt war (Irrtumswahrscheinlichkeit 4%) (Tab. 7.18). Jene, die zuletzt den Nostrifizierungsbescheid erhalten hatten, werteten das Verfahren um 1,2 Punkte fairer als die von der Prüfungsphase Geprägten (Irrtumswahrscheinlichkeit 15%). Insgesamt zeigt sich ein Auf und Ab, in dessen Verlauf die Antragstellung eine erste Hebung, der Stichprobentest eine Senkung, der Bescheid eine größere Hebung, die Prüfungen eine besonders starke Senkung und die Eintragung eine besonders starke Hebung mit sich bringen.

## 8. Ausblick seit den Interviews und der Umfrage

August 2019	<p>Aktuell befinden sich 96 Personen zwecks Nostrifizierung ihres Humanmedizinstudiums bei CIP in Betreuung. Seit Beginn der Betreuung (Juli 2016) bis heute sind insgesamt 71 Personen mit der Nostrifizierung fertig geworden, und ungefähr gleichviele Personen sind in einem Dienstverhältnis/Turnus.</p> <p>Aktuell befinden sich 53 Personen mit Zahnmedizinstudium bei CIP in Betreuung. Bisher haben 12 Personen ihre Nostrifizierung erfolgreich abgeschlossen. 6 Personen arbeiten bereits als ZahnmedizinerInnen, 6 Personen suchen aktiv eine Stelle.</p>
1. Jänner 2019	<p>Das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009 – 4. SRÄG 2009 besagt, dass Vertrags(zahn)ärztInnen (Vertrags-Gruppenpraxen) und DentistInnen mit einer Altersgrenze von 70 Jahren in Pension gehen müssen (Österreichisches Parlament 2018).</p>
Dezember 2018	<p>Die Österreichische Ärztekammer warnte am 18.12.2018 neuerlich vor einem kommenden Ärztemangel. In den nächsten zehn Jahren erreiche fast die Hälfte aller niedergelassenen ÄrztInnen das Pensionsantrittsalter, bei den FachärztInnen seien es sogar 60%. Unter den FachärztInnen sind unter anderem FrauenärztInnen, UrologInnen, OrthopädInnen und InternistInnen gefragt. Jährlich müssten 940 niedergelassene ÄrztInnen nachkommen, um den status quo in den nächsten fünf Jahren aufrecht zu erhalten. Im Gegensatz zu Österreich, hat Deutschland erste Schritte gegen den ÄrztInnenmangel gesetzt und beugt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Erhöhung der Zahl der Medizinstudierenden ist vorgesehen.</li> <li>• Zahlreiche deutsche Bundesländer vergeben Landarztstipendien bzw. planen das; wer eines bekommt, verpflichtet sich, einige Jahre in der jeweiligen Region zu arbeiten.</li> <li>• JungärztInnen werden von ländlichen Regionen mit Geld und sonstigen attraktiven Zusatzleistungen angelockt</li> <li>• Immer mehr deutsche Ärztekammern – zuletzt in Niedersachsen</li> </ul>

	<p>– befürworten als Reaktion auf den ÄrztInnenmangel die Online-Betreuungen von PatientInnen auch ohne vorangegangenen persönlichen Kontakt (ÖÄK 2018a).</p>
Dezember 2018	<p>Der Entwurf eines neuen Ärztegesetzes erlaubt es ÄrztInnen, andere ÄrztInnen anzustellen. In einer Ordination darf ein/e Ärztin/Arzt auf Vollzeitbasis angestellt werden, in Gruppenpraxen höchstens zwei (Wiener Zeitung 2018).</p> <p>Das Gesetz wurde am 20.12.2018 einhellig im Nationalrat beschlossen.</p>
November 2018	<p>Es befinden sich 91 Personen mit Humanmedizinstudium bei CIP in Betreuung. Im laufenden Jahr sind 51 Personen mit der Nostrifizierung fertig geworden und 44 Personen sind in einem Dienstverhältnis.</p> <p>Es befinden sich 47 Personen mit Zahnmedizinstudium bei CIP in Betreuung. Bisher haben 5 Personen ihre Nostrifizierung erfolgreich abgeschlossen. 2 Personen arbeiten bereits als ZahnmedizinerInnen, 3 Personen suchen aktiv eine Stelle.</p>
August - Oktober 2018	<p>Im August 2018 startete das AMS Wien in Kooperation mit dem Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) eine Initiative zur Aufnahme geflüchteter HumanmedizinerInnen in den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses. Das AMS Wien organisierte hierfür einen eigenen Infotag, zu dem interessierte HumanmedizinerInnen eingeladen wurden. Die InteressentInnen sollten sich schriftlich bewerben und einen Lebenslauf übermitteln sowie eine Wunschabteilung benennen. Check In Plus unterstützte in kurzer Zeit 28 Personen bei der Bewerbung. Die Auswahl über die Aufnahme ins Arbeitstraining traf dann die ärztliche Leitung des KFJ.</p> <p>Es wurden 18 KandidatInnen ausgewählt und am 17.09.2018 ins KFJ eingeladen, um alle Details zu besprechen. Leider sind 3 Personen unentschuldigt nicht erschienen und wurden sofort ausgeschieden. Mit Anfang Oktober bzw. Anfang November haben insgesamt 15 HumanmedizinerInnen mit einem viermonatigen Arbeitstraining in den jeweiligen Fachabteilungen begonnen.</p>

## 9. Empfehlungen

Der vorliegende Bericht versteht sich als Beitrag zur aktuellen Auseinandersetzung mit der Problematik der Anerkennung ausländischer Qualifikationen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass auch nach Ablegung von Prüfungen die berufliche Integration noch nicht beendet ist. Berufliche Anerkennung von ÄrztInnen und ZahnärztInnen ist ein Prozess, der sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren erstreckt und für den die Maßnahmen, die als Unterstützung gesetzt werden, von hoher Relevanz sind.

Das längere Verweilen im Anerkennungsprozess bedeutet für die betroffenen Personen in der Regel mehr als nur finanzielle Einschränkungen. Vielmehr wird diese „lange Pause vom Beruf“, verursacht durch Migration und/oder Flucht, Spracherwerb und Nostrifizierung, als Entwertung der vorhandenen Kompetenzen erlebt. Dabei handelt es sich um subjektive Einschätzungen der Befragten. Die qualitativen Einzelinterviews, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass das rasche Erlernen der deutschen Sprache der erste wichtige Schritt für Integration und Partizipation in der Gesellschaft und in Folge in das Berufsleben ist. Der lange Nostrifikationsprozess zeigt, dass eine Begleitung und Unterstützung durch Check In Plus sehr hilfreich und sinnvoll ist. Die Vorteile der rascheren Arbeitsmarktintegration der NostrifikantInnen liegen auf der Hand - Kontakt mit PatientInnen, schnelleres Erlernen der Fachsprache, Aufbau der kollegialen Beziehungen, gesellschaftliche Anerkennung.

Die folgenden zentralen Empfehlungen leiten sich aus der Analyse der Daten ab:

- Die Verfahren so umzugestalten, dass ÄrztInnen und ZahnärztInnen während des Anerkennungsprozesses durchgängig mit PatientInnen sowie Gesundheitspersonal in Kontakt stehen, um in die österreichische Berufspraxis hineinwachsen zu können.
- Eine mögliche Form wäre die Schaffung einer vorläufigen, eingeschränkten Berufsausübung ähnlich wie in Deutschland.
- Die inhaltliche Weiterentwicklung und der regionale Ausbau von Maßnahmen wie Check In Plus sollten als Investition in die Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Diensten vorangetrieben werden.
- Einrichtung eines universitären Lehrgangs in dem fachspezifische, für die Nostrifizierung relevante Inhalte vermittelt werden. Neben der Prüfungsvorbereitung

kann der Lehrgang auch als Fachsprachtraining genutzt werden und die Integration der TeilnehmerInnen in die Berufsgruppe fördern. Solche standardisierte Maßnahmen können in das reguläre Lehrangebot der medizinischen Universitäten integriert werden.

## 10. Quellenverzeichnis

AMS APA-OTS (2018): Insgesamt 15.880 Anmeldungen für das Aufnahmeverfahren an den Medizinischen Universitäten in Österreich.

[https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20180412\\_OTS0053/insgesamt-15880-anmeldungen-fuer-das-aufnahmeverfahren-an-den-medizinischen-universitaeten-in-oesterreich](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180412_OTS0053/insgesamt-15880-anmeldungen-fuer-das-aufnahmeverfahren-an-den-medizinischen-universitaeten-in-oesterreich), eingesehen am 12.6.2018.

Ärztchamber Steiermark (2016): Altersgrenze zwingt viele GKK-Ärzte in die Pension.

<https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=6442>, eingesehen am 2.8.2018.

Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, Koordination – Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen (AST) (2018), Checkliste,

Nostrifizierung des Studiums der Humanmedizin aus Drittstaaten. <https://www.anlaufstelle-erkennung.at/sites/view/downloads>, eingesehen am 22.2.2018.

Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen (2016): Anerkennung der

Ärzteausbildung aus Drittstaaten in Deutschland und Schweden. <https://www.anlaufstelle-erkennung.at/sites/view/downloads>, eingesehen am 12.1.2018.

Best, Henning / Wolf, Christof (2010) Logistische Regression; in: Wolf/Best (Hg) 2010:827-854 [http://www.handbuch-datenanalyse.de/sites/default/files/Wolf\\_Best\\_2010-Kap31.pdf](http://www.handbuch-datenanalyse.de/sites/default/files/Wolf_Best_2010-Kap31.pdf), 2010-10-27.

Best, Henning / Wolf, Christof (2012) Modellvergleich und Ergebnisinterpretation in Logit- und Probit-Regressionen; Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 64/2:377-395.

Bichl, Norbert (2015): Der Anerkennungsprozess in Österreich in der Praxis. In AMS Info 306. <https://www.anlaufstelle-erkennung.at/sites/view/downloads>, eingesehen am 25.2.2018.

Buber-Ennser, Isabella / Kohlenberger, Judith / Rengs, Bernhard / Al Zalak, Zakarya / Goujon, Anne / Striessnig, Erich / Potančoková, Michaela / Gisser, Richard / Testa, Maria Rita / Lutz, Wolfgang (2016) Human capital, values, and attitudes of persons seeking refuge in Austria in 2015; PLoS ONE 11: e0163481.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Schnell und erfolgreich Deutsch lernen – wie geht das? Erkenntnisse zu den Determinanten des Zweitspracherwerbs unter besonderer Berücksichtigung von Geflüchteten.

<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp72-erfolgreich-deutsch-lernen-wie.html>, eingesehen am 25.6.2018.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011): Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland. <https://www.bda.de/service-recht/anerkennung-auslaendischer-abschluesse.html?highlight=WyJhbmVya2VubnVuZyJd>, eingesehen am 26.2.2018.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019): Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2018 vom 21.8.2019. [https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/statistik\\_zum\\_bundesgesetz.php](https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/statistik_zum_bundesgesetz.php), eingesehen am 5.9.2019

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2017, eingesehen am 25.1.2018.

Der Standard (2018a): Wie Niederösterreich einem Ärztemangel gegensteuern kann. <https://derstandard.at/2000072871050/Wie-Niederoesterreich-einem-Aerztemangel-gegensteuern-kann>, eingesehen am 27.5.2018.

Der Standard (2018b): Ärztekammer warnt erneut vor Mediziner-mangel. <https://derstandard.at/2000090269565/Aerztekammer-warnt-erneut-vor-Mediziner-Mangel>, eingesehen am 29.10.2018.

Der Standard (2019a): Warum in Österreich Hausärzte fehlen. <https://www.derstandard.at/story/2000105471738/warum-in-oesterreich-hausaerzte-fehlen>, eingesehen am 28.07.2019

Der Standard (2019b): Der Hausarztmangel ist längst nicht mehr nur auf dem Land ein Thema. <https://www.derstandard.at/story/2000107123068/der-hausarztmangel-ist-laengst-nicht-mehr-nur-am-land-ein>, eingesehen am 19.08.2019

Government Offices of Sweden (2017): Fast track - a quicker introduction of newly arrived immigrants. <https://www.government.se/fasttrack>, eingesehen am 2.5.2018.

Hosner, Roland / Vana, Irina / Khun Jush, Golschan (2017) Integrationsmaßnahmen und Arbeitsmarkterfolg von Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich. Forschungsbericht des FIMAS-Projekts. ICMPD  
[http://research.icmpd.org/fileadmin/Research-Website/Publications/FIMAS\\_Bericht\\_final.pdf](http://research.icmpd.org/fileadmin/Research-Website/Publications/FIMAS_Bericht_final.pdf)

Huber, Peter (2016): Was wir wissen, was wir nicht wissen und was wir tun sollten. In: Österreichische Forschungsstiftung für internationale Entwicklung: Österreichische Entwicklungspolitik 2016. Fluchtbedingte Migration – Herausforderung für die EZA. 29-32. <https://www.oefse.at/publikationen/oesterreichische-entwicklungspolitik/detail-oesterr-entwicklungspolitik/publication/show/Publication/Fluchtbedingte-Migration-Herausforderung-fuer-die-EZA/>, eingesehen am 12.4.2018.

IQ Good Practice (2018a): Fast Track. Fast Tracks – Überholspuren: In Schweden beschleunigt die Verkettung verschiedener Maßnahmen den Einstieg in den Arbeitsmarkt. <https://www.netzwerk-iq.de/publikationen/iq-good-practice-international.html>, eingesehen am 2.6.2018.

IQ Good Practice (2018b): Berufe-Infoblätter zum Anerkennungsverfahren - Informationen zur Anerkennung als Zahnärztin und Zahnarzt. <https://www.ibs-thueringen.de/projekte/iq-berufliche-erkennung-ibat-mitte/berufe-infoblaetter-zum-anerkenntungsverfahren/>, eingesehen am 2.6.2018.

Johannes Kepler Universität Linz (2018): Wissensbilanz 2017. <https://www.jku.at/qualitaetsmanagement-und-berichtswesen/>, eingesehen am 4.10.2018. Kleine Zeitung (2018): Jeder zehnte Arzt verliert 2019 seinen Kassenvertrag. [https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5520907/Neue-Altersgrenze\\_Jeder-zehnte-Arzt-verliert-2019-seinen-Kassenvertrag](https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5520907/Neue-Altersgrenze_Jeder-zehnte-Arzt-verliert-2019-seinen-Kassenvertrag), eingesehen am 30.10.2018.

Labour-Int (2016): Sweden: From arrival to work – fast tracks – a quicker introduction of newly arrived refugees and migrant. <http://www.labour-int.eu/sweden/>, eingesehen am 5.6.2018.

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (2018a): Verfassungsgrundsätze zur Durchführung von Kenntnisstandprüfungen nach dem Zahnheilkundegesetz im Land Berlin. <https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/berufe-im-gesundheitswesen/akademisch/artikel.621495.php>, eingesehen am 3.9.2018.

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (2018b): Approbation bei einer Ausbildung im Ausland - „Checkliste“ für die Erteilung einer Berufserlaubnis oder/und Approbation in einem akademischen Gesundheitsberuf (Ärztin/Arzt, Apothekerin/Apotheker, Tierärztin/Tierarzt, Zahnärztin/Zahnarzt) bei Ausbildung in einem Drittstaat (außerhalb der EU) <https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/berufe-im-gesundheitswesen/akademisch/artikel.621495.php>, eingesehen am 3.9.2018.



Medizinische Universität Graz (2017): Satzung der Medizinischen Universität Graz.  
<https://www.medunigraz.at/dokumente/grundsatzdokumente/>, eingesehen am 6.4.2018.

Medizinische Universität Innsbruck (2017): Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck 2016/2017, 23. Stück. [https://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/mitteil\\_16-17.html](https://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/mitteil_16-17.html), eingesehen am 2.5.2018.

Medizinische Universität Wien (2018a): Merkblatt zur Nostrifizierung – Humanmedizin.  
<https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/nostrifizierung/>, eingesehen am 25.10.2018.

Medizinische Universität Wien (2018b): Satzung der Medizinischen Universität Wien.  
<https://www.meduniwien.ac.at/web/rechtliches/>, eingesehen am 15.7.2018.

Medizinische Universität Wien (2018c): Merkblatt zur Nostrifizierung – Zahnmedizin.  
<https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/nostrifizierung/>, eingesehen am 26.10.2018.

Medizinische Universität Wien (2018d): Studienbeitrag an der Med Uni Wien. Befristete Befreiung. <https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/anmeldung-zulassung/studienbeitrag/>, eingesehen am 16.7.2018.

Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien (2015/2016), 26. Stück, Nummer 30,  
<https://www.meduniwien.ac.at/web/rechtliches/mitteilungsblaetter/>, eingesehen am 2.9.2019

Mood, Carina (2010) Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It; European Sociological Review 26/1:67-82.

ORF (2018a): Landärzte gesucht: immer mehr Orte ohne Ordination. €CO vom 21.6.2018, ORF 2.

ORF (2018b): Hausärztemangel wird immer größer, Ö1 Mittagsjournal vom 19.10.2018.

ORF (2018c): Diskussion um Aufhebung von Ärzte-Altersobergrenze, Ö1 Mittagsjournal vom 29.10.2018.

Österreichische Ärztekammer (2019a): ÖÄK: PK Ärztestatistik 2018 untermauert ÖÄK-Forderungen. [https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset\\_publisher/presseinformation/content/pk-prasentation-offizielle-arztstatistik-2018/20152?\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp\\_p\\_id%3Dcom\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANC](https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/pk-prasentation-offizielle-arztstatistik-2018/20152?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANC)

[E\\_presseinformation%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_cur%3D9%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_delta%3D5%26p\\_r\\_p\\_resetCur%3Dfalse%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_assetEntryId%3D157748](#) , eingesehen am 8.9.2019

Österreichische Ärztekammer (2018a): ÖÄK: Neue Zahlen: Ärztemangel verschärft sich in Österreich rapide. [https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset\\_publisher/presseinformation/content/pk-neue-zahlen-arztemangel-verscharft-sich-in-osterreich-rapide/20152?](https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/pk-neue-zahlen-arztemangel-verscharft-sich-in-osterreich-rapide/20152?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_cur%3D12%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_delta%3D5%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEntryId%3D121457) [\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp\\_p\\_id%3Dcom\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_cur%3D12%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_delta%3D5%26p\\_r\\_p\\_resetCur%3Dfalse%26\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_presseinformation\\_assetEntryId%3D121457](#), eingesehen am 18.12.2018.

Österreichische Ärztekammer (2018b): ÖÄK: Problem mit Kassenstellen wird sich weiter verschärfen. [http://www.aerztekammer.at/archiv1/-/asset\\_publisher/3yDY/content/oak-problem-mit-kassenstellen-wird-sich-weiter-verscharfen/10431](http://www.aerztekammer.at/archiv1/-/asset_publisher/3yDY/content/oak-problem-mit-kassenstellen-wird-sich-weiter-verscharfen/10431), eingesehen am 5.8.2018.

Österreichische Ärztekammer (2017a): Informationen zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Österreich, <http://www.aerztekammer.at/documents/10431/29364/Infoblatt+EWR+Deutsch/0e28a14e-71b2-43cd-a3fd-e0d118d2d223?t=1535968071521>, eingesehen am 14.5.2018.

Österreichische Ärztekammer (2015): Ausbildung im Ausland - Anrechnung in Österreich: 16. Nach welcher gesetzlichen Regelung erfolgt die Anrechnung von ausländischen Ausbildungszeiten? [http://www.aerztekammer.at/documents/10431/35760/16\\_Nach+welcher+gesetzlichen+Regelung.pdf/cbcb3ba6-20d9-41d2-bdd5-4a60901c145d?version=1.3&t=1438601116000](http://www.aerztekammer.at/documents/10431/35760/16_Nach+welcher+gesetzlichen+Regelung.pdf/cbcb3ba6-20d9-41d2-bdd5-4a60901c145d?version=1.3&t=1438601116000), eingesehen am 6.6.2018.

Österreichisches Parlament (2018): Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz geändert werden: 385 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP: Regierungsvorlage

[https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I\\_00385/index.shtml#tab-Uebersicht](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00385/index.shtml#tab-Uebersicht), eingesehen am 22.10.2018.

Österreichische Zahnärztekammer (2016a): Sprachprüfungsverordnung der Österreichischen Zahnärztekammer. <http://www.zahnaerztekammer.at/zahnaerztinnen/infocenter/ausbildung-im-ausland/sprachpruefung/>, eingesehen am 2.5.2018.

Österreichische Zahnärztekammer (2016b): Anmeldeformular - Anmeldung zur „Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Zahnärztekammer“

<http://wr.zahnaerztekammer.at/zahnaerztinnen/infocenter/ausbildung-im-ausland/sprachpruefung/>, eingesehen am 2.5.2018.

Socialstyrelsen (2018): Doctor of Medicine Various ways to obtain a licence. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/en/educated-outside-eu-and-eea/doctor-of-medicine/various-ways-to-obtain-a-licence>, eingesehen am 2.6.2018.

Socialstyrelsen (2017): Dental Practitioner: Various ways to obtain a licence <https://legitimation.socialstyrelsen.se/en/educated-outside-eu-and-eea/dental-practitioner/various-ways-to-obtain-a-licence>, eingesehen am 2.6.2018.

Statistisches Bundesamt (2019): Pressemitteilung: 20 % mehr ausländische Berufsabschlüsse im Jahr 2018 anerkannt vom 21.8.2019

[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19\\_315\\_212.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_315_212.html), eingesehen am 5.9.2019.

Steele, Claude M (2010) Whistling Vivaldi: How Stereotypes Affect Us and What We Can Do; Norton.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2017): Fast tracks in Sweden –a multi stakeholder approach to labour market integration, [https://www.ceep.eu/ceep-at-the-eu-dialogue-on-skills-and-migratoon-integrating-refugees-and-other-migrants-into-the-labour-market/salar\\_fast\\_tracks\\_sweden/](https://www.ceep.eu/ceep-at-the-eu-dialogue-on-skills-and-migratoon-integrating-refugees-and-other-migrants-into-the-labour-market/salar_fast_tracks_sweden/), eingesehen am 2.2.2018.

Wiener Zeitung (2018a): Medizin Aufnahmetest: Heuer 12.600 Teilnehmer für 1.680 Plätze.  
[https://www.wienerzeitung.at/themen\\_channel/bildung/uni/975613\\_Heuer-12.600-Teilnehmer-fuer-1.680-Plaetze.html](https://www.wienerzeitung.at/themen_channel/bildung/uni/975613_Heuer-12.600-Teilnehmer-fuer-1.680-Plaetze.html), eingesehen am 15.7.2018.

Wiener Zeitung (2018b): Ärzteausbildung: "Wir verlieren 38 Prozent der Medizinabsolventen".  
[https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/998054\\_Wir-verlieren-38-Prozent-der-Medizinabsolventen.html](https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/998054_Wir-verlieren-38-Prozent-der-Medizinabsolventen.html), eingesehen am 5.8.2018.

Wiener Zeitung (2018c): Ärzte dürfen Ärzte einstellen: Durchbruch bei Ärztegesetz.  
[https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/995162\\_Durchbruch-bei-Aerztegesetz.html](https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/995162_Durchbruch-bei-Aerztegesetz.html), eingesehen am 10.10.2018.

Wolf, Christof / Best, Henning (2010) Lineare Regressionsanalyse; in: Wolf/Best (Hg) 2010:607-638 [http://www.handbuch-datenanalyse.de/sites/default/files/Wolf\\_Best\\_2010-Kap24.pdf](http://www.handbuch-datenanalyse.de/sites/default/files/Wolf_Best_2010-Kap24.pdf), 2010-10-27.

Wolf, Christof / Best, Henning (Hg) (2010) Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse; VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## 11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1 Leerstehende Hausarztpraxen.....	3
Tabelle 7.1 Befragte nach Beruf und Geburtsstaat .....	35
Tabelle 7.2 Befragte nach Beruf, Geschlecht und Geburtsdekade.....	36
Tabelle 7.3 Befragte nach Geburtsort und Studienort.....	37
Tabelle 7.4 Befragte nach Geburtsort und Studienort, wenn bei fehlendem Studienort angenommen wird, er sei gleich dem Geburtsort gewesen.....	37
Tabelle 7.5 Befragte nach Beruf, Geschlecht und Studienort .....	38
Tabelle 7.6 Befragte nach Studienort und Aufenthaltsbeginn in Österreich.....	39
Tabelle 7.7 Rechtsstatus und Beruf.....	40
Tabelle 7.8 Regressionsanalyse des bis zum Befragungstermin erreichten Verfahrensschritts (Verfahrensschritte 1 bis 6).....	44
Tabelle 7.9 Anzahl Befragte und ihre bis zum Befragungszeitpunkt absolvierten Verfahrensschritte nach dem Vorliegen einer Zeitangabe für den jeweiligen Verfahrensschritt und dem Beruf.....	47
Tabelle 7.10 Die bis zur Befragung vollzogenen Verfahrensschritte und ihre Dauer .....	47
Tabelle 7.11 Von den befragten HumanmedizinerInnen genannte Prüfungen, die sie neben den obligatorischen absolvieren mussten oder müssen.....	54
Tabelle 7.12 Von den befragten ZahnmedizinerInnen genannte Prüfungen, die sie neben den obligatorischen absolvieren mussten oder müssen.....	54
Tabelle 7.13 Die durchschnittliche Anzahl an auferlegten Prüfungen außer den obligatorischen und die Anzahl der Befragten nach dem Staat, in dem das Studium abgeschlossen wurde, sowie dem Beruf.....	55
Tabelle 7.14 Ergebnisse von drei Varianten der Regressionsanalyse der Anzahl der neben den obligatorischen zusätzlich auferlegten Prüfungen.....	58
Tabelle 7.15 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der Anzahl der Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Arbeitstraining bzw. einem Praktikum.....	62
Tabelle 7.16 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der selbst eingeschätzten beruflichen und einer Variante der selbst eingeschätzten alltäglichen Deutschkenntnisse .....	66
Tabelle 7.17 Fairnessbewertung des ärztlichen Nostrifizierungsverfahrens nach ärztlichem Beruf.....	67
Tabelle 7.18 Ergebnisse von zwei Varianten der Regressionsanalyse der Fairnessbewertung des ärztlichen Nostrifizierungsverfahrens .....	68

## 12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5.1 Organigramm Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, Anlaufstellen für Personen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen .....	20
Abbildung 7.1 Absolvierte Verfahrensschritte bis zum Befragungszeitpunkt.....	43
Abbildung 7.2 Verteilung der 378 auferlegten Prüfungen über die Prüfungshäufigkeiten und die Berufe .....	52
Abbildung 7.3 Durchschnittliche Einschätzung der eigenen beruflichen bzw. alltäglichen Deutschkenntnisse nach dem bis zur Befragung erreichten Verfahrensschritt .....	64