

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
der Universität Tübingen

Inaugural-Dissertation

**Soziokulturelle und berufliche Integration von
ausländischen Ärzt*innen in der ambulanten Versorgung in
Deutschland**

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Gresser, Angelina Jacqueline

2022

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos

2. Berichterstatter: Professorin Dr. N. Celebi

Tag der Disputation: 10.10.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1. Die ambulante Versorgungslage in Deutschland	1
1.2. Aktuelle Entwicklungen der Arztzahlen in Deutschland	3
1.3. Gesetzliches Prozedere der Anerkennung ausländischer Ärzt*innen	6
1.4. Migrationserfahrungen von Ärzt*innen in der internationalen Forschung	9
1.5. Ziel und Fragestellung	11
2. Methoden	12
2.1. Studiendesign	12
2.2. Ablauf	12
2.3. Instrumentenentwicklung	12
2.4. Rekrutierung/Kollektiv	14
2.5. Durchführung der Interviews	19
2.6. Transkription	19
2.7. Analyse des Materials	20
2.8. Datenschutz und Ethik	21
2.9. Die Person der Forscherin im Forschungsprozess	22
3. Ergebnisse	23
3.1. Aufbruch	23
3.1.1 Gründe für die Migration	23
3.1.2 Migrationsbedingte (biographische) Verzögerung	27
3.2. DesOrientierung	30
3.2.1 Sprache und Verständigung	30
3.2.2 Administrative Aufgaben	33
3.2.3 Meistern von Herausforderungen	37
3.3. Adaptation	38
3.3.1 Anpassung an das Gesundheitssystem in Deutschland	38
3.3.2 Berufliche Integration	46
3.3.3 Soziale Integration	54
4. Diskussion	60
4.1. Diskussion der Methodik	60
4.1.1 Rekrutierung und Sample	60
4.1.2 Interviews	62

4.2.	Diskussion der Ergebnisse	63
4.2.1	Der Prozess der Migration: Push- und Pullfaktoren	63
4.2.2	Problembereiche der Integration	64
4.2.3	Lösungsansätze	75
4.2.4	Schlussfolgerung und Ausblick	86
5.	Zusammenfassung	88
6.	Literaturverzeichnis	90
7.	Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift	108
8.	Veröffentlichungen.....	109
9.	Danksagungen	110
10.	Anhang	111
	Anhang: Interviewleitfaden.....	111
	Anhang: Interviewleitfaden für das Programm Mais Médicos	114
	Anhang: Einverständniserklärung	117
	Anhang: Kategoriensystem	118
	Anhang: Flyer.....	120

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Berufstätige ausländische Ärzt*innen in Deutschland.....	4
Abbildung 2: Prozedere der Approbationserteilung für ausländische Ärzt*innen.....	8
Tabelle 1: Leitfadenstruktur	13
Tabelle 2: Demographische Eigenschaften des Samples.....	17
Tabelle 3: Überblick Push-Faktoren	25
Tabelle 4: Überblick Pull-Faktoren.....	27
Tabelle 5: Migrationsbedingte Faktoren einer biographischen Verzögerung.....	29
Tabelle 6: Integrationshindernisse	59
Tabelle 7: Strukturierende Maßnahmen	76
Tabelle 8: Relevante Aspekte einer Vermittlungsagentur.....	77
Tabelle 9: Spezifische Themenvorschläge für Vorbereitungskurse für Allgemeinmedizin	78
Tabelle 10: Individuelle Vorbereitungskurse	81
Tabelle 11: Persönliche Unterstützung.....	85
Tabelle 12: Zusammenfassung Lösungsansätze	87

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄO	Bundesärzteordnung
BIPoC	Black Indigenous People of Color
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COREQ	Konsolidierte Kriterien für die Berichterstattung über Qualitative Forschung (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)
D	Deutschland
d. Verf.	die Verfasserin
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FSP	Fachsprachenprüfung
IMG	International Medical Graduates (Internationale Medizinabsolvent*innen)
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KWBW	Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PoC	People of Color
SAM	Sprachtest für ausländische Mediziner*innen
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1. Die ambulante Versorgungslage in Deutschland

Mit über 400 Ärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen gehörte Deutschland 2017 zu den Ländern der Erde mit der höchsten Ärztedichte ("Deutschland hat im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte," 2020). Die Ärztedichte in Baden-Württemberg (447 Ärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen) und Hessen (451/100.000) lag dabei im Vergleich der Bundesländer leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt (461/100.000) (Klose & Rehbein, 2017, S. 16).

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) dokumentierte im Ärzteatlas 2017 die Versorgungsdichte in 967 Planungsbereichen in ganz Deutschland. Dabei hatten laut der formalen Bedarfsplanung 383 Planungsbereiche eine Deckung der hausärztlichen Versorgungsdichte von >110%, was als Überversorgung definiert ist (Klose & Rehbein, 2017, S. 33). Es zeigte sich aber, dass es große Unterschiede zwischen den Planungsbereichen gibt. Während insbesondere die Stadtstaaten und andere städtische Planungsbereiche überversorgt waren, herrschte in vielen ländlichen Bereichen eine Unterversorgung von Hausärzt*innen (Klose & Rehbein, 2017, S. 31). Laut der aktuellen Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gab es 2021 in Baden-Württemberg 26 (von 103) Planungsbereiche mit einer Versorgungsdichte von <90% an Hausärzt*innen (KVBW, 2021). 2016 waren es nur 11 Planungsbereiche mit einer Versorgungsdichte von <90% (KVBW, 2016). Das heißt, in den letzten fünf Jahren hat sich die Zahl der unterversorgten Planungsbereiche in Baden-Württemberg mehr als verdoppelt.

Zukünftig wird sich dieses Problem vermutlich weiter verschärfen. Die Allgemeinmedizin entwickelt sich zudem zu einer „weiblichen“ Fachrichtung (van den Bussche, 2019). Ärztinnen arbeiten aus familiären Gründen öfter in Teilzeit, daher sind deutlich mehr Ärzt*innen nötig, um dieselbe Zahl an ärztlichen Stellen abzudecken (Roos et al., 2011; van den Bussche, 2019). Gleichzeitig altert die Bevölkerung in Deutschland, was zu erhöhter Morbidität und mehr Arbeitsaufwand pro Patient*in führt (Kopetsch, 2010, S. 127–140). Erschwerend kommt hinzu, dass bereits 2016 fast ein Drittel der Hausärzt*innen über 60 Jahre alt war. Daher werden in den nächsten Jahren vermehrt Ärzt*innen in den Ruhestand gehen, ohne dass Nachfolger*innen feststehen (Klose & Rehbein, 2017, S. 36). Eine aktuelle Studie der

Robert-Bosch-Stiftung schätzt, dass bis 2035 bundesweit über 10.800 Hausarztstellen unbesetzt bleiben werden (Nolting et al., 2021, S. 39).

Um dieser Entwicklung zu begegnen, gibt es aktuell mehrere Strategien:

1. Mehr Ausbildung: Der „Masterplan Medizinstudium 2020“ zielt darauf ab, die ländliche hausärztliche Versorgung zu stärken, indem der Allgemeinmedizin ein größerer Stellenwert im Studium eingeräumt wird und Studierende, die sich in ländlichen Regionen niederlassen wollen, stärker gefördert werden sollen (Kultusministerkonferenz, 2017). Aktuell liegt nur ein Referentenentwurf vor, aber bis 2025 soll die novellierte Approbationsordnung in Kraft treten (Richter-Kuhlmann, 2021a, 2021b). In einer Studie von Deutsch et al. entschieden sich Studierende, die viel und frühen Kontakt mit allgemeinmedizinischen Lehrangeboten hatten, häufiger für eine Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin als Studierende ohne solche Angebote (Deutsch et al., 2014). Es kann also angenommen werden, dass solche Bemühungen auch im größeren Rahmen erfolgreich sein könnten.
2. Anreize schaffen: In einigen Bundesländern sind „Landarztquoten“ geplant oder bereits festgeschrieben (Beerheide, 2020). Eine weitere Maßnahme sind Stipendien für Medizinstudierende, die sich verpflichten, nach dem Abschluss einige Jahre in ländlichen Regionen zu arbeiten („Stipendium in Brandenburg soll gegen Ärztemangel helfen,” 2019). Ob dies eine längerfristige Lösung darstellt, ist jedoch fraglich, da Ärzt*innen, die freiwillig in ländlichen Gegenden arbeiten, dort wahrscheinlicher auf Dauer bleiben, als Ärzt*innen, die über solche Verträge dazu verpflichtet werden (Sempowski, 2004).
3. Anwerbung ausländischer Ärzt*innen: Bereits jetzt ist das Gesundheitssystem in Deutschland zunehmend abhängig von ausländischen Ärzt*innen. Besonders in ostdeutschen Krankenhäusern werden speziell Ärzt*innen aus Osteuropa angeworben, um Personalmängeln an Standorten zu begegnen, die bei deutschen Kolleg*innen unbeliebt sind (Kopetsch, 2009). Auch im ambulanten Bereich lässt sich diese Entwicklung beobachten. In Sachsen beispielsweise gibt es seit 2012 das Programm „*Bienvenido in Sachsen*“, in welchem erfahrene Ärzt*innen aus Spanien in sächsischen Praxen eingearbeitet werden, die sie dann übernehmen sollen („Erster spanischer Arzt übernimmt Hausarztpraxis in Sachsen,” 26.07.13).

Zusammenfassend kann also angenommen werden, dass sich die hausärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land in Zukunft weiter verschlechtern wird, auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass Allgemeinmedizin und insgesamt Arbeit in der ambulanten Versorgung tendenziell attraktiver für Medizinstudierende werden (Jacob et al., 2018, S. 48; S. 57). Die vermehrte Ausbildung von Ärzt*innen wird jedoch laut Berechnung von Hahn & Steinhäuser erst in ca. elf Jahren Effekte zeigen (Hahn & Steinhäuser, 2019). Bis diese Studierenden also die hausärztliche Versorgung unterstützen können, sind Ärzt*innen aus dem Ausland eine wichtige Entlastung.

1.2. Aktuelle Entwicklungen der Arztlzahlen in Deutschland

Im internationalen Vergleich gehört Deutschland bisher nicht zu den Ländern mit einem hohen Anteil an migrierten Ärzt*innen. In England beispielsweise beträgt der Anteil an migrierten Ärzt*innen knapp 30% (Baker, 2021). In Deutschland dagegen sind es aktuell ca. 13,7% aller berufstätigen Ärzt*innen (Bundesärztekammer, 2020). Allerdings stieg die absolute Zahl der migrierten Ärzt*innen insbesondere in den letzten zehn Jahren rasant an. Im Jahr 2020 waren 56.107 migrierte Ärzt*innen berufstätig in Deutschland (Bundesärztekammer, 2020). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das eine Steigerung von 6,8% bzw. einen Zuwachs von ca. 3.585 Ärzt*innen (Bundesärztekammer, 2020).

Im Folgenden werden die Begriffe „ausländische Ärzt*innen“, „migrierte Ärzt*innen“ und „International Medical Graduates“ (IMGs) synonym genutzt für Ärzt*innen, die ihre Ausbildung im Ausland gemacht haben.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzt*innen in Deutschland. Das Diagramm wurde anhand der statistischen Daten der Bundesärztekammer erstellt.

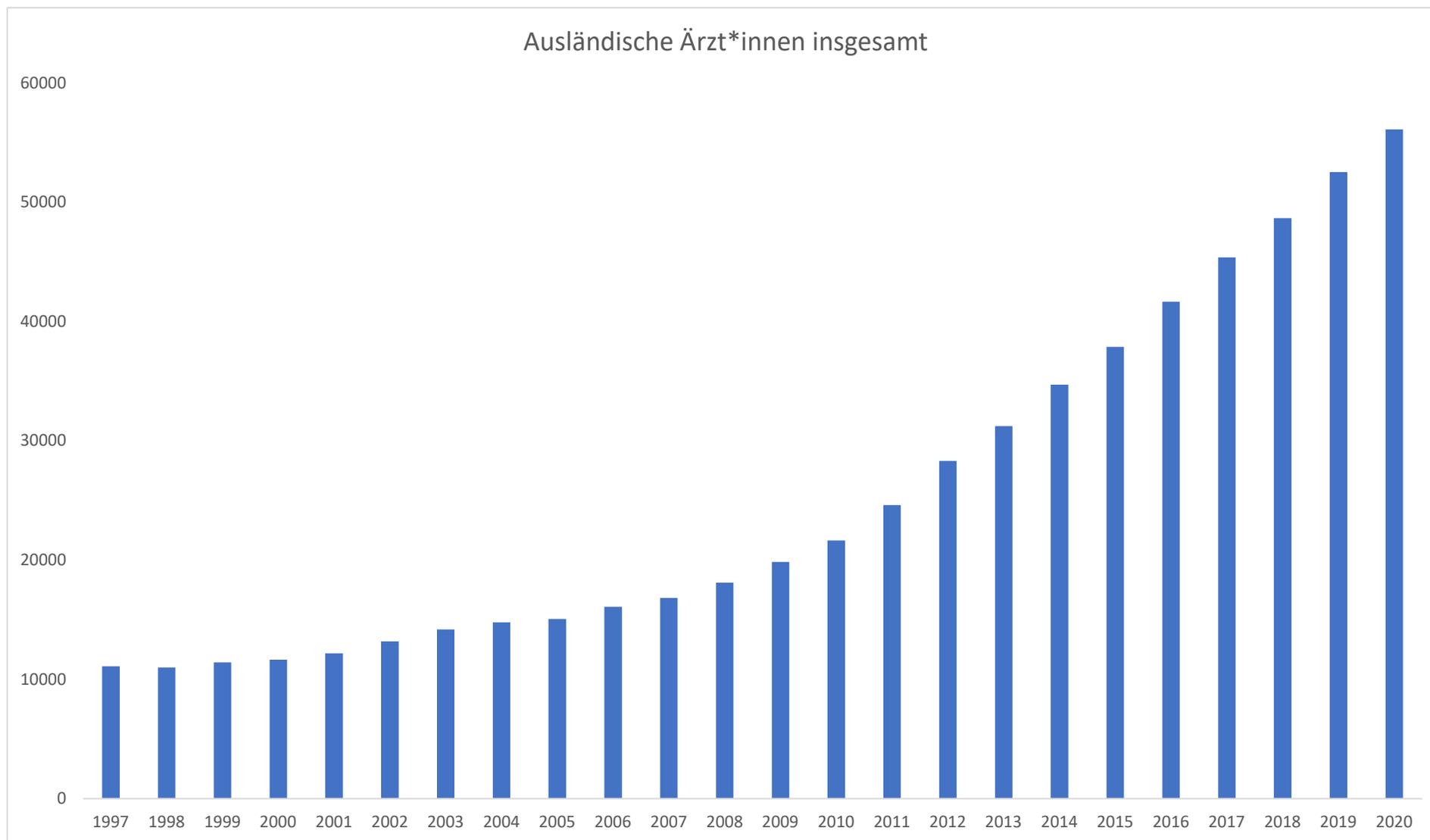


Abbildung 1: Berufstätige ausländische Ärzt*innen in Deutschland

Der größte Teil der ausländischen Ärzt*innen in Deutschland kam 2020 aus Syrien (4.970), Rumänien (4.514), Griechenland (2.723), der Russischen Föderation (2.424) und Österreich (2.415) (Bundesärztekammer, 2020). Die zahlenmäßige Rangfolge der Herkunftsländer ändert sich von Jahr zu Jahr geringfügig, aber der größte Zustrom kommt anhaltend aus den europäischen Staaten und Asien (Bundesärztekammer, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020).

Ognyanova und Busse (2011) weisen dabei darauf hin, dass die vorhandenen Daten nur einen Rückschluss auf die Nationalität der Ärzt*innen geben – wo sie geboren wurden und ihre Ausbildung gemacht haben, wird nicht erfasst. Deshalb tauchen auch Ärzt*innen in dieser Statistik auf, die ihre Ausbildung in Deutschland gemacht haben und beruflich eigentlich als Inländer*innen gelten müssten. Es ist daher anzunehmen, dass die Zahl an Ärzt*innen, die eine Integration ins deutsche Gesundheitssystem benötigten, leicht unter den offiziellen Zahlen liegt (Vgl. Ognyanova & Busse, 2011, S. 212). Das Problem fehlender offizieller Daten zu Migrationsströmen von Ärzt*innen ist auch aus anderen Ländern bekannt (Aluttis et al., 2014).

Die meisten der migrierten Ärzt*innen arbeiten in Kliniken, allerdings wächst der Anteil an ambulant tätigen Ärzt*innen stetig. Die absolute Anzahl an ausländischen Ärzt*innen im ambulanten Bereich ist von 2019 auf 2020 um ca. 5% gestiegen (Bundesärztekammer, 2019, 2020). Damit waren 2020 ca. 12% der migrierten Ärzt*innen im ambulanten Bereich tätig (Bundesärztekammer, 2020). Zum Vergleich: Zur selben Zeit waren knapp 40% der deutschen Ärzt*innen ambulant tätig (Bundesärztekammer, 2020).

Bisher gibt es keine Zahlen dazu, wie viele der Ärzt*innen in der hausärztlichen Betreuung arbeiten. Zwar sank der Erstzugang an Allgemeinmediziner*innen aus Europa in den letzten Jahren leicht, allerdings ist anzunehmen, dass ein Teil der Ärzt*innen im ambulanten Bereich auch vermehrt in der hausärztlichen Versorgung tätig ist (Bundesärztekammer, 2015, 2016, 2017, 2019, 2020).

1.3. Gesetzliches Prozedere der Anerkennung ausländischer Ärzt*innen

Wer in Deutschland einen ärztlichen Beruf ausüben will, braucht dafür eine Approbation, was einer Genehmigung zur Berufsausübung entspricht. Die Voraussetzungen für eine Approbation regelt §3 der Bundesärzteordnung (BÄO). Bis 2012 war die Approbation deutschen und EU-Staatsangehörigen vorbehalten, Nicht-EU-Staatsangehörige hatten nur die Möglichkeit einer auf sieben Jahre befristeten Berufserlaubnis, um in Deutschland ärztlich tätig zu sein. Eine selbstständige ärztliche Tätigkeit war damit nicht möglich, sondern nur eine Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung (Yamamura, 2009). Inzwischen ist dieser Punkt entfallen und auch Nicht-EU-Ausländer*innen können eine Approbation erlangen (Vgl. § 3 BÄO).

Um eine Approbation zu beantragen, wird eine Gleichwertigkeitsprüfung benötigt, in der kontrolliert wird, ob die im Ausland bestandene Ausbildung gleichwertig zu der in Deutschland ist. Die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates regelt die Anerkennung von Ärzt*innen aus der EU, dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz. Für sie gilt das Verfahren der automatischen Anerkennung. Wenn sie die Bedingungen von §3 BÄO erfüllen, können sie einen Antrag auf Approbation beim zuständigen Regierungspräsidium stellen, der in der Regel angenommen wird, wenn alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden. Falls sie nicht an einer deutschsprachigen Universität ausgebildet wurden, benötigen sie zusätzlich eine Fachsprachenprüfung (FSP). In Baden-Württemberg wird diese beispielsweise von den Bezirksärztekammern durchgeführt (Regierungspräsidien Baden-Württemberg).

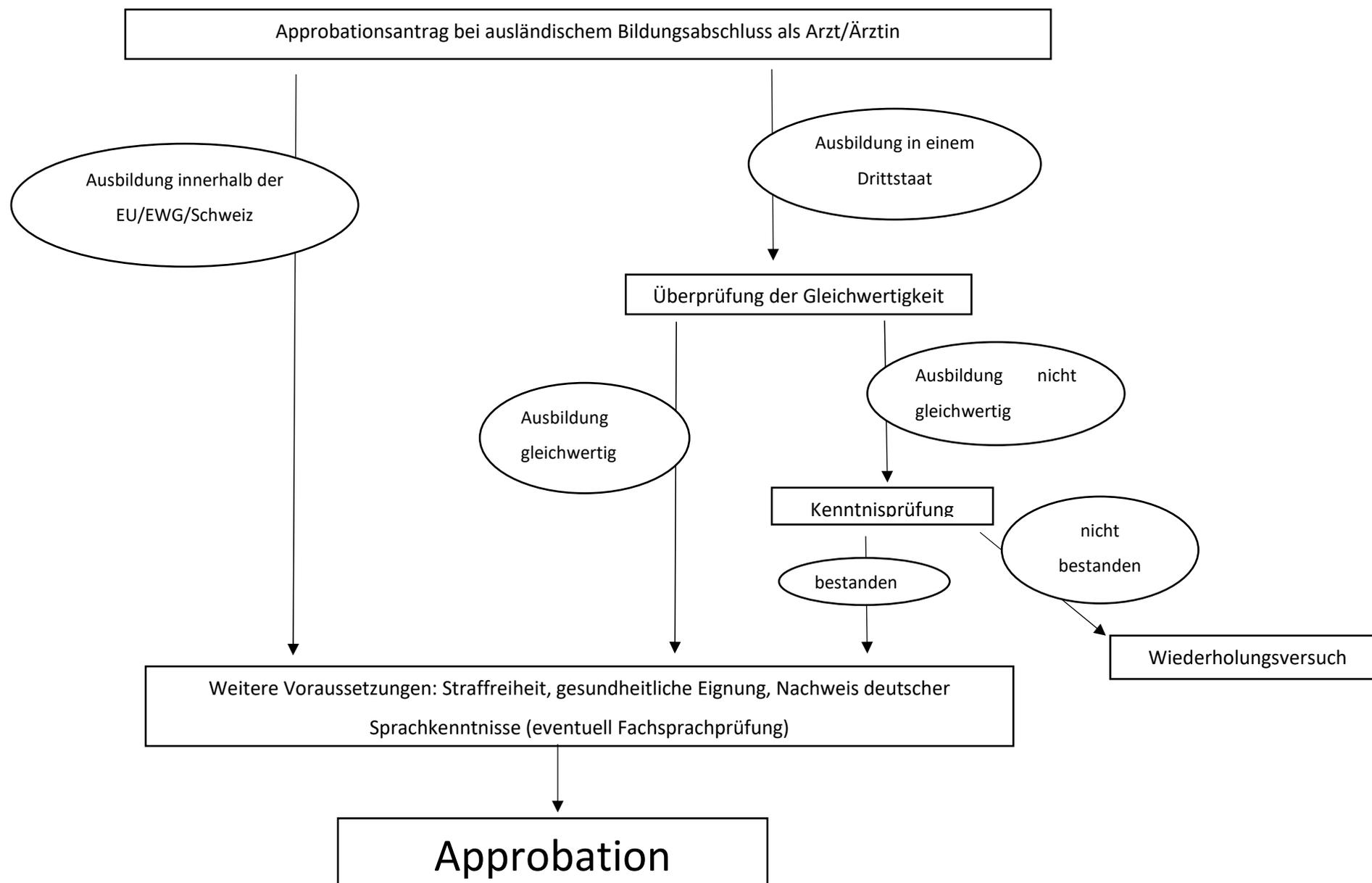
Bei Nicht-EU/EWR/Schweiz-staatsangehörigen Ärzt*innen wird der Abschluss nur selten als gleichwertig eingeschätzt. Sie müssen dann eine Kenntnisprüfung ablegen, um das erforderliche ärztliche Wissen nachzuweisen. In §37 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ist der zeitliche und thematische Umfang dieser Prüfung geregelt. Es soll eine Patientenvorstellung erfolgen und die Kenntnisprüfung kann zweimal wiederholt werden. Die Schwerpunkte der Prüfung liegen auf den Fächern Innere Medizin und Chirurgie, außerdem werden Notfallmedizin, Bildgebende Verfahren, Klinische Pharmakologie, Strahlenschutz und Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung abgefragt (Vgl. § 37 Absatz 1 ÄApprO).

Bisher ist die Kenntnisprüfung auf Bundesländerebene geregelt. Die Landesärztekammern fordern eine einheitliche Regelung (Richter-Kuhlmann, 2019).

Die Nicht-EU-Ärzt*innen müssen in der Regel ebenfalls eine Fachsprachenprüfung (FSP) ablegen und brauchen nach § 4 Aufenthaltsgesetz zusätzlich meist einen Aufenthaltstitel, also ein Visum oder eine Aufenthaltserlaubnis (Vgl. § 4 AufenthG).

Bis vor wenigen Jahren war auch die Fachsprachenprüfung in Deutschland von den Bundesländern geregelt, weshalb die Bedingungen von Land zu Land unterschiedlich waren. Die meisten Bundesländer verlangten ein B2-Sprachniveau. Dieses stellte sich allerdings im Alltag als nicht praxistauglich heraus, da es für die Kommunikation mit Patient*innen nicht ausreichend war (Farhan, 2013). Im Juni 2014 hat die Gesundheitsministerkonferenz eine einheitliche Regelung beschlossen. Seither müssen in der Fachsprachenprüfung allgemeine Sprachkenntnisse im Niveau B2 und Fachsprachkenntnisse Medizin angelehnt an das Niveau C1 nachgewiesen werden (Protschka & Hillienhof, 2014). Allerdings gibt es bisher keine deutschlandweiten Standards, wie die FSP durchgeführt werden soll. Die Bundesländer handhaben es unterschiedlich, teilweise werden beispielsweise der Test „Deutsch B2-C1 Medizin“ der *telc gGmbH* und der „Patientenkommunikationstest“ der *Freiburg International Academy* anerkannt (Vgl. Bever et al., 2015, S. 27). In Bayern gibt es aktuell Bemühungen, einen standardisierten Sprachtest für ausländische Mediziner*innen (SAM) zu entwickeln, um eine gleichbleibende Qualität von Fachsprachenprüfungen zu garantieren (Lenz et al., 2019).

Abbildung 2 wurde auf Basis eines Flyers des Landesgesundheitsamts Baden-Württembergs erstellt: *„Informationen zur Anerkennung von ausländischen Bildungsabschlüssen als Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Apothekerin/Apotheker“* (siehe Anhang). Sie zeigt ein Flussdiagramm zur Veranschaulichung, wie die Erteilung der Approbation für Ärzt*innen mit ausländischem Bildungsabschluss abläuft/ablaufen kann.



1.4. Migrationserfahrungen von Ärzt*innen in der internationalen Forschung

Die Gründe für Migrationsbemühungen von Ärzt*innen sind Gegenstand von diversen internationalen (Clarke et al., 2017; Ramos & Alves, 2017; Suciú et al., 2017) und deutschen Studien (Ognyanova et al., 2014; Ognyanova & Busse, 2011; Schumann et al., 2019). Dabei zählen berufliche, finanzielle und familiäre Gründe zu den Hauptfaktoren für eine Migrationsentscheidung (Pang et al., 2002; Schumann et al., 2019; Sharma et al., 2012).

Die Zielländer ärztlicher Migration waren bisher vor allem die USA, Australien, Kanada und Großbritannien. Die Gesundheitssysteme in diesen Ländern sind verstärkt abhängig von Ärzt*innen aus dem Ausland, daher wird dort seit Jahrzehnten viel zu ärztlicher Migration und Integration geforscht (Dodani & LaPorte, 2005). Wong et al. identifizierten einen 3-Phasen-Prozess, den migrierte Ärzt*innen in ihrer beruflichen Integration durchlaufen: Verlust, Desorientierung und Adaptation (Wong & Lohfeld, 2008). In diesem theoretischen Modell können in den drei Phasen verschiedenartige Schwierigkeiten für die Ärzt*innen beobachtet werden.

Die internationalen Studien weisen auf spezifische Bedürfnisse von IMGs (International Medical Graduates) für eine gelingende Integration in das Gesundheitssystem des Ziellandes hin. Deutlich wird ein Hilfsbedarf bei der Einfindung in den rechtlichen und medizinkulturellen Rahmen des neuen Gesundheitswesens (Curran et al., 2008; Slowther et al., 2012). Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Problematik von soziokulturellen Unterschieden, da insbesondere Ärzt*innen aus anderen Kulturkreisen auf soziokulturelle Hindernisse in der Arzt-Patienten-Beziehung und auch in der Kommunikation mit Kolleg*innen stoßen (Chen et al., 2010; Narumoto et al., 2012; Searight & Gafford, 2006; Slowther et al., 2012). Ein weiterer Bedarf ist die Unterstützung beim Lernen der Sprache (Hall et al., 2004; Skjeggstad et al., 2015). Betont wird außerdem, dass Integrationsprozesse Zeit brauchen (Curran et al., 2008). Diskriminierung durch Patient*innen (Chen et al., 2010; McDonnell & Usherwood, 2008), Kolleg*innen (Chen et al., 2010) und teilweise durch Institutionen (Jirovsky et al., 2015; Moberly, 2014; Rimmer, 2017) wird als schwerwiegendes Problem genannt. Weiterhin wird von Schwierigkeiten beim Anerkennungsprozess berichtet (Skjeggstad et al., 2015; Young et al., 2014). Der Anerkennungsprozess führt teilweise zu einer Herabstufung

des beruflichen Status (Jirovsky et al., 2015). Auch die Fortbildungsmöglichkeiten werden häufig als eingeschränkt wahrgenommen (Chen et al., 2010; Humphries et al., 2014; Legido-Quigley et al., 2015).

Darüber hinaus gibt es spezifische Bedürfnisse von migrierten Ärzt*innen, die im ambulanten Setting und/oder in ländlichen Gebieten arbeiten. In Australien scheint für die Integration in ländlichen Gegenden für die IMGs besonders wichtig zu sein, Unterstützung von Kolleg*innen zu bekommen und in der Gemeinde angenommen zu werden (Han & Humphreys, 2005). In Kanada scheint hauptsächlich Unterstützung in Bezug auf Sprache, Einfeldung in den rechtlichen und kulturellen Rahmen des Gesundheitssystems und Vorbereitung auf soziokulturelle Unterschiede nötig zu sein (Triscott et al., 2016). Inwiefern diese Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind, ist aktuell nicht bekannt.

Zwar gibt es in Deutschland bereits seit Längerem spezielle Vorbereitungskurse für ausländische Ärzt*innen (Hahn & Steinhäuser, 2019; Klug, 2006), aber zu den Schwierigkeiten ärztlicher Integration gibt es erst seit wenigen Jahren Evidenz aus Deutschland. Zu den hier aufkommenden Problematiken gehören unter anderem fehlendes Wissen der migrierten Ärzt*innen in den Bereichen der Sprache und der Organisation des Gesundheitssystems (Hohmann et al., 2018; Jansen et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016). Auch wurde von soziokulturellen Schwierigkeiten im Umgang mit Patient*innen und Kolleg*innen berichtet (Klingler & Marckmann, 2016). Diese umfassen unter anderem Diskriminierungserfahrungen und Misstrauen bezüglich der fachlichen Kompetenzen der Ärzt*innen (Hohmann et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016; Kovacheva & Grewe, 2015). Ein weiteres Thema waren Probleme mit deutschen Behörden und Arbeitgeber*innen. Insbesondere Nicht-EU-Ärzt*innen bemängelten das Fehlen von Standards und Transparenz bei der Anerkennung (Kovacheva & Grewe, 2015; Loss et al., 2020). Außerdem wurde in den durchgeführten Interviews auf eine große Arbeitsbelastung und fehlende Aufstiegsmöglichkeiten hingewiesen (Hohmann et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016). Die Ergebnisse decken sich somit weitestgehend mit den aus der internationalen Forschung bekannten Problematiken migrierter Ärzt*innen.

1.5. Ziel und Fragestellung

Wie bereits beschrieben, ist anzunehmen, dass auch in Zukunft der Anteil von im Ausland ausgebildeten Ärzt*innen in Deutschland weiter steigen wird.

Die bisher durchgeführten Studien in Deutschland sind entweder explizit auf Klinikärzt*innen ausgelegt oder fokussieren nicht auf ambulant arbeitende Ärzt*innen. Im ambulanten Bereich und speziell zu hausärztlich tätigen Ärzt*innen gibt es in Deutschland bisher keine Studien. Dies wurde bereits 2014 in einem Artikel von Hänel und Jansen bemängelt (Hänel & Jansen, 2014).

Die vorliegende Arbeit soll ein erster Schritt sein, um diese Lücke zu schließen. Sie befasst sich mit migrierten, im ambulanten Bereich tätigen Ärzt*innen in Deutschland und ihrer Sicht auf ihre soziokulturelle und berufliche Integration. Ein besonderer Fokus soll dabei auf spezifischen Problembereichen und den benötigten Unterstützungsangeboten liegen.

Die Arbeit basiert auf folgenden konkreten Fragestellungen:

- Wie nehmen ausländische Ärzt*innen, die im ambulanten Bereich in Deutschland arbeiten, ihre eigene berufliche und soziale Integration wahr?
- Welche besonderen Hürden haben ausländische Ärzt*innen im ambulanten Bereich und wo liegen die Unterschiede zum stationären Setting?
- Werden die Bedarfe durch bestehende Unterstützungsangebote gedeckt? Welche weiteren bzw. ungedeckten Bedarfe werden gesehen?

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um Empfehlungen zu erstellen, die zum Abbau organisatorischer und struktureller Eintrittsbarrieren von ausländischen Ärzt*innen im hausärztlichen Bereich beitragen sollen.

2. Methoden

Das vorliegende Kapitel zur Methodik wurde mithilfe des COREQ Item-Katalogs erarbeitet. (vgl. Tong et al. 2007).

2.1. Studiendesign

Da es sich bei den Bedarfen migrierter ambulant tätiger Ärzt*innen in Deutschland um ein wenig erforshtes Gebiet handelt, wurde ein exploratives Studiendesign gewählt.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie mit leitfadengestützten Einzelinterviews. Ein qualitativer Ansatz eignet sich besonders für Forschung in wenig untersuchten Gebieten. Dabei sollen nicht bereits vorhandene Ergebnisse quantifiziert werden, sondern das menschliche Erleben soll in seiner ganzen Komplexität wissenschaftlich erfasst werden (Cleland, 2017). Wie Lamnek und Krell schreiben, versteht sich *„Qualitative Sozialforschung [...] im Gegensatz zur quantitativen Vorgehensweise nicht als Hypothesen prüfendes, sondern als Hypothesen generierendes Verfahren.“* (Lamnek & Krell, 2016, S. 34)

Es werden die im vorherigen Kapitel genannten Forschungsziele verfolgt.

2.2. Ablauf

Die Arbeit an der Studie wurde 2016 aufgenommen und der Ethikantrag wurde Ende 2016 eingereicht. Anfang 2017 wurde der Ethikantrag mit der Projektnummer 724/2016BO2 bewilligt, sodass im Frühjahr mit der Rekrutierung begonnen werden konnte. Die Interviews wurden im Zeitraum von Februar bis September 2017 durchgeführt. Die Transkription erfolgte im Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung in Tübingen bis zum Jahresende. Anschließend wurden bis Sommer 2018 die Daten ausgewertet.

2.3. Instrumentenentwicklung

Die Grundlage des erarbeiteten Studiendesigns war eine Studie zum Mais Médicos Programm in Brasilien, die sich bei Entstehung des Studiendesigns in Durchführung befand.

Mais Médicos („Mehr Ärzte“) war ein Gesundheitsprogramm der brasilianischen Regierung, das 2013 eingeführt wurde (Oliveira et al.; PAHO/WHO, 2016). Um dort dem Problem des Ärztemangels auf dem Land entgegenzusteuern, wurden

Ärzt*innen aus Kuba, wo ein Überschuss an Ärzt*innen besteht, angeworben. Parallel dazu erforschte eine Studie, wie die teilnehmenden Ärzt*innen in Brasilien integriert wurden (Lidola & Borges, 2018).

Der dort verwendete Interviewleitfaden diente als Basis für den Leitfaden der vorliegenden Arbeit. Die Übersetzung erfolgte durch eine Muttersprachlerin. Da der brasilianische Leitfaden sehr soziologisch orientiert war und zeitintensive Interviews erforderte, wurde er für die vorliegende Arbeit im Forschungsteam an die Forschungsfragen und die Situation in Deutschland angepasst und gekürzt.

Tabelle 1 gibt einen vereinfachten Überblick über die beiden Leitfäden im Vergleich. Die vollständigen Leitfäden finden sich im Anhang.

Tabelle 1: Leitfadenstruktur

Mais Médicos Leitfaden	Leitfaden der vorliegenden Arbeit
1. Entscheidung über die Teilnahme an dem Programm Mais Médicos	-
2. Soziodemographische Eigenschaften	1. Soziodemographische Eigenschaften und familiärer Status
3. Sozial familiärer Status	
4. Aktuelle Wohnsituation – Integration, Umgang und soziales Zusammenleben im Wohnviertel, Stadtgemeinde und Stadt	2. Integration und soziales Zusammenleben in der Gemeinde
5. Freizeitgestaltung	
6. Arbeitssituation in Brasilien	3. Arbeitssituation in Deutschland
7. Wahrnehmung des Gesundheitssystems in Brasilien	4. Wahrnehmung/Beurteilung des Gesundheitssystems in Deutschland
8. Beziehungen mit den Patienten	5. Beziehungen mit den Patient*innen und anderen Ärzt*innen
9. Subjektive Bewertung des Migrationsprojekts	6. Subjektive Bewertung der Migration
	7. Hilfsangebote allgemein und fachlich

Quelle: Eigene Darstellung

Wie die Tabelle zeigt, wurde ein Teil der Frageblöcke beibehalten und teilweise zusammengefasst und gekürzt. Die Frageblöcke, die nur das Programm Mais

Médicos betreffen, wurden ersatzlos gestrichen. Für jeden der verbliebenen Blöcke wurde eine Leitfrage formuliert, die die Interviewten zum Erzählen anregen sollte. Zu jeder Leitfrage wurden außerdem konkrete Nachfragen formuliert, die die Erzählung in Gang halten sollten (Vgl. Kruse, 2015, S. 209–215). Gekürzt wurden Fragen zur Freizeitgestaltung, zum veränderten sozialen Ansehen und zur Wohnsituation.

Zusätzlich aufgenommen wurden Fragen zu kollegialen Beziehungen und zur Verständigung mit Patient*innen und Kolleg*innen, sowie Fragen zum Übergang in die ambulante Tätigkeit und Fragen zur Anpassung an die medizinischen Versorgungsstandards. Außerdem wurde ein ganzer Block zu Unterstützungsangeboten und Verbesserungsvorschlägen erstellt, da darauf das Hauptaugenmerk dieser Studie liegen soll.

Es folgte ein Pilot-Interview, das auch in die Auswertung eingeschlossen wurde. In diesem zeigte sich, dass der Leitfaden noch zu lang war und teilweise Fragen nicht verstanden wurden. Daraus resultierend wurde der Leitfaden gekürzt, einige Fragen umformuliert und die Fragen entfernt, die als direkte Übersetzung der Forschungsfrage unverständlich waren.

2.4. Rekrutierung/Kollektiv

Die Rekrutierung erfolgte über verschiedene Wege, um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen und Hintergründen von unterschiedlichen Ärzt*innen zu erhalten. Hierfür wurde eine zielgerichtete Stichprobe (purposive sample) gewählt. Eine zielgerichtete Stichprobe beschreibt die Auswahl von Teilnehmer*innen, die die Einschlusskriterien erfüllen (siehe folgende Liste) und umfangreiches Datenmaterial erwarten lassen (Vgl. Tong et al., 2007).

Die Einschlusskriterien waren:

1. Aufgewachsen im nichtdeutschen Ausland.
2. Absolvierung eines Teils der Ausbildung im nichtdeutschen Ausland. Mindestens die Schul- und Studienzeit sollte in einem anderen Land als Deutschland abgeschlossen worden sein, möglicherweise auch die Facharztausbildung.
3. Arbeit als Assistenz- oder Fachärzt*in in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Dies schließt sowohl selbstständige Arbeit in eigener

Praxis/Gemeinschaftspraxis als auch Anstellung in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ein.

Das dritte Kriterium bezog sich prinzipiell auf die aktuelle Arbeit, allerdings wurde hier bei einem Arzt (A09) eine Ausnahme gemacht, um das Sample heterogen zu halten. Da er wertvolle Daten lieferte, wurde er eingeschlossen, obwohl er nur in der Vergangenheit in Deutschland arbeitete. Da der Fokus der Arbeit nicht auf der Sprache liegen sollte, wurde auch ein Arzt inkludiert, der unter anderem deutschsprachig aufgewachsen ist. Wo genau die Ärzt*innen in Deutschland arbeiten sollten, wurde im Vorhinein nicht festgelegt, aber durch die Rekrutierung und die Interviewmöglichkeiten ergab sich eine Konzentration der Teilnehmer*innen auf Baden-Württemberg, mit einer Ausnahme (Hessen).

Um möglichst viele potenzielle Problembereiche zu erfassen und heterogene Daten zu erhalten, sollte das Kollektiv viele unterschiedliche Eigenschaften aufweisen. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, folgende Merkmale einzuschließen:

1. EU-Ausland (z.B. A01) und Nicht-EU-Ausland (z.B. A02), um die verschiedenen administrativen Anforderungen wie beispielsweise die Approbationsanerkennung zu berücksichtigen.
2. Bereits lange Zeit in Deutschland (z.B. A03) und erst seit kurzem hier (z.B. A05), um sowohl zu sehen wie die Integration gelungen ist und im Rückblick gesehen wird, als auch noch während des Anpassungsprozesses.
3. Ärzt*innen, die mit einer Vermittlungsfirma kamen (z.B. A07) und solche, die allein kamen (z.B. A08), um Unterschiede sichtbar zu machen.
4. Unterschiedliche Geschlechter, um ein heterogenes Sample zu gewährleisten.

Zu Beginn der Rekrutierung wurde versucht, systematisch über das Landesprüfungsamt Medizin Stuttgart und die Bezirksärztekammer Südwürttemberg Listen zu ambulant arbeitenden migrierten Ärzt*innen zu erhalten. Diese Versuche blieben aber erfolglos. Entweder konnten die angeschriebenen Stellen keine Daten ihrer Mitglieder herausgeben oder es war ihnen unbekannt, welches Arbeitsverhältnis die von ihnen geprüften Ärzt*innen nach der Approbation eingingen. Des Weiteren wurden Vermittlungsagenturen angeschrieben, die die Anfrage an Ärzt*innen weiterleiteten, die für die Studie in Frage kommen könnten. Dadurch ergaben sich

zwei Kontakte. Auch über die Initiative einer Stadt, die migrierte Ärzt*innen beratend unterstützt, ergab sich ein Kontakt.

Der Hauptrekrutierungsweg war jedoch über das Institut für Allgemeinmedizin und über Multiplikator*innen, also Ärzt*innen, die interviewt wurden und dann weitere Kontakte vermittelten (Schneeballprinzip). Das Schneeball-Sampling eignet sich insbesondere für Studienpopulationen, die schwer erreichbar sind (Shaghghi et al., 2011). Die Kontaktaufnahme erfolgte brieflich, telefonisch, per Fax und per E-Mail.

Insgesamt wurden die Ärzt*innen pragmatisch ausgewählt, da sich die Rekrutierung über die oben genannten Wege als schwierig erwies. Um trotzdem reichhaltiges Material zu erhalten, wurden neben Hausärzt*innen auch andere Ärzt*innen im ambulanten Bereich eingeschlossen. Der Fokus sollte jedoch weiterhin auf der Allgemeinmedizin liegen. Durch Zufall ergab sich so eine Teilnahme von drei Augenärzt*innen und einer Arbeitsmedizinerin. Von den 58 kontaktierten Ärzt*innen lehnte der Großteil die Teilnahme ab oder meldete sich nicht zurück. Ein Teil erfüllte die Kriterien nicht. Es handelt sich daher um kein repräsentatives Sample.

Da sich bereits frühzeitig im laufenden Analyseprozess eine Sättigung abzeichnete, wurde die Interviewanzahl gemeinsam im Forschungsteam auf 13 Interviews begrenzt (Vgl. Tong et al., 2007). Dies deckt sich mit der Forschung von Guest et al., die bereits bei zwölf Interviews eine Sättigung der Daten beschreiben, wenn die Studienpopulation relativ homogen ist (Vgl. Guest et al., 2006).

Tabelle 2 zeigt einen Überblick über das Sample. Seit wann die Ärzt*innen jeweils in Deutschland waren, ließ sich teilweise nicht exakt aus den Interviews rekonstruieren bzw. die Ärzt*innen machten keine genauen Angaben. Diese ungenauen Daten wurden mit einem „ca.“ gekennzeichnet.

Tabelle 2: Demographische Eigenschaften des Samples

	Geschlecht	Herkunftsland	Facharztweiterbildung		
			Art	Land	Abgeschlossen?
A01	♂	Griechenland	Allgemeinmedizin	Deutschland	Nein
A02	♀	Peru	Augenheilkunde	Peru	Ja
A03	♀	Russland	Allgemeinmedizin	Deutschland	Ja
A04	♂	Italien	Allgemeinmedizin	Deutschland	Ja
A05	♀	Ungarn	Arbeitsmedizin	Ungarn	Ja
A06	♀	Peru	Allgemeinmedizin	Deutschland	Nein
A07	♀	Bulgarien	Augenheilkunde	Bulgarien	Ja
A08	♀	Frankreich	Allgemeinmedizin	Deutschland	Ja
A09	♂	Bulgarien	Augenheilkunde	Bulgarien	Ja
A10	♀	Russland	Allgemeinmedizin	Russland (nicht ganz anerkannt) und Deutschland	Ja
A11	♂	Griechenland	Allgemeinmedizin	Tschechien	Ja
A12	♂	England	Allgemeinmedizin	England	Ja
A13	♂	Russland	Allgemeinmedizin	Russland (hier nicht anerkannt) und Deutschland	Nein

Quelle: Eigene Darstellung

Fortsetzung Tabelle 2:

	Wo wurde die Arbeit in Deutschland begonnen?	Seit wie vielen Jahren in Deutschland?	Arbeitsverhältnis	Hilfe einer Organisation	Partner*in deutsch
A01	Stationär	7	Angestellt	Nein	Nein
A02	Stationär	Ca. 30	Eigene Praxis	Nein	Ja
A03	Stationär	Ca. 20	Eigene Praxis	Nein	Ja
A04	Stationär	5	Angestellt	Nein	-
A05	Ambulant	Ca. 2	Angestellt	Nein	Nein
A06	Stationär	2	Angestellt	Nein	-
A07	Ambulant	5	Angestellt	Ja	-
A08	Stationär	35	Eigene Praxis	Nein	Ja, verwitwet
A09	Ambulant	2	Angestellt (MVZ)	Ja	Nein
A10	Ambulant	3	Angestellt	Teilweise	-
A11	Ambulant	29	Eigene Praxis	Nein	Nein
A12	Ambulant	2	Angestellt	Nein	Ja
A13	Stationär	3	Angestellt	Ja	Nein

Quelle: Eigene Darstellung

2.5. Durchführung der Interviews

Die semistrukturierten leitfadengestützten Interviews fanden in der Regel in den Praxisräumen der Ärzt*innen statt. Allerdings stand es den Ärzt*innen frei, selbst den Ort zu wählen, der ihnen am geeignetsten erschien. Zwei der Ärzt*innen wünschten ein Interview bei ihnen Zuhause und eine Ärztin entschied sich für das Café eines Krankenhauses in der Nähe ihrer Arbeitsstelle. Aufgrund von großer räumlicher Entfernung wurden zwei Interviews am Telefon durchgeführt und mithilfe eines Mitschnittadapters aufgenommen. Außerdem wurde ein Interview über Skype geführt, da der betreffende Arzt das so wünschte. Abgesehen von dem Interview in dem Café und einzelnen Unterbrechungen durch Medizinische Fachangestellte (MFAs) waren die Ärzt*innen und die Interviewerin jeweils allein in den Räumen.

Die vor Ort durchgeführten Interviews wurden mithilfe eines Diktiergeräts aufgenommen. Bei Interview A10 wurden die ersten etwa fünfzehn Minuten durch einen Fehler nicht aufgenommen. Dieser Teil wurde als Erinnerungsprotokoll im Postscript eingefügt, ist aber nicht in die Datenanalyse miteingeflossen, da die enthaltenen Informationen für die Analyse nicht relevant waren.

Sämtliche Interviews wurden aus Gründen der Praktikabilität und der Vergleichbarkeit auf Deutsch geführt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 56 Minuten (Zeitspanne von 26 Minuten bis 96 Minuten). Die Ausführlichkeit der Antworten der Interviewten bestimmte die Dauer der Interviews.

Die Verfasserin dieser Arbeit führte alle Interviews persönlich. Sie stellte sich den Interviewten als Medizinstudentin und Doktorandin vor und erklärte vorab das Ziel ihrer Forschung. Nach jedem der Interviews wurde ein Postscript erstellt (Vgl. Kruse, 2015, S. 278–280).

Die Interviewerin und die Interviewten hatten vor den Interviews keinerlei Kontakt, mit zwei Ausnahmen, deren beiläufige Bekanntschaft sie im Institut für Allgemeinmedizin machte. Aus Gründen des Datenschutzes werden die betroffenen Interviews in der Arbeit nicht kenntlich gemacht.

2.6. Transkription

Die Transkription erfolgte im Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen durch die Verfasserin dieser Arbeit und eine Wissenschaftliche Hilfskraft des Instituts jeweils ohne spezielle Vorkenntnisse. Transkribiert wurde

mithilfe des Programms *f4transkript*. Es wurde eine inhaltlich-semantische Transkription nach dem Praxisbuch von Dresing und Pehl genutzt (Vgl. Dresing & Pehl, 2018, S. 21–22). Alle Äußerungen in den Aufnahmen wurden transkribiert. Aussagen der Interviewerin wurde mit „I:“ eingeleitet, Aussagen der Befragten mit „B:“. Außerdem wurden Rezeptionssignale nicht transkribiert und Interpunktion zur besseren Lesbarkeit geglättet. Pausen wurden mit (...) gekennzeichnet und Ergänzungen der Transkribierenden wurden in eckige Klammern gesetzt [xyz].

Die transkribierten Interviews erhielten abgesehen von Korrekturen der Artikel keine grammatikalische Bearbeitung der Formulierungen. Es soll damit verdeutlicht werden, dass von der Form nicht auf den Inhalt geschlossen werden kann. Die Aussagen der Ärzt*innen verlieren durch die fehlerhafte Grammatik nicht ihre Richtigkeit. Drei der Interviews wurden teilweise mit grammatikalischen Ausbesserungen transkribiert (A03, A05, A06). Die Zitate daraus wurden aber in getreuer Transkription in die Arbeit eingefügt, daher bestehen hier zwischen den vollständigen Interviewtranskripten und den verwendeten Zitaten in der Arbeit leichte Abweichungen.

Anschließend wurden die transkribierten Interviews in weiteren Durchläufen kontrolliert und pseudonymisiert. Städte, Namen und andere Angaben, die einen Rückschluss auf die interviewte Person ermöglichen, wurden durch Platzhalter ersetzt. Die Interviews wurden von A01 – A13 durchnummeriert.

2.7. Analyse des Materials

Die Codierung der Daten erfolgte von der Verfasserin dieser Arbeit mithilfe des Programms MAXQDA. Grundlage für die Auswertung war die Qualitative Inhaltsanalyse nach Schreier (Vgl. Schreier, 2012). Es wurde ein gemischt deduktiv-induktives Kategoriensystem erstellt (Vgl. Schreier, 2012, S. 89–90).

Die Hauptkategorien des Kategoriensystems wurden anfänglich deduktiv (concept-driven) aus dem Leitfaden gebildet (Vgl. Schreier, 2012, S. 58–63). Darauf folgend wurden fünf Interviews mit heterogenen Eigenschaften (in Bezug auf Geschlecht, die bisher in Deutschland verbrachte Zeit, Facharztstitel und Herkunft) codiert. Die für die Forschungsfragen wesentlichen Passagen der Interviews wurden in Sinnabschnitte gegliedert und aus diesen wurden induktiv Unterkategorien mit Definitionen gebildet (Vgl. Schreier, 2012, S. 87–89). Nach einer Methodenberatung wurden die

Hauptkategorien des Kategoriensystems überarbeitet und die Unterkategorien neu sortiert. Die Definitionen wurden breiter gefasst und Wertungen entfernt, um das Kategoriensystem übersichtlicher zu gestalten.

Angelehnt an die Arbeit von Wong et al. (Wong & Lohfeld, 2008) umfasst die neue Gliederung drei Hauptkategorien (Aufbruch, DesOrientierung, Adaptation), die den Prozess der Migration greifbarer machen sollen. Die ehemaligen Hauptkategorien, die am Leitfaden orientiert waren, wurden teilweise als Unterkategorien beibehalten. Jede der neuen Hauptkategorien hat mehrere Unterkategorien, insgesamt umfasst das Kategoriensystem vier Ebenen. Das vollständige Kategoriensystem findet sich im Anhang.

Nach der vollständigen Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgte ein Trial Coding: Das Kategoriensystem wurde nochmals auf die bereits bearbeiteten Interviews angewendet, um zu überprüfen, ob es die bisherigen Interviews gut abbildet. Zwei der Interviews wurden im Abstand von zwei Wochen ein weiteres Mal codiert, um die Eindeutigkeit der Kategorien zu überprüfen (Vgl. Schreier, 2012, S. 146–165). Da keine maßgeblichen Veränderungen notwendig waren, wurden alle Interviews mithilfe der so entstandenen Kategorien codiert und teilweise gemeinsam im Forschungsteam ausgewertet. Es folgte eine vergleichende Analyse, die sich schwerpunktmäßig mit den berichteten Schwierigkeiten und Lösungsvorschlägen auseinandersetzte.

2.8. Datenschutz und Ethik

Die interviewten Ärzt*innen wurden vor den Interviews über Datenschutz und Anonymisierung aufgeklärt. Sie erhielten die Einverständniserklärung (siehe Anhang) im Vorhinein. Nach den Interviews hatten sie nochmals Zeit, sich die Erklärung durchzulesen, bei Bedarf Fragen zu stellen und dann zu unterschreiben. Bei den Interviews, die am Telefon oder per Skype durchgeführt wurden, wurde die Einverständniserklärung per E-Mail zugeschickt, aber auch am Telefon wurde die Erklärung besprochen und ein Rahmen für Fragen geschaffen. Alle Ärzt*innen wurden darüber aufgeklärt, dass die Interviews mitgeschnitten, verschriftlicht und pseudonymisiert ausgewertet werden.

Die Tonmitschnitte und Verschriftlichungen werden unter Verschluss aufbewahrt und sind nur den am Forschungsprojekt verantwortlichen Personen (Forschungsteam) zugänglich. Nach 10 Jahren werden sie vorschriftsgemäß vernichtet.

Die Unterlagen der Studie wurden der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät Tübingen vorgelegt und am 04.01.2017 wurde ein positives Ethik-Votum erteilt: Aktenzeichen 724/2016BO2

2.9. Die Person der Forscherin im Forschungsprozess

Die Verfasserin dieser Arbeit ist Medizinstudentin aus Deutschland und die vorliegende Arbeit ist ihre erste Erfahrung mit Qualitativer Interviewführung und -auswertung. Im Rahmen dieser Dissertation nahm sie an Fortbildungen im Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung teil. Des Weiteren erfolgten regelmäßige Besuche der „Forschungswerkstatt Qualitative Methoden“, einem Angebot des Zentrums für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen, welche von Christine Preiser geleitet wird.

Das Forschungsteam bestand aus Angelina Gresser, Medizinstudentin und Verfasserin dieser Arbeit und Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, PhD, Senior researcher/Forschungsgruppenleiterin/Projektleiterin.

Prof. Dr. Stefanie Joos betreute die Arbeit.

3. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in drei Teilen. Diese Gliederung ist mit kleinen Änderungen angelehnt an das erarbeitete Kategoriensystem, durch welches die Erfahrungen der Teilnehmenden in drei zeitliche Phasen der Migration eingeteilt wurden: Aufbruch, DesOrientierung und Adaptation. Teil eins beschäftigt sich mit den Gründen der Migration und migrationsspezifischen biographischen Barrieren. Im zweiten Teil wird auf das Ankommen in Deutschland eingegangen, dabei sowohl auf auftretende Probleme als auch auf die dabei in Anspruch genommenen oder fehlenden/gewünschten Unterstützungsangebote. Der dritte und letzte Teil schließlich beschreibt die soziale und berufliche Integration der Ärzt*innen in Deutschland. Jedes Unterkapitel beschreibt anfangs die in den Interviews aufgekommenen Schwierigkeiten und darauffolgend die erläuterten Lösungsvorschläge.

Da eine quantitative Beschreibung von qualitativen Daten irreführend ist, wurde im Ergebnisteil auf eine quantifizierende Darstellung verzichtet.

3.1. Aufbruch

3.1.1 Gründe für die Migration

Die Gründe für die Entscheidung zur Migration können in Push- und Pull-Faktoren untergliedert werden. Push-Faktoren bezeichnen dabei Faktoren, die Menschen dazu bewegen, ein Land zu verlassen. Pull-Faktoren sind die Faktoren, die ein bestimmtes Land attraktiv für Migration machen. In den Interviews wurden insgesamt mehr Pull-Faktoren genannt, die von den Ärzt*innen durch die Formulierungen gleichzeitig auch eine stärkere Gewichtung erhielten.

Die Darstellung in diesem Kapitel erfolgt getrennt nach Themen. Die verschiedenen Konstellationen an Gewichtung der Migrationsfaktoren und die Komplexität des Themas können hier leider nicht abgebildet werden.

A. „Ich konnte nicht mehr im Krankenhaus arbeiten und keine Medikamente in der Abteilung haben.“ – Push-Faktoren

Ein wichtiger Push-Faktor für die Ärzt*innen, das Herkunftsland zu verlassen, waren der Wunsch nach neuen Erfahrungen in einem anderen Land (A03, A09) und fehlende berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Herkunftsland (A04, A05, A06, A13). Diese wären aufgrund von beispielsweise fehlenden Ressourcen für den Fachbereich (A05) oder schwieriger Organisation der Facharztweiterbildung (A13) im Herkunftsland eingeschränkt gewesen.

„In Ungarn ich konnte mich nicht weiterentwickeln in meinem Bereich. Weil es gibt kein Geld und keine Zeit für Arbeitsmedizin. Und ich hoffte, dass hier kann ich mich fachlich auch entwickeln.“ (A05)

Abgesehen von der Ausbildung wurden auch ungünstige Arbeitsbedingungen und schlecht ausgestattete Krankenhäuser im Herkunftsland genannt, die die ärztliche Arbeit erschwert hätten (A05, A10). Beispielsweise erwähnt diese Ärztin medizinische Versorgungsschwierigkeiten als Push-Faktor:

„Ich konnte nicht mehr im Krankenhaus arbeiten und keine Medikamente in der Abteilung haben. [...] Sie hatten manchmal keine normalen einfachen Medikamente, ich sage schon nicht über teure Medikamente, alle teure Medikamente müssen die Patienten selbst bezahlen.“ (A10)

Gleichzeitig fehlte einem Teil der Ärzt*innen auch die Anerkennung für ihren Beruf. Damit war einerseits die soziale Anerkennung gemeint, die die Bevölkerung dem Arztberuf entgegenbrachte (A05) und andererseits die finanzielle Anerkennung in Form von Gehalt (A10). Dieses wäre teilweise so gering gewesen, dass die Ärzt*innen zwei oder mehr Beschäftigungen gleichzeitig/parallel ausüben mussten (A10, A13).

„Ich würde sagen, dass Leute [in Ungarn, d. Verf.] mögen nicht so sehr Ärzte, weil wir haben diese schreckliche Situation. Medizin ist staatlich finanziert, aber so schlecht finanziert. Bei einigen Ärzten – nicht bei allen – man muss noch privat zahlen daneben. (...) Das finde ich schrecklich.“ (A05)

Mehrmals wurde auch genannt, dass die Ärzt*innen der unsicheren politischen Situation im Herkunftsland oder auch in Drittländern, in denen sie vorher arbeiteten, entfliehen wollten (A01, A05, A06).

„Es ist nicht so gut in Ungarn zu leben. Nicht nur Geld wenig, das ist nicht das Wichtigste. Ich habe zwei Kinder und die [...] Bildungspolitik wird immer schlechter in Ungarn und ich möchte für meine Kinder eine sichere Zukunft. [...] Man fühlt sich nicht sicher in Ungarn.“ (A05)

Ein Teil der Interviewten wollte vornehmlich das Herkunftsland verlassen, ihre Auswahl des Ziellandes war eher zufällig als zielgerichtet (A06, A07, A09, A10, A13).

Eine Ärztin betonte, dass es für Einheimische schwierig sein könnte, Migrationsgründe nachzuvollziehen und fasste die Gründe, warum sie ihr osteuropäisches Herkunftsland verlassen wollte, so zusammen:

„Das ist zu schwer zu [erklären], wenn jemand im richtigen Land geboren ist und nie in Osteuropa gelebt hat. Dann zu schwer zu [er]klären, warum die Leute von Osteuropa nach Westeuropa umziehen. [...] Das sind politische, ökonomische, viele Gründe und die haben alle Menschen, die nach Westeuropa, egal ob Deutschland oder irgendwo, umziehen.“ (A07)

Tabelle 3 zeigt eine Zusammenfassung der Push-Faktoren und bei welchen Herkunftsländern diese relevant waren:

Tabelle 3: Überblick Push-Faktoren

Push-Faktoren	Herkunftsländer
Fehlende berufliche Weiterentwicklung im Herkunftsland	Russland, Italien, Ungarn, Bulgarien
Zu wenig Anerkennung des Arztberufes im Herkunftsland	Ungarn
Unzureichendes Gesundheitssystem mit schwierigen Arbeitsbedingungen im Herkunftsland	Peru, Russland, Ungarn
Schlechte finanzielle Situation im Herkunftsland	Russland
Unsichere politische Situation im Herkunftsland	Peru, Ungarn, Griechenland, Bulgarien

Quelle: Eigene Darstellung

B. „In Deutschland das gehört alles zum Weiterbildungsprogramm“ – Pull-Faktoren

Der wichtigste Pull-Faktor für die Ärzt*innen waren die Weiterbildungsmöglichkeiten in Deutschland. Mehrmals wurde genannt, dass die Wahl auf Deutschland fiel, da hier die gewünschte Weiterbildung (A04, A06) bzw. eine vielseitigere Facharztweiterbildung (A13) angeboten worden seien. Ein Arzt berichtete zwar, dass er die Möglichkeit zu Weiterbildungen im Herkunftsland gehabt hätte, diese aber mit großem organisatorischem Aufwand verbunden gewesen seien:

„[Ultraschall] zum Beispiel: Das braucht [im Herkunftsland] auch Zeit. Man könnte das auch lernen, das dauert vier Monate, aber das muss man alles organisieren, muss man mit den Arbeitgebern darüber sprechen, muss man Zeit finden [...]. [I]n Deutschland das gehört alles zum Weiterbildungsprogramm.“ (A13)

Mehrmals wurden als Migrationsfaktor auch berufliche Kontakte in Deutschland durch Vorerfahrungen im Rahmen eines Praktikums oder bestehende Freundschaften genannt (A01, A02).

„Und ich habe auch verschiedene Freunde, die haben als Assistenzarzt, also in die Klinik gearbeitet, hier in [Stadt].“ (A01)

Weitere ausschlaggebende Punkte für einen Teil der Ärzt*innen, nach Deutschland zu kommen, waren Familie und private Kontakte. Mehrmals wurden eine Liebesbeziehung oder eine potenzielle Heirat mit einem bereits in Deutschland lebenden Partner bzw. Partnerin genannt (A01, A02, A03, A08, A12) (Vgl. Tabelle 2). Bei einer Ärztin wohnte die Schwester bereits in Deutschland (A05).

Einfluss in die Entscheidungsfindung hatten auch finanzielle Aspekte wie das hohe ärztliche Gehalt und der Lebensstandard (A01, A02, A05). Gleichzeitig gab es aber auch Ärzt*innen, die explizit sagten, dass sie keine finanziellen Gründe hätten (A09, A13).

Deutsche Sprachkenntnisse hatten teilweise einen modellierenden Charakter für die Entscheidung. Bei den einen sorgten fehlende Sprachkenntnisse für mehr Unsicherheit (A01, A05, A06), bei anderen gaben bereits vorhandene Deutschkenntnisse den letzten Ausschlag, nach Deutschland zu migrieren (A07,

A09, A10). Migrationsunterstützende Aspekte waren ein ähnlicher kultureller Hintergrund (A11) und die Verfügbarkeit eines Arbeitsvisums (A06, A09, A10).

Tabelle 4 zeigt eine Zusammenfassung der Pull- und migrationsunterstützenden Faktoren und bei welchen Herkunftsländern diese relevant waren:

Tabelle 4: Überblick Pull-Faktoren

Pull-Faktoren	Herkunftsländer
Berufliche Vorerfahrung in Deutschland	Griechenland, Peru
Weiterbildungsmöglichkeiten	Italien, Peru, Ungarn, Russland
(Ehe-)Partner*in lebte in Deutschland	Griechenland, Peru, Russland, Frankreich, England
Familie oder Freund*innen lebten in Deutschland	Griechenland, Ungarn
Besserer Lebensstandard	Griechenland, Ungarn, Bulgarien
Hohes Einkommen	Peru
Bereits deutsche Sprachkenntnisse	Bulgarien, Russland
Einfacher ein Visum erhalten als in anderen Ländern	Bulgarien, Peru
Ähnliche Kultur wie im Herkunftsland	Griechenland

Quelle: Eigene Darstellung

3.1.2 Migrationsbedingte (biographische) Verzögerung

Wie im vorigen Kapitel gezeigt, war für die Ärzt*innen die Migration mit vielen Hoffnungen und Wünschen verbunden. Gleichzeitig hatten sie aber auch viele durch die Migration bedingte Nachteile erfahren. Problematisch für die Ärzt*innen war die biographische Verzögerung, die durch ihre Migration entstand. Dabei ging es unter anderem um die Zeit, die benötigt wurde, um sich an die Gegebenheiten in Deutschland – hier wurden konkret Sprach- und Vorbereitungskurse genannt – anzupassen (A01, A02, A12).

„[I]ch habe eine Auszeit genommen für sieben Monate, Deutsch zu lernen und Vollzeit-Deutschkurse zu nehmen.“ (A12)

Als ärgerlich wurde von einer Ärztin eine Verzögerung empfunden, die durch eine Gesetzesänderung und dadurch erhöhte Anforderungen an das Sprachniveau entstand (A10).

„[U]nd am Anfang dann hieß: Nee, du hast B2 Patientenkommunikationstest, du brauchst mal keine Sprachprüfung machen. Und dann bin ich gekommen und drei Tage vorher wurde das Gesetz [für Sprachniveau C1, d. Verf.] anerkannt, unterschrieben.“ (A10)

Eine Ärztin betonte auch die negativen Auswirkungen der Migration auf ihre Familienplanung (A06). Sie sah das speziell als Problem für Frauen und beschrieb, dass der Aufwand der Migration und des sich beruflich Durchsetzens eine Familiengründung bei ihr verhindert hätte.

„[E]ine Familie. [...] Das ist ein teures Geschenk, das ich habe nicht gekriegt bis jetzt. Aber das ist das Beste für eine Frau und ich habe 15 Minuten nur jetzt für Schwanger sein. Ich denke, ich schaffe nicht mehr.[...] Eine deutsche Ärztin könnte sagen ‚ja, aber es ist nicht so dramatisch, weil ich kann eine Familie haben und ich kann meine Arbeit machen.‘ Ist okay, super, ist wunderbar für dich. [...] [A]ber warst du in Deutschland sechs Jahre und hast alles bekommen, du hast nicht gekämpft um von Peru zu kriegen eine Stelle in Spanien.“ (A06)

Außerdem erzählten die Interviewten von anfänglichen finanziellen Problemen, weil sie noch nicht ärztlich tätig werden durften. Dies betraf unter anderem vorübergehende Arbeitsplätze, für die die Ärzt*innen überqualifiziert waren (A01, A11) und unbezahlte Praktika (A03).

„Ich habe auch hier im Restaurant gearbeitet, für ein Jahr Cafeteria, Bar [lacht] und sowas. Ja, das musste sowas machen.“ (A01)

Eine Ärztin erzählte von den Kosten des Umzugs, der ihre Ersparnisse aufbrauchte, was es schwieriger machte, mit anderen finanziellen Aspekten der Migration zurechtzukommen (A05). Eine anfänglich schlechtere Steuerklasse und Gehaltsstufe, weil sie sich nicht auskannte, und dass ihr Ehemann erst Deutsch lernen musste, um wieder einen finanziellen Beitrag für die Familie leisten zu können, sorgten dafür, dass ihre Familie in der Anfangszeit in Deutschland finanziell schlechter gestellt gewesen sei als im Herkunftsland (A05).

„Deswegen habe ich das fachärztliche Gehalt nur ab Februar bekommen und erstmal hatte ich nur das assistenzärztliche. Wir haben nicht mit diesem Gehalt geplant, (...) so war ein bisschen schwierig. Und wegen der Steuer. Wir waren in schlechter Steuerklasse[...]. Wir haben sehr viel Steuer gezahlt.“ (A05)

Als problematisch wurde auch die berufliche Herabstufung, die den Interviewten in Deutschland widerfuhr, beschrieben. Diese äußerte sich in formal nicht-anerkannten Dokortiteln und Facharztausbildungen (A02, A06, A08, A10, A13). Ein Arzt erzählte, dass seine Weiterbildung nicht anerkannt wurde, während die Weiterbildung eines Freundes in einem anderen Bundesland anerkannt wurde (A13). Zuzüglich zur fachlichen Entwertung führte dies in der Regel auch zu finanziellen Einbußen (A06).

„Wenn ich [hätte] in Deutschland gewohnt. Vielleicht jetzt ich wäre Chefarzt von einem großen Klinikum, mit viel Zeit, die ich habe verloren [durch] kämpfen kämpfen kämpfen.“ (A06)

Von einem Teil der Interviewten wurde aber auch proaktiv nach Herausforderungen gesucht und die negativen Konsequenzen positiv umgedeutet (A03, A07).

Tabelle 5 zeigt eine Auflistung der Faktoren, die eine biographische Verzögerung ausmachen können:

Tabelle 5: Migrationsbedingte Faktoren einer biographischen Verzögerung

Faktoren biographischer Verzögerung

- Zeitaufwand für Sprach- und Vorbereitungskurse
- Verzögerungen durch Gesetzesänderungen
- Erschwerte Familienplanung
- Unbezahlte Praktika und nicht-ärztliche Arbeit mit geringem Gehalt
- Finanzielle Einbußen durch Umzug, fehlendes arbeitsrechtliches Wissen und Anpassungszeit von (Ehe-)Partner*innen
- Berufliche Herabstufung durch nicht-anerkannte Dokortitel und Facharztausbildungen

Quelle: Eigene Darstellung

3.2. DesOrientierung

Das Ankommen in Deutschland war für die Interviewten vor allem geprägt von den dadurch aufkommenden Problemen, bei denen sie unterschiedlich viel Hilfe erhielten. Wichtige Themen dabei waren die Sprache und administrative Aufgaben. Die jeweiligen Unterkapitel sind unterteilt in die erwähnten Probleme und konkreten Lösungsvorschläge der Ärzt*innen.

3.2.1 Sprache und Verständigung

A. „Manchmal ich konnte keine Anamnese machen.“ –Sprachbarrieren

Von Problemen in der Kommunikation berichteten alle Interviewten, die nicht deutschsprachig aufwuchsen. Aussprache und grammatikalischer Ausdruck seien noch lange Zeit problematisch für die Ärzt*innen gewesen (A01, A03, A06, A07). Auch das Lesen von Handschrift (A06) und das eigene Ausformulieren von schriftlicher Sprache wurden als besonders herausfordernd genannt (A01, A08).

Ein spezielles Problem sei auch der regionale Dialekt gewesen. Ein Teil der Ärzt*innen berichtete, dass der Dialekt auch nach mehreren Jahren in Deutschland weiterhin ein Problem blieb (A01, A08, A10, A11). Zwei der Interviewten erzählten, dass dies insbesondere in der Kommunikation mit älteren Patient*innen problematisch war, da diese oft kein Hochdeutsch sprachen (A01, A10).

„Ich habe auch in [Stadt] angefangen und dort die reden alle Schwäbisch. Gibt kein Hochdeutsch dort. [...] War schwierig. Manchmal ich konnte keine Anamnese machen. [...] Weil hast du Leute, die sind achtzig oder neunzig (...) und kannst du nicht sagen: ‚Jetzt bitte reden Sie Hochdeutsch.‘ [...] Es geht nicht. Die können auch nicht.“ (A01)

Jüngere Patient*innen konnten sich laut den Ärzt*innen meist auf dieses Problem einstellen und ins Hochdeutsche wechseln. Eine Ärztin berichtete, dass auch der starke Dialekt ihres Arbeitgebers die Kommunikation mit ihm erschwerte:

„Ich habe nur Hochdeutsch gelernt, man [darf] das nie vergessen. [...] Dann komme ich hierher und höre immer nur schwäbische Sprache, die ich überhaupt nicht verstehe [lacht] und der Chef spricht vor mir prinzipiell nur Schwäbisch. [...] Das vergesse ich nie: Ich denke, was heißt [...] dahanna? Name? Passt nicht zu Namen. [...] Dann komme ich zur Arzthelferin und sage [lacht]: ‚Du, was bedeutet dahanna?‘ Sie lachen und sagen: ‚Das ist hier.‘“ (A10)

Was für die Ärzt*innen ebenfalls schwierig war, waren Patient*innen ohne Deutschkenntnisse mit anderer Muttersprache (A03, A05). Eine Ärztin betonte, dass sie zwar viele Sprachen spreche, aber trotzdem immer wieder Barrieren in der Kommunikation auftauchten, wenn sie nicht deutschsprachige Patient*innen betreute (A03). Eine andere Ärztin erzählte, dass sie dafür kreative Lösungen gefunden hätte und viel mit Gestik kommuniziere:

„Manchmal wenn ich verstehe nicht, aber nicht die Deutschen, [sondern] mit den anderen Ausländern. [...] Zum Glück viele können auf Englisch sprechen. Und deswegen... Englisch oder Deutsch geht, dann wir schaffen irgendwie. Ich bin sehr gut in ‚Activity‘ seit neuem. Ich habe ganz viele Möglichkeiten.“ (A05)

Dieselbe Ärztin erzählte auch von Kommunikationsproblemen mit ihrem türkischen Vermieter und seiner Familie. Obwohl sie ihr Deutsch als gut einschätzte, war die Verständigung zwischen den beiden schwierig, weil sie seine Reaktionen oft nicht verstand (A05). Sie wies darauf hin, dass das Lernen der Sprache nicht zwingend mit funktionierender Kommunikation einhergehe.

B. „Und die verlorene Identität in Zusammenhang mit der Sprache“ – Bedeutung von Sprache

Eine Ärztin machte auf die Auswirkungen von Verständigungsproblemen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aufmerksam (A03). Sie erzählte, dass sie oft Spannungen zwischen deutschen Ärzt*innen und Patient*innen erlebt hätte, die von einem fehlenden Eingehen auf die Patient*innen herrührten. Sollten dazu noch Sprachprobleme bei ausländischen Ärzt*innen kommen, sei es schwierig für Patient*innen, Vertrauen zu fassen (A03). Gleichzeitig sah sie darin Potenzial für migrierte Ärzt*innen, da auch nonverbale Kommunikation einen Beitrag zu einem guten Vertrauensverhältnis leiste:

„Die Patienten spüren zuerst nicht, aus welchem Land bist du, sondern wie du mit ihnen sprichst. Wie du rein kommst. Wie ist dein Schritt, wenn du die Tür öffnest. Dann beginnt schon die Sprache. Absolut egal, aus welchem Land [du kommst].“ (A03)

Ein weiteres Potenzial für ausländische Ärzt*innen in der Kommunikation läge in den Sprachkenntnissen, die sie durch ihre Migrationserfahrungen erlangt hätten. Ein Teil der Ärzt*innen erzählte, dass sie überdurchschnittlich viele Patient*innen aus dem

eigenen Herkunftsland oder mit einer Muttersprache, die von den Ärzt*innen beherrscht wurde, hätten (A01, A03, A04, A11). Es wurde die Vermutung geäußert, dass diese sich aufgrund der Sprache und ähnlichem kulturellen Hintergrund ihre Arztperson gezielt danach aussuchten (A11).

„Oder in der Hausarztpraxis [...], hat es sich herumgesprochen, dass da ein italienischer Arzt ist und dann kamen einfach ganz viele italienische Patienten zu uns und die sind alle zu mir da gekommen, weil sie endlich mit jemandem italienisch sprechen konnten.“ (A04)

Zwei Ärzt*innen, die bereits länger in Deutschland waren, wiesen darauf hin, dass die Artikulation der eigenen vielfältigen Gedankenwelt ein weiterer wichtiger Aspekt der Sprache wäre (A02, A08). Eine Ärztin (A08) erzählte, dass es für sie anfangs schwierig gewesen sei, ihr neues Sprachniveau in Deutschland zu akzeptieren. Sie sei als studierte Person nach Deutschland gekommen und musste sich hier zuerst damit abfinden, dass sie sich nur auf dem Niveau einer Grundschülerin verständigen konnte. Dies sei immer noch schmerzhaft für sie (A08). Für die andere Ärztin (A02) war es, als habe sie durch die Einschränkung ihrer Kommunikationsfähigkeit ihre Identität verloren, da sie ihre Gedanken nicht mehr auf dem gewohnten Niveau verständlich machen konnte:

„Das große Problem allgemein war die Sprache. Und die verlorene Identität in Zusammenhang mit der Sprache. Aber [...] ich musste das akzeptieren, [...] bis ich langsam die Sprache so konnte, dass ich mich ausdrücken kann in der Art und Weise wie ich denke.“ (A02)

C. „Alles habe ich mir selbst beigebracht.“ – Sprachkurse

Sprache wurde von allen Interviewten als sehr bedeutsam eingestuft. Insbesondere Spezielle Sprachkurse für Mediziner*innen wurden gewünscht (A01, A02, A05, A08, A10). Ein besonderes Augenmerk sollte in den Kursen auf die schriftliche Sprache gelegt werden.

„Sprachkurs auf jeden Fall, auf jeden Fall und nicht oberflächlich, sondern schon tiefgreifend. [...] Also mit Schreiben. [...] Die Medizin kann nicht ohne die Sprache funktionieren.“ (A08)

Dabei lernten die Interviewten die deutsche Sprache auf sehr unterschiedlichen Wegen. Es gab sowohl Ärzt*innen, die Deutsch bereits in der Schule gelernt hatten (A09, A10), als auch diejenigen, die erst in Deutschland damit begannen. Eine Ärztin machte in Spanien, wo sie vorübergehend arbeitete, einen Deutschkurs, um sich auf Deutschland vorzubereiten (A06). Einerseits waren die besuchten Kurse spezielle medizinische Sprachkurse (A05, A10, A12, A13), die konkret auf die Approbation vorbereiten sollten, andererseits wurden allgemeine Sprachkurse (A01, A08) oder sogar privater Unterricht (A02, A06) in Anspruch genommen. In zwei Interviews wurde erwähnt, dass die Sprachkenntnisse durch das Selbststudium in der Berufstätigkeit stark verbessert worden seien (A01, A02). Ein Teil der Ärzt*innen, die bereits länger als 20 Jahre in Deutschland lebten, gaben an, sich die Sprache selbstständig beigebracht zu haben (A03, A11).

„Alles habe ich mir selbst [bei]gebracht. Es war sehr schwierig. Ich habe jeden Tag geweint. Weil ich konnte nicht verstehen.“ (A03)

Einer der Interviewten wuchs deutschsprachig auf und hatte daher kein Problem mit der Sprache (A04).

3.2.2 Administrative Aufgaben

A. „Ein Teil von dem Test sollte nicht sein, ob jemand kann das Arbeitsamt finden“ – Informationssuche und Kommunikation mit den Behörden

Bei der Suche nach Informationen zur Approbation und anderer administrativer Aufgaben war für die Ärzt*innen problematisch, dass sie in vielen Bereichen anfangs überhaupt keine oder zu wenige Informationen gefunden (A05, A07, A11, A13) oder die benötigten Informationen zu spät erhalten hätten (A05). Das war sowohl bei Ärzt*innen der Fall, die ohne Vermittlungsagentur nach Deutschland kamen, als auch bei solchen, die Hilfe von einer Agentur erhielten. Eine Ärztin (A07) erzählte von ihren frustrierten Versuchen, bei KV oder Ärztekammer Antworten auf approbationsbezogene Fragen zu erhalten. Diese verwiesen sie auf ihren Arbeitgeber, von dem sie aber keine Informationen erhielt, die ihr weitergeholfen hätten (A07).

Wenn konkrete Informationen zu benötigten Dokumenten/Behörden und zur Anerkennung gefunden wurden, waren die Quellen in der Regel besuchte Kurse (A10) oder das Internet (A01, A05, A12, A13). Einige der Ärzt*innen hätten Hilfe von

befreundeten Kolleg*innen und Familie erhalten (A01, A02, A05, A11), andere hätten die Informationen auf sich allein gestellt gefunden (A03, A04).

„[I]ch könnte sonst keine Stelle nennen, wo ich hingegangen bin und gesagt hätte: ‚Da bin ich, wie geht es jetzt weiter‘, oder so, das habe ich alles ein bisschen nach und nach rausgefunden.“ (A04)

Von einem Teil der Ärzt*innen wurde dabei bemängelt, dass es sehr umständlich wäre, alle Informationen zusammenzusuchen, weil die Informationen nicht gebündelt seien (A10, A11, A12). Zwei Ärztinnen erwähnten, dass sie nicht gewusst hätten, wo sie danach suchen sollten (A05, A10).

Gleichzeitig seien die Beschaffung und Einreichung der Unterlagen und Dokumente für die Ärzt*innen durch viele Faktoren erschwert worden. Besonders hervorgehoben wurden dabei Schwierigkeiten mit den Behörden.

Die Ärzt*innen, die aus dem EU-Ausland kamen, erzählten dabei insgesamt weniger von Problemen mit Behörden, unter anderem deshalb, weil sie ihre Approbation ohne größere Schwierigkeiten erhalten hätten (A01, A04, A08, A11, A12). Eine Ärztin erzählte von Verzögerungen im Anerkennungsverfahren ihrer Approbation. Als sie danach ihren Facharzttitel anerkennen lassen wollte, hätte sie ihre Unterlagen an die falsche Abteilung geschickt und keine Rückmeldung von behördlicher Seite bekommen. Erst mithilfe ihres „Paten“(Mentors) habe das Problem aufgelöst werden können (A05). Ein Arzt berichtete von einem unangenehmen Erlebnis in der Ausländerbehörde. Dort wäre er gefragt worden, ob sein Herkunftsland (Bulgarien) in der EU läge, obwohl eine Europa-Karte mit Bulgarien an der Wand gehangen hätte (A09). Bemängelt wurden außerdem die verschiedenen Regelungen in den Bundesländern ohne einheitliches Verfahren für die Anerkennung (A12).

Für die Ärzt*innen, die nicht aus der EU kamen, ergaben sich zusätzliche Schwierigkeiten wie beispielsweise die Kenntnisprüfung. Die Ärzt*innen mit Unterstützung durch eine Vermittlungsfirma fühlten sich gut auf die Prüfungen vorbereitet (A06, A10, A13). Eine Ärztin erzählte von einem Kollegen, der trotz großem Fachwissen diese Prüfung nicht geschafft hätte.

„Ich habe beim ersten Mal das [die Gleichwertigkeitsprüfung, d. Verf.] geschafft. Aber mein Kollege hat acht oder sieben Mal Prüfungen beantragt und durfte nur zwei Mal das machen und der ist durchgeflogen, ja? Der hat nie geschafft. Obwohl ich kenne ihn als Chirurg – super toller Spezialist.“ (A03)

Eine andere Ärztin aus einem Nicht-EU-Land (A10) kritisierte die mangelnde Vernetzung unter den Behörden, die zu einem Mehr an Bürokratie und administrativer Arbeit für die Ärzt*innen, die eine Approbation beantragten, führte. Es war ihr unverständlich, wieso jede Behörde ihre Unterlagen einzeln zugeschickt bräuchte (A10). Ein anderer Arzt erzählte von befreundeten Kolleg*innen aus dem Nicht-EU-Ausland, die Probleme mit Behörden gehabt hätten. Er beschrieb die Angestellten dort als *„unhöflich, unhilfreich und oft unprofessionell“* (A12).

„Der Test sollte sein, entweder Kenntnisse oder Sprache oder beide, ich meine in einem medizinischen Kontext. Ein Teil von dem Test sollte nicht sein, ob jemand kann das Arbeitsamt finden oder die richtigen Beamten finden in einem sehr großen Gebäude und dann hoffen, dass diese Leute nett oder professionell sind und machen, was sie sollten.“ (A12)

Aus dem privaten Bereich wurde auch von Problemen bei der Wohnungssuche berichtet (A05, A08, A13). Dieses Problem sei zwar nicht spezifisch ein Problem von Ausländer*innen, aber für diese noch deutlich schwieriger, meinte eine Ärztin (A08). Ein Teil der Ärzt*innen habe eine Wohnung in einem Personalheim oder ähnlichem zur Verfügung gestellt bekommen (A04, A09). Von einer Ärztin wurde außerdem von Problemen bei der Anerkennung des Führerscheins berichtet, da sie eine Frist verpasst hätte und daher die Fahrprüfung erneut ablegen hätte müssen (A10).

B. „Advocat bedeutet, dass sie sind da, den Leuten zu helfen und Beratung zu geben“ – Hilfe bei der Bewältigung administrativer Aufgaben

Insgesamt wurde ein großer Verbesserungsbedarf im Bereich der administrativen Aufgaben benannt. Vorgeschlagen wurde zum Thema Informationssuche eine *„Checkliste“* oder *„Roter Faden“*, wie es ein Arzt nannte (A04). Diese Liste aus Dokumenten und Informationen für Behördengänge sollte die für die Migration und Approbation benötigten Schritte und Unterlagen enthalten (A04, A11, A12). Auch alltägliche Dinge wie Wohnung mieten (A04, A08, A13), Krankenversicherung abschließen (A04), beim Meldeamt anmelden (A04) und Telefonverträge abschließen (A07) könnten enthalten sein.

„Einen roten Faden oder eine Checkliste, oder sowas ‚Was muss ich überhaupt alles bedenken, wenn ich ins Ausland ziehe?‘“ (A04)

Betont wurde auch, dass diese Liste einfach und öffentlich zugänglich sein sollte, da zwar erwähnt wurde, dass es solche Listen bereits gebe, diese aber schwer aufzufinden seien (A04, A10, A12). Ein Arzt schlug dafür die Internetseiten der Ärztekammern vor, da schließlich alle ausländischen Ärzt*innen eine Approbation benötigten und sich dafür an die Ärztekammern wenden müssten (A04).

Als weiterer Lösungsvorschlag wurde eine Art Mentoring genannt, das bei administrativen Aufgaben unterstützen könnte. Dies seien beispielsweise Ansprechpersonen, die für Fragen zu Verfügung stehen sollten und für die Ärzt*innen eintreten könnten, sodass diese nicht mehr der Behördenwillkür ausgesetzt wären (A01, A04, A12). Das wird von einem der Ärzt*innen so beschrieben:

„Advocat bedeutet, dass sie sind da, den Leuten zu helfen und Beratung zu geben und wenn jemand nicht macht, was sie sollten, sie können sagen: ‚Hey, du solltest das machen, ich bin der advocat [...] von diesen Leuten und warum müssen sie acht Wochen warten, wenn sie haben die Prüfung acht Wochen vorher gemacht [...] und sie können arbeiten, weil sie haben alles bestanden und sie können das jetzt nicht machen, weil du hast auf den Formularen gesessen für acht Wochen‘.“ (A12)

Derselbe Arzt (A12) erzählte von einem Unternehmensprojekt in Norddeutschland, in dem europäische Arbeitsmediziner*innen angeworben worden seien, um ein bis zwei Jahre in einem deutschen Unternehmen an arbeitsmedizinischen Prozessen zu arbeiten, ohne zwingend Deutsch lernen zu müssen. Er fand, dass sich die Regierung daran ein Beispiel nehmen könne, um die Abläufe für ausländische Ärzt*innen zu vereinfachen.

„Sie sollten ein Zwei-Jahres-Programm formulieren, wobei sie sagen: ‚Okay, wir nehmen alle diese Ärzte von diesen Ländern in diese große Schule für zwei Jahre oder Institution und Deutsch lernen, das System lernen‘.“ (A12)

3.2.3 Meistern von Herausforderungen

Ein immer wiederkehrendes Thema in den Interviews waren die Motivation und die Persönlichkeit der Interviewten. Obwohl es keine direkte Frage danach gab, erzählten die Ärzt*innen von ihrem starken intrinsischen Antrieb, sich weiterzuentwickeln, ohne den sie den schweren Weg der Migration nicht geschafft hätten. Ein Teil der Ärzt*innen erzählte von der Kraftanstrengung und dem Mut, die sie gebraucht hätten, diesen Weg zu wählen und trotz der Hindernisse weiterzugehen (A01, A02, A03, A06, A10). Einige Ärzt*innen umschrieben ihre erste Zeit in Deutschland mit dem Wort „*kämpfen*“ (A01, A03, A06). Dies bezog sich einerseits generell auf die Migration (A06), andererseits aber auch spezifisch auf Sprache (A01) oder den Kampf um die Akzeptanz durch Kolleg*innen (A03). Ein anderer Arzt erinnerte sich während des Interviews sehr eindrücklich an seine Anfangszeit in Deutschland zurück:

„Ja, jetzt habe ich das Gefühl, dass ich nochmal überlebt habe, diese Zeit [Anfangszeit in Deutschland, d. Verf.] [lacht]. Naja, gut, also das musste man überleben, gab es keinen anderen Weg.“ (A13)

Außerdem wurde in einem Teil der Interviews deutlich, dass die Ärzt*innen hohe Erwartungen an die ärztliche Rolle hatten. Zwei Ärzt*innen waren der Meinung, dass medizinische Prüfungen so schwer und aufwendig seien, dass Ärzt*innen nach deren Bestehen auch jede andere Prüfung/Herausforderung schaffen könnten (A02, A03). Gleichzeitig sprach ein Teil der Interviewten davon, dass der Drang, medizinisch tätig zu sein und sich weiterzubilden, sehr wichtig für sie oder sogar Teil ihrer Identität sei (A02, A03, A06, A09). Eine Ärztin beschrieb das so:

„Aber die Notwendigkeit für mich, wieder Medizin zu machen, war sehr groß. Und aus dem Grund es war mir egal, welche Prüfungen sie dann mir geben würden, ich wusste, ich mache alles, was sie – wenn sie noch etwas von mir haben wollen, mache ich das. [Hauptsache] ist, kriege ich wieder meine Identität was ich bin.“ (A02)

Ärzt*innen mit eigener Praxis sprachen auch den Punkt Niederlassung an und betonten den Mut und die Risikobereitschaft, die dafür nötig wären (A03, A11). Eine Ärztin sah sich als Führungsperson und damit am besten in der Selbstständigkeit

aufgehoben (A03). Ein anderer Niedergelassener (A11) ging auf die für die Selbstständigkeit nötigen Kompetenzen ein:

„Die Menschen, die sich niederlassen wollen, die brauchen erstens Mut, ja? Und das Problem ist, selber zu entscheiden, selber zu führen, da braucht man bisschen auch andere Kompetenzen als fachliche Kompetenzen, ja. Da müssen auch die interpersonellen Kompetenzen sein.“ (A11)

3.3. Adaptation

Im folgenden Kapitel soll auf die Integration der Ärzt*innen eingegangen werden. Die Anpassung an das bundesdeutsche Gesundheitssystem erscheint hierbei als Kernaspekt. Besonderes Augenmerk soll auch auf die zwischenmenschlichen Beziehungen gelegt werden. Dabei wird unterschieden zwischen der sozialen Integration im beruflichen und im privaten Bereich.

3.3.1 **Anpassung an das Gesundheitssystem in Deutschland**

Das ärztliche Handeln ist einerseits beeinflusst durch den formalen Rahmen der Arbeit und andererseits durch die medizinisch-fachlichen Vorgaben. Im Folgenden wird darauf eingegangen, dass sich in beiden Bereichen Unterschiede in verschiedenen Gesundheitssystemen ergeben, was eine Anpassung an die neuen Umstände nötig macht.

A. „Ich will nicht ein Geldautomat zu sein.“ – Formaler Rahmen des Gesundheitssystems

Abgesehen von einer Ärztin (A07) kamen die Ärzt*innen nach ein paar Wochen oder Monaten gut mit dem deutschen Gesundheitssystem zurecht. Eine Ärztin (A07) gab an, das Gesundheitssystem auch nach sechs Jahren nicht verstanden zu haben.

Zu Beginn bereitete vor allem die deutsche Bürokratie mit unübersichtlichen Richtlinien Probleme. Ein Arzt berichtete von der Anfangszeit seiner stationären Arbeit in Deutschland, dass er nicht darauf vorbereitet gewesen wäre, Arztbriefe schreiben zu müssen und erst davon erfahren hätte, als er seinen ersten Patienten entließ (A01).

Die weiteren Aussagen zu diesem Thema bezogen sich auf die Arbeit im ambulanten Setting. Es wurde berichtet, dass die häufigen Änderungen in den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen eine „*administrative Belastung*“ wären (A09). Jede Krankenkasse hätte andere Leistungen und diese würden sich regelmäßig ändern, was durchgehend eine neue Einarbeitung in die Vorgaben erforderlich mache (A09). Auch die wiederkehrenden Gespräche um Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Kosten von den gesetzlich-versicherten Patient*innen selbst übernommen werden müssten, wurden von einem Arzt als Belastung empfunden (A09).

„Wenn das IGeL ist, dann fragen immer die Patienten ‚warum soll ich das bezahlen?‘, das ist ganz unangenehm. Weil ich immer wieder über Medizin rede und auf einmal sollen wir über Geld reden.“ (A09)

Die Auswirkungen der finanziellen Ausrichtung des Gesundheitssystems wurden auch von anderen Ärzt*innen kritisiert. Eine Ärztin verglich die strenge Taktung ihrer Arbeitsstelle mit Fließbandarbeit in einer Fabrik und es belastete sie, dass sie so nicht mehr die Sicherheit ihrer Patient*innen gewährleisten könnte, da sie ohne ausführliche Anamnese nicht alle Komplikationen ausschließen könnte (A07).

Ein weiterer Punkt war das Einkommen der Ärzt*innen. Grundsätzlich empfanden die Ärzt*innen ihr Gehalt als ausreichend und gaben an, mehr zu verdienen als sie in ihrem Herkunftsland verdienen könnten (A01, A02, A08, A10, A11, A12). Wichtig war dabei, dass die Ärzt*innen ihr Gehalt nicht nur als genug, sondern auch als „fair“ empfanden.

„[E]s wäre nicht so gut, wenn ich habe realisiert, dass alle die deutschen Ärzte bekommen viel mehr Geld als ich, nur weil ich Ausländer bin. Das ist auch etwas, das in meiner Meinung es sollte fair sein, ich sollte ein Gehalt bekommen, das normal ist für dieses Land.“ (A12)

Dies spiegelte sich auch in den Aussagen wider, in denen das Gehalt als nicht ausreichend empfunden wurde (A03, A05, A07). Eine selbstständige Ärztin beklagte außerdem die Vergütung durch die Gesetzlichen Krankenkassen, die sie als nicht angemessen empfand. Sie betonte, dass von staatlicher Seite aus viel mehr Geld für das Gesundheitssystem bereitgestellt werden sollte und sowohl angestellte als auch niedergelassene Ärzt*innen angemessen entlohnt werden sollten (A03).

Eine andere Ärztin beschrieb, dass sie anfangs keine Vorstellung von einem realistischen Facharztgehalt in Deutschland gehabt und sie deshalb zuerst zu wenig Gehalt bekommen hätte. Inzwischen hätte sie das aber durch eigene Initiative bemerkt und bekäme jetzt eine Gehaltserhöhung (A05).

„[I]ch weiß nicht, was die Gehaltfrage einfach ist in Deutschland. Ich probierte nachzufragen und so verschiedene (...) Zahlen zu bekommen. So ich konnte mich nicht entscheiden, was soll ich [...] anfragen. Aber jetzt ich habe zum Beispiel ein Angebot von [...] einer anderen Firma bekommen und jetzt ich weiß, was könnte ich hier verdienen. Und ja, ich habe jetzt Vereinbarung mit meinem Chef und der Geschäftsführung, deswegen sage ich, dass es viel besser wird (...) in kurzer Zeit.“ (A05)

Auch ein Gefühl von „Ausgenutzt-werden“ wurde von einer Ärztin beschrieben (A07). Dies bezog sich auf undurchsichtige Verträge und mündliche Absprachen, die dann so nicht eingehalten worden seien. Das führte dazu, dass sie sich fühlte, als würde sie nur arbeiten, um Gewinn für den Arbeitgeber zu erwirtschaften, während die Medizin in den Hintergrund gerückt werden würde.

„Meine Meinung ist, weil ich will Medizin machen. Ich will nicht ein Geldautomat zu sein.“ (A07)

Weiterhin wurde auch über Belastung durch zu viele Hausbesuche (A06) oder zu viele Überstunden (A05) berichtet. Allerdings räumten die Ärzt*innen ein, dass diese Probleme nicht migrationsspezifisch seien, sondern generell in der ärztlichen Arbeit ein Problem darstellen beziehungsweise auch von der Lage der Praxis abhängen würden. Vermutlich seien alle Anfänger*innen zu Beginn überfordert (A05). Trotzdem wurde der Aufwand für migrierte Ärzt*innen als höher bewertet (A07).

Die Arbeitszeit wurde zum Teil aber auch positiv betrachtet, weil sie flexibel sei und die Arbeitsbelastung ähnlich wie im Herkunftsland (A05, A09, A10, A11). Eine Ärztin erwähnte, dass die Arbeitsbedingungen im Sinne der Arbeitsorganisation in Deutschland besser seien als im Herkunftsland (A10).

B. „Also das war nur initial, nur am Anfang, dass man irgendwie anders denken sollte“ – Medizinisch-praktische Ausbildung

Abgesehen von den formalen Bedingungen waren auch Unterschiede im Kontext von medizinischem Wissen und medizinkultureller Aufgabenverteilung Thema. Ein Teil der Ärzt*innen berichtete von einem Wissens- und Skillsdefizit, das sie anfänglich gegenüber in Deutschland ausgebildeten Kolleg*innen gehabt hätten (A03, A04, A08) und das sie mit einer besseren praktischen Ausbildung (A08) und anderer Prüfungsstruktur (A04) in Deutschland begründeten. Ein Arzt, der in Österreich studiert hatte, berichtete, dass sich die Differenzen in der Ausbildung und im Wissen nach kurzer Zeit wieder relativiert hätten und er dann kaum mehr Unterschiede feststellen konnte zwischen sich und deutschen Ärzt*innen (A04).

Es gab aber auch Ärzt*innen, die ihre Ausbildung in Deutschland bemängelten. Ein Arzt beklagte, dass er zu wenig operative Ausbildungsmöglichkeiten in der Augenheilkunde in Deutschland gehabt hätte, weshalb er sich entschied, Deutschland zu verlassen und nach England zu gehen, um dort zu arbeiten (A09).

„In meiner alten Klinik in Deutschland war das [Operieren, d. Verf.] leider nicht möglich, die sind eine private Klinik, MVZ, also die haben viele Zuweiser. Und die wollen auch, dass alle Zuweiser mit der Klinik und mit den Operationen zufrieden sind und da wollen sie auch nicht Ausbildung machen, nicht so viel. [...] Da habe ich mich entschieden, nach England zu gehen.“ (A09)

Des Weiteren wurde von medizinisch-kulturellen Unterschieden berichtet. Beispielsweise seien die Aufgabenbereiche in der Facharztausbildung unterschiedlich. Ein Arzt aus England erzählte, dass Sonographie in England nicht zum Repertoire von Hausärzt*innen gehören würde, sondern von Radiologie-Fachärzt*innen übernommen würde. Das sei ein *„medizinisch-kultureller Unterschied, ein medizinischer Prozessunterschied und auch ein Gesundheitsstruktur- oder -finanzierungsunterschied“* (A12).

Auch zwei Ärzt*innen (A10, A13) aus Russland erzählten von Aufgabenbereichen in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin, die sie neu erlernen hätten müssen, weil sie in Russland von speziellen Fachärzt*innen durchgeführt würden. Dazu gehörten unter anderem die Sonographie und EKG-Befundungen (die in Russland von sogenannten „Diagnostikärzt*innen“ durchgeführt würden), aber auch invasive

Behandlungen wie Bronchoskopie und Koloskopie. Blutabnahmen seien Aufgabe spezieller Labor-Krankenpfleger*innen (A10, A13).

Diese Ärzt*innen berichteten, dass der Arbeitsbeginn in einer hausärztlichen Praxis ihnen Schwierigkeiten bereitete, weil sie bisher nur eine internistische Ausbildung hätten und nicht auf das breite Aufgabenspektrum vorbereitet gewesen seien:

„Also das war nur initial, nur am Anfang, dass man irgendwie anders denken sollte und (...) einfach mit breitem Spektrum von Erkrankungen arbeiten. Also das war initial ungewöhnlich.“ (A13)

Hierarchien waren ein weiterer medizinisch-kultureller Unterschied, der zur Sprache kam. Ein Arzt (A12) berichtete, dass er in seinem Herkunftsland weniger das Gefühl gehabt hätte, dass andere Fachrichtungen auf ihn als Allgemeinmediziner herabblickten. Einen Grund dafür sah er darin, dass es in der Vergangenheit keine deutsche Facharztausbildung für Allgemeinmedizin gegeben hätte. In seinem Herkunftsland gebe es eine intensive Ausbildung für Allgemeinmedizin, weshalb die anderen Fachrichtungen Allgemeinmediziner*innen respektieren würden. Einen weiteren Grund sah er darin, dass die Krankenhäuser in Deutschland überfordert seien mit der Masse an Patient*innen, an der Hausärzt*innen mit Überweisungen in die Kliniken als mitverantwortlich gesehen würden (A12).

„[W]enn es gibt ein Problem mit dem Druck: zu viele Patienten, zu wenige Ressourcen und auch schon ein bisschen observer bias gegen Hausärzte, dann wird es zusammen zusätzlich ein Problem sein, würde es schlimmer machen zusammen. Dass vielleicht diese zwei Dinge kommen zusammen und machen es noch ein größeres Problem, als wenn sie selbstständig einen Einfluss haben.“(A12)

Im Gegensatz dazu berichtete ein Arzt, der in Italien studiert hatte, er habe keinerlei Unterschiede im medizinischen Bereich feststellen können (A01).

Als positiv wurde erwähnt, wie breit das medizinische Spektrum und die technischen Möglichkeiten in Deutschland seien. Dies wäre teils der fortschrittlichen deutschen Medizin an sich geschuldet (A02), teils der eher ländlichen Lage der Arztpraxen. Diese hätten wenig Möglichkeiten für Überweisungen zu Fachärzt*innen und würden deshalb viele Patient*innen selbst behandeln, anstatt zu überweisen (A01, A13). Grundsätzlich seien die technischen Möglichkeiten in Deutschland aber nicht anders als in anderen Ländern und in dieser Hinsicht wurden auch keine Probleme berichtet

(A01, A07, A08, A09). Ein Arzt berichtete, dass die private Augenklinik, in der er in Bulgarien gearbeitet hatte, technisch besser ausgerüstet gewesen sei als das MVZ, in dem er in Deutschland arbeitete (A09).

C. „Die Lebensqualitätseinbuße war so groß, dass sich der finanzielle Anreiz eigentlich nicht wirklich gelohnt hat.“ – Vergleich zwischen der Arbeit in der Klinik und der Praxis

Ein Gegenstand, der zum Thema Gesundheitssystem immer wieder zur Sprache kam, war der Vergleich von ambulanten und stationären Arbeitsbedingungen. Alle Interviewten waren vor ihrer ambulanten Arbeit in einer Klinik tätig.

Abgesehen von einer Ärztin (A10) hatten sich alle Ärzt*innen bewusst für das ambulante Setting entschieden und äußerten sich positiv darüber. Als Gründe für die ambulante Arbeit wurden der nähere Kontakt zu den Patient*innen (A01, A03), ein subjektiv geringerer Zeitdruck im Arbeitsalltag (A01, A04) und geregeltere Arbeitszeiten mit damit einhergehender größerer Freizeit genannt (A01, A04, A13).

„Und da war nicht die Arbeitsbelastung, sondern auch der Arbeitsaufwand oder die Zeit am allerhöchsten in der Klinik in der ersten Stelle, da hab ich bis zu 60, 70 Stunden die Woche gearbeitet mit Nachtdiensten und Wochenenddiensten; und (...) ja die Bezahlung war auch besser als in der Praxis, aber nicht –...die Lebensqualitätseinbuße war so groß, dass sich der finanzielle Anreiz eigentlich nicht wirklich gelohnt hat.“ (A04)

Eine Ärztin durfte laut eigener Aussage durch formale Rahmenbedingungen anfangs nur im ambulanten Bereich in Deutschland arbeiten (A10). Sie beklagte den zu geringen Handlungsspielraum bezüglich Behandlung von Notfällen und speziellen Untersuchungen im ambulanten Setting und plante, wieder stationär zu arbeiten, sobald ihre Tochter alt genug wäre. Ein weiterer Arzt wünschte sich mehr operative/chirurgische Arbeit und plante ebenfalls zukünftig wieder stationär zu arbeiten (A13). Wie am Anfang dieses Kapitels beschrieben, wurden auch weitere Nachteile der hausärztlichen Arbeit wie beispielsweise Hausbesuche (A06) erwähnt, die aber nicht zu einem Wechselwunsch in die Klinik führten.

D. „Dieser Kurs ist ganz große Hilfe“ – Lösungsansätze für
Unterstützungsstrukturen

Zur Anpassung von Wissenslücken die Organisation des Gesundheitssystems betreffend wurde unter anderem eine Vorbereitungszeit im Sinne von begleiteten Praktika in Deutschland vorgeschlagen (A08, A11). Ein Arzt fand seine Anfangszeit, in der er bei einem älteren Kollegen mitarbeitete, sehr sinnvoll. So habe er Praxiserfahrung sammeln und im geschützten Rahmen lernen können, wie das ambulante System in Deutschland organisiert sei (A11). Eine Ärztin bewertete die Kenntnisprüfung positiv als Möglichkeit, sich medizinisch-fachlich auf die Arbeit im neuen Land vorzubereiten (A03).

Eine weitere Ärztin empfahl, die Arbeit in Deutschland im stationären Bereich zu beginnen und erst danach in eine Praxis zu wechseln (A10). Sie war der Meinung, dass eine Tätigkeit in der Klinik die Anpassung an das Gesundheitssystem vereinfachen würde. Sie selbst begann die Arbeit in Deutschland ambulant und vermutete, dass sie bei einem stationären Beginn weniger Probleme gehabt hätte.

„Im ambulanten Bereich ist es ein bisschen schwer, die Inhaber oder Chefs wollen, [...] dass der Arzt ab sofort so arbeitet, [...] als ob er hier schon zehn Jahre gearbeitet hat. Und diese Abrechnungstechnik und viele andere Sachen, was man darf, was man nicht darf ambulant verschreiben ist zu schwer. Und wahrscheinlich, wenn die Leute hierherkommen, wäre nicht schlecht, zuerst wirklich stationäre Arbeit, damit die Leute einfach das System kennenlernen könnten.“ (A10)

Ein weiterer Vorschlag betraf Seminare zur Einführung in das deutsche Gesundheitssystem. Einen großen Bedarf schien es an Vorbereitungskursen zu geben, die nicht nur medizinisch-inhaltliche, sondern auch sprachliche und bürokratisch-formale Unterstützung im Sinne einer Beratung böten (A01, A05, A10, A13). Die Ärzt*innen, die an einem solchen teilgenommen hatten, fühlten sich dadurch besser auf den Arbeitseinstieg in Deutschland vorbereitet.

„[D]as System ist ein bisschen anders ehrlich gesagt und dieser Kurs ist ganz große Hilfe, damit wir einfach die ausländischen Ärzte Ahnung hätten, was und wie richtig ist.“ (A10)

Auch arbeitsbegleitende Lehrstunden, die den Einstieg in die Klinik erleichtern sollten, wurden genannt (A03). Zwei der Ärzt*innen fanden, dass Hilfe bei

medizinisch-kulturellen und medizinisch-inhaltlichen Problemen erst kommen sollte, wenn bereits Sprachkenntnisse vorhanden seien (A03, A12)

Die von den Interviewten besuchten Vorbereitungskurse wurden teilweise von Vermittlungsagenturen angeboten (A06, A07, A09, A13). Dabei waren die Erlebnisse mit diesen Agenturen unterschiedlich, unter anderem abhängig von Größe und Erfahrung der Agentur. Eine Ärztin berichtete von Schwierigkeiten, was die Verfügbarkeit von Informationen anging und von Fehlinformationen, die sie teilweise erhalten hätte (A07). Inwiefern diese Probleme auf die Vermittlungsagentur zurückzuführen sind, wurde aus dem Interview nicht klar. Ein Arzt berichtete von Fehlinformationen von Seiten seiner Agentur und von Missverständnissen, die er auf die Unerfahrenheit der Agentur zurückführte. Beispielsweise sei ihm anfangs gesagt worden, seine Approbation würde automatisch anerkannt, was sich als falsch herausstellte (A13). Trotzdem war er insgesamt zufrieden und auch andere Beschreibungen von Vermittlungsagenturen waren positiv. An ihrer Arbeit wurde insbesondere die Reduzierung des organisatorischen Aufwandes für die Ärzt*innen geschätzt (A07, A09, A13). Ein Arzt fand rückblickend die Möglichkeit, in den Kursen andere ausländische Ärzt*innen kennenlernen zu können und somit Kontakte zu knüpfen, hilfreich (A13). Ein anderer Arzt empfahl neu ankommenden ausländischen Kolleg*innen Vermittlungsagenturen, um ihnen den Einstieg zu erleichtern:

„[D]ie jüngeren Kollegen sollten am besten mit einer Vermittlungsfirma alles machen [...], weil sonst ist es schwieriger. [...] [F]ür mich war es wegen der Unterstützung der Vermittlungsfirma und der Klinik war es ziemlich leicht.“ (A09)

Eine Ärztin ohne Vermittlungsagentur suchte sich bezüglich Arbeitssuche und Finanzierung Hilfe bei Internetportalen und Förderprogrammen wie dem *Netzwerk iQ* (A05).

3.3.2 Berufliche Integration

Mit der beruflichen Integration sind hier die beruflichen Beziehungen zu Kolleg*innen, anderem Gesundheitspersonal und Patient*innen gemeint. Im Großen und Ganzen waren die Ärzt*innen zufrieden mit ihren beruflichen Beziehungen, abgesehen von einzelnen Ausnahmen, auf die im Folgenden noch näher eingegangen wird.

A. „Die deutschen Ärzte akzeptieren nicht so gut die ausländischen Ärzte.“ – Beziehungen zu Kolleg*innen

Der Kontakt zu Kolleg*innen wurde in den Interviews als insgesamt gut beschrieben. Die Ärzt*innen erzählten sowohl aus vergangenen Klinikerfahrungen als auch vom aktuellen Kontakt zu anderen Niedergelassenen Positives.

Im stationären Setting seien Unterstützung und Akzeptanz durch die Kolleg*innen wichtige Faktoren (A01, A02).

Im niedergelassenen Bereich hätte sich der kollegiale Kontakt hauptsächlich auf Qualitätszirkel und andere formale Anlässe beschränkt (A01, A03, A08, A11). In der Regel blieben Beziehungen auf der professionellen Ebene (A03, A08, A11), vereinzelt entwickelten sich daraus aber auch Freundschaften (A08, A12). Der Kontakt wurde als unproblematisch beschrieben, da er in der Regel selektiv erfolgen konnte.

„Es gab [...] die Fortbildungsabende, wo man sich getroffen hat mit den Ärzten, wo man langsam sich kennengelernt hat, ja, sagen wir, okay, mit dem passt es mehr, mit anderem nicht.“ (A11)

Die Kontakte, die in Sprach- und Vorbereitungskursen geknüpft wurden, konnten die Ärzt*innen teilweise über längere Zeit aufrechterhalten (A12, A13). Ein Arzt berichtete von Freundschaften, die sich aus den Vorbereitungskurs-Bekanntschaften entwickelten (A13). Er erzählte auch, dass er diese Kontakte für unbürokratische kollegiale Beratungen nutzen könnte.

„[M]it vielen [aus dem Vorbereitungskurs, d. Verf.] bleiben wir im Kontakt und das hilft auch. Ich kann direkt anrufen und sagen: ‚So, Alexander, ich habe eine Patientin mit so und so Problemen, was soll ich weitermachen?‘“ (A13)

Vereinzelt wurde aber auch von Schwierigkeiten berichtet (A03, A06, A09). Diskriminierungserfahrungen durch Kolleg*innen beschränkten sich in den Interviews auf Kliniken und andere größere Strukturen wie MVZs. Von kleineren Praxen wurde nicht von kollegialer Diskriminierung berichtet.

Eine Ärztin erzählte von einer Mobbing Erfahrung, als sie in ihrer Anfangszeit an einer Klinik eine Stelle bekam, die eine Kollegin wollte, welche nicht gut mit dieser Niederlage umgegangen sei (A03). Ein anderer Arzt, der in einem größeren MVZ arbeitete, erzählte, dass er aufgrund seines Herkunftslandes von Kolleg*innen anfangs als weniger kompetent eingeschätzt worden sei. Dies hätte sich aber bald geändert, nachdem er sein Können gezeigt hätte (A09).

Eine weitere Ärztin erzählte von Kommunikationsproblemen mit Kolleg*innen in der Klinik, die sie auf den anderen kulturellen Hintergrund zurückführte (A06). Gleichzeitig hatte sie das Gefühl, dass die deutschen Kolleg*innen ihr gegenüber verschlossener gewesen seien, weil sie Ausländerin wäre (A06).

„Die Kollegen hier [...] sind verschlossen. Ne. In Spanien wir haben Kollegen, danach wir trinken etwas zum Beispiel [...], aber hier nicht. Sind verschlossen. Nur wir haben Kontakt, die Ärzte mit Ärzten [aus dem Ausland]. [...] Ich denke, dass die deutschen Ärzte akzeptieren nicht so gut die ausländischen Ärzte.“ (A06)

Dieselbe Ärztin hatte auch ein problematisches Verhältnis mit Vorgesetzten in der Klinik, weil sie das Gefühl hatte, dass ihr Können nicht geschätzt und sie fachlich unterschätzt worden sei. Trotz Facharztstitel sei sie als Assistenzärztin eingestellt worden, was mit ihren mangelnden Sprachkenntnissen begründet worden sei. Dies bewog sie dazu, in den ambulanten Bereich zu wechseln (A06). Eine andere Ärztin sah auch im ambulanten Bereich keine Karrierechancen, weil sie keinen Weg in die Selbstständigkeit sah (A07):

„Angestellt. [...] Haben wir eine andere Möglichkeiten?“ (A07)

Zwei Ärzt*innen erzählten von Uneinigkeiten in finanziellen und administrativen Aspekten, was zu Differenzen mit dem Arbeitgeber führte (A05, A07). Die eine Ärztin erzählte von einer mündlichen Abmachung bezüglich des Arbeitsumfangs, die von ihrem Arbeitgeber mit Hinweis auf den Arbeitsvertrag, der eine andere Regelung enthielt, nicht eingehalten worden sei (A07). Die andere Ärztin habe ein

angemessenes Gehalt beim Arbeitgeber einfordern müssen, nachdem sie monatelang unterbezahlt worden wäre (A05).

Von kollegialen Problemen mit dem Arbeitgeber erzählte eine weitere Ärztin (A10). Sie hätte anfänglich persönliche Konflikte mit dem Hausarzt gehabt, bei dem sie angestellt war. Er habe sehr hohe Erwartungen an sie gehabt und nicht berücksichtigt, dass sie eine Einarbeitungszeit benötigte.

„Ich habe jeden Tag geweint mit ihm [dem Arbeitgeber, d. Verf.]. Ich habe gedacht, ich werde verrückt. [...] Er hat irgendwie gemeint, dass ich zu ihm komme und beginne sofort so zu arbeiten, als ob ich bei ihm zehn Jahre ambulant gearbeitet habe [...]. Er hat mich fix und fertig gemacht. Egal was ich gemacht habe, war alles falsch, alles schlecht.“ (A10)

Insbesondere die Abhängigkeit, in der sie zu ihm stand, da ihr Arbeitsvisum von der Arbeitsstelle abhängig war, empfand sie als belastend, da sie nicht einfach die Stelle wechseln konnte. Erst, als er wiederholt die Rückmeldung bekommen hätte, dass die Patient*innen die neue Ärztin akzeptierten und er bemerkte, dass sie ihm viel Arbeit abnahm, sei ihr Verhältnis besser geworden. Außerdem hätte sie bei ihm die Weiterbildung Allgemeinmedizin gemacht, wodurch sie auch auf seine Lehre angewiesen gewesen sei. Sie betonte, dass er ein fachlich guter Arzt wäre, aber sie hätte sich bessere Lehre von ihm gewünscht.

„Er versucht, aber er kann nicht erklären. [...] Und wenn er etwas will, er sagt die Hälfte und dann denkt er, dass alle verstanden haben.“ (A10)

Andere Ärzt*innen hatten sehr gute Beziehungen zu dem Hausarzt, bei dem sie angestellt waren (A01, A06, A12). Anders als im obigen Beispiel gab es auch positive Berichte vom Arbeitgeber in seiner Funktion als Lehrender für die Weiterbildungsassistent*innen (A01). Auch in der früheren stationären Arbeit boten Vorgesetzte teilweise weitreichende Unterstützung an (A06, A08). Zwei Ärzt*innen erzählten, dass ihre Vorgesetzten selbst migrierte Ärzt*innen gewesen seien (A08, A09) und sie somit nicht nur mit der eigenen Erfahrung unterstützen (A08), sondern auch gegen Diskriminierung von Patient*innen schützen konnten (A09).

Eine Ärztin schlug einen Kurs für deutsche Kolleg*innen vor, damit diese die Schwierigkeiten von frisch migrierten Ärzt*innen besser verstehen und ihnen bei der Migration helfen könnten (A03).

B. „Es war so gesagt, dass ich muss nur fragen und die unterstützen.“ –

Mentoring

In den Interviews wurden drei Arten von kollegialer Unterstützung genannt: Erstens Mentoring im eigentlichen Sinne durch Mentor*innen und Pat*innen, zweitens persönliche, selbst-organisierte Unterstützung im kollegialen Rahmen und drittens Peergroup-Austausch mit anderen ausländischen Ärzt*innen.

Im ambulanten Bereich sei bei einem Teil der Ärzt*innen der Hausarzt, bei dem sie angestellt waren, Mentor und Lehrer gewesen (A01, A08, A10). Eine der Ärzt*innen bekam von dieser Seite aber nur wenig Unterstützung (A10). Einer weiteren Ärztin (A05) wurde zwar ein Pate zugeteilt, da dieser aber den Großteil ihrer Anfangszeit nicht gearbeitet hätte, habe sie nicht die angekündigte Hilfestellung bekommen.

„Es war so gesagt, dass ich muss nur fragen und die unterstützen. Aber es war so, dass (...) ja, ich hatte einen Paten hier, aber im November und Dezember – er war vor der Rente – war er leider nicht mehr hier [...]. Deswegen ich hatte [...] keine Hilfe in den ersten zwei Monaten.“ (A05)

Abgesehen von administrativer und fachlicher Hilfe betonte ein Teil der Ärzt*innen auch den Bedarf an emotionaler Unterstützung und kollegialem Verständnis. Gerade in der Anfangszeit, wenn die neue Sprache und die anderen Arbeitsbedingungen für Überforderungen sorgten, wurde eine persönliche Unterstützung für sehr wichtig gehalten. In der vergangenen klinischen Arbeit fühlte sich ein Teil der Ärzt*innen alleingelassen (A01, A08). Einer Ärztin (A08) half es, die Klinik zu wechseln. An ihrem neuen Arbeitsplatz hätte sie einen Vorgesetzten gehabt, der ebenfalls nicht in Deutschland studiert und Verständnis für ihre Anfangsprobleme gehabt hätte:

„Er hat mich sehr begleitet oder anders begleitet wahrscheinlich. Mehr verstanden, wo die Probleme liegen und von ihm habe ich sehr viel gelernt.“ (A08)

Eine weitere Ärztin (A06) erzählte von emotionaler Unterstützung, die sie in einer Klinik von einem Vorgesetzten bekommen hätte:

„Die ersten Tage habe ich Angst gekriegt und ich hatte meinem Chef gesagt: [...] ‚Oh mein Gott, was soll ich machen‘ und [...] dieser Chefarzt hat mir gesagt: [...] ‚Sie sind eine gute Ärztin und Sie schaffen. Sie schaffen alles. Keine Panik. Bleiben [Sie ruhig][...].‘ In zwei Monaten ich war total besser. Aber ich brauchte diese Unterhaltung in diesem Moment.“ (A06)

Wenn die Ärzt*innen keine Mentor*innen gehabt hätten, hätten sie teilweise Unterstützung durch ärztliche Kolleg*innen bekommen (A01, A04). Eine Ärztin (A02) erzählte, wie sie aus der Beobachtung der Kolleg*innen kulturelle Unterschiede im Umgang mit Patient*innen lernte.

„Wenn du mit Kollegen bist, in einer anderen Umgebung, halte dich zurück, warte und schau mal, wie sie die Sache machen und dann mach das du genauso [...]. Wie sprechen die Kollegen mit den Patienten, feine Sachen, das wir anders tun.“ (A02)

Gleichzeitig merkten die Interviewten an, dass alle Ärzt*innen in der Klinik (insbesondere bei ihrem Berufsstart) unter den üblichen Arbeitsbedingungen be- und überlastet seien und deswegen ihren migrierten Kolleg*innen nicht hinreichend helfen könnten (A05, A08).

Es wurde auch vorgeschlagen, wie Mentoring besser organisiert werden könnte. Als besonders hilfreich wurde eine Art Austauschplattform oder Bezugsgruppe für (ambulant tätige) ausländische Ärzt*innen vorgeschlagen (A04, A07, A08, A11). Diese könnte einerseits dazu dienen, die neu ankommenden Ärzt*innen unter sich zu vernetzen, um sich gegenseitig fachlich und psychisch unterstützen zu können (A04). Andererseits könnten migrierte Kolleg*innen, die bereits länger in Deutschland arbeiteten, eingebunden werden und formale Hilfestellungen geben für Anträge, Praxisneugründungen etc. (A04, A07, A11). Es wurde betont, dass Menschen, die denselben Weg gegangen seien, am besten einschätzen könnten, vor welchen Problemen migrierte Ärzt*innen stehen würden (A07, A11).

„Wenn es einfach einen Austausch oder eine Austauschplattform vielleicht geben könnte, [...], dass man die Möglichkeit hat, sich mit Kollegen, die in einer ähnlichen Situation sind, oder vielleicht die diese Anfangssituation schon durchgemacht haben, dass man da einen Austausch ermöglichen kann.“ (A04)

C. „Aber Arzthelferinnen haben mich wirklich unterstützt.“ – Beziehungen zu Medizinischem Personal

Die Aussagen in den Interviews zu Beziehungen mit Medizinischem Personal bezogen sich in der Regel auf Medizinische Fachangestellte (MFAs) (A10, A12) und Pflegenden (A03, A06), ausnahmsweise wurden auch Hebammen (A08) oder eine Gesundheitsmanagerin (A05) erwähnt. Physiotherapeut*innen und andere Heilberufe fanden keine Erwähnung.

Das Verhältnis zu Medizinischen Fachangestellten (MFAs) schien insgesamt gut zu sein. Ein Arzt erzählte von seiner Irritation, dass das Verhältnis von MFAs und Ärzt*innen in der Praxis so förmlich sei (A12). Aus seinem Herkunftsland war er gewohnt, alle in der Praxis mit Vornamen anzusprechen. Eine Ärztin hatte die Erfahrung gemacht, dass sich die Beziehung mit MFAs, die erst kürzlich oder nach ihr in die Praxis kamen, einfacher gestaltet hätte als mit MFAs, die bereits jahrelang dort arbeiteten (A06). Die Ärztin, die vom schwierigen Start mit ihrem Arbeitgeber erzählte, hätte durch die MFAs emotionale und organisatorische Unterstützung bekommen, für die sie sehr dankbar gewesen sei (A10). Auch von den anderen Ärzt*innen wurde das Verhalten der MFAs als unterstützend empfunden.

„Aber Arzthelferinnen haben mich wirklich unterstützt und immer gesagt: ‚Du machst gut und du schaffst das‘.“ (A10)

Bei den stationären Arbeitsverhältnissen, die die Ärzt*innen in der Vergangenheit hatten, gab es allerdings auch negative Erfahrungen mit anderem Gesundheitspersonal. Eine Ärztin beschrieb, dass sie sich von Pflegenden diskriminiert gefühlt hätte (A06). Sie erzählte, dass sie mit deutschen Ärzt*innen verglichen wurde und sich von oben herab behandelt gefühlt hätte. Sie vermutete, dass an diesen Schwierigkeiten unterschiedliche Mentalitäten und ihr eigenes Temperament einen Teil beitrugen. Gleichzeitig stellte sie aber die Frage in den Raum, ob auch ihr Geschlecht damit zu tun haben könnte.

„Aber war [...] keine gute Beziehung mit den Krankenschwestern. [...] Sie immer machen, dass du fühlst, dass du bist Ausländer. Das hat mir gefallen nicht.[...] Immer vergleichen mit anderen deutschen Ärzten. [...] Und auch die Worte: [mit hoher Stimme] ‚Hier machen wir so [...]‘. Entschuldigung, aber das ist nicht nur hier, das sind medizinische Sachen und die machen wir so.“ (A06)

D. „Bidirektionale Annäherung“ – Beziehungen zu Patient*innen

Auch die Beziehungen zu Patient*innen gestalteten sich für die Ärzt*innen in der Regel ohne Probleme (A01, A02, A04, A05, A06, A07, A10, A13). Ein Teil der Ärzt*innen erzählte, wie wichtig es ihnen sei, auf ihre Patient*innen einzugehen (A01, A02, A07). Eine Ärztin (A10) berichtete, dass auch die Patient*innen sehr rücksichtsvoll ihr gegenüber wären, weil sie zum Beispiel ins Hochdeutsche gewechselt hätten, wenn sie merkten, dass ihr Dialekt der Ärztin Probleme bereite. Ein Arzt (A04) sagte, er hätte immer positive Rückmeldung bekommen, wenn er sein Herkunftsland erwähnte. Gleichzeitig überlegte er aber, ob das daran liegen könnte, dass sein Herkunftsland in den Medien mit positiven Assoziationen verknüpft sei und fragte sich, ob er mehr Schwierigkeiten mit Patient*innen hätte, wenn er aus einem Land käme, das in den Medien nur mit Krieg verknüpft sei (A04).

Zwei Ärzt*innen sprachen an, dass die Situation mit Patient*innen im ambulanten Bereich entspannter sei, weil die Patient*innen sich ihre Ärzt*innen aussuchen könnten (A02, A08). Daher würden Patient*innen, die keine migrierten Ärzt*innen wollten, gar nicht erst in ihre Praxen kommen.

„Alle, die hierkommen, wissen, dass sie finden werden eine Ärztin, die nicht in Deutschland geboren ist, die Akzent hat und die kommen. Das heißt, wenn jemand hier[her]kommt, hat diese Kompromiss akzeptiert und hat das entsprechende Vertrauen [...]. Wenn jemand vielleicht denkt, gehe ich nicht zu dieser Ärztin, weil sie nicht Deutsche ist, es hat sich erledigt, bevor die kommen.“ (A02)

Es wurden allerdings stellenweise auch Schwierigkeiten oder Unterschiede im Umgang mit Patient*innen beschrieben. Diese ließen sich in drei Bereiche einteilen: Erstens medizinisch-kulturelle Aspekte direkt auf die Arzt-Patienten-Beziehung bezogen. Zweitens allgemeine soziokulturelle Unterschiede, die nicht spezifisch für das berufliche Setting waren. Und drittens offene Diskriminierung.

Medizinisch-kulturelle Differenzen äußerten sich in unterschiedlichen Ansprüchen an das Arzt-Patienten-Verhältnis. Zwei Ärzt*innen berichteten, dass sie im Vergleich zu deutschen Ärzt*innen mehr mit den Patient*innen redeten (A08, A12). Deutsche Ärzt*innen seien zwar höflich, aber nicht so kommunikativ, sondern eher kurzangebunden (A12). Die Patient*innen hätten aber durchweg positiv auf die vermehrte Kommunikation reagiert (A08).

*„Man spricht viel mit den Leuten und die waren vielleicht eher in diesem Sinne bisschen überrascht, dass ich so viel erzähle oder so viel frage. Nicht [weil] ich neugierig bin, sondern einfach um zu wissen, wie lebt ein Mensch, was macht er. [...] Das war vielleicht ein bisschen überraschend [für die Patient*innen, d. Verf.], aber im Positiven, das war nie ein Nachteil, im Gegenteil, das war ein Vorteil.“ (A08)*

Andere Ärzt*innen berichteten, dass sie sich neu auf die Patient*innen einstellen mussten (A02, A05). In Deutschland sei mehr Wissen zu Gesundheitsthemen vorhanden und auch mehr Interesse an Vorsorgeuntersuchungen (A05). Eine Ärztin (A02) erzählte, dass es in ihrem Herkunftsland viele Analphabet*innen gebe und sie deshalb oft mehrmals erklären habe müssen.

„Dann müssen wir [im Herkunftsland, d. Verf.] dann drei-, viermal wiederholen, was man dann verlangt, dass der Patient die Anweisungen, die wir geben. Hier nicht. Wenn ich das tue, dann wird vielleicht der Patient denken, dass das dann komisch ist.“ (A02)

Ein Arzt berichtete, dass er das Gefühl hätte, dass den Patient*innen in Deutschland eine partnerschaftliche Ebene wichtig sei, während die Patient*innen in seinem Herkunftsland eher ein paternalistisches Beziehungsgefälle zu Ärzt*innen suchten.

„[U]nd dass für einen Italiener vielleicht mehr so dieser paternalistische Aspekt mehr gefragt oder gesucht wurde, wo der Arzt einfach sagt: ‚So du kriegst jetzt dieses Medikament, das nimmst du eine Woche und dann ist gut‘.“ (A04)

Die erwähnten soziokulturellen Unterschiede bezogen sich auf unterschiedliche Umgangsformen im Gespräch (A01, A03, A06, A09). Die Patient*innen wurden im Vergleich mit anderen Ländern als reservierter und höflicher wahrgenommen (A01, A06, A09). Ein Arzt beschrieb seine eigene Kommunikation als „*expansiv*“ und berichtete von einer Beschwerde eines Patienten, weil er zu laut/hektisch kommuniziert hätte (A09).

„Am Anfang waren die Patienten ein bisschen, ich würde sagen, (...) also ich bin ein bisschen expansiv. Wenn wir erklären, dann mache ich so [gestikuliert] oder ich spreche ein bisschen lauter und die Patienten waren ein bisschen, ich würde nicht sagen erschrocken, aber vielleicht, sie wussten auch nicht wie das anzunehmen sozusagen. Da sollte ich mich ein bisschen anpassen, was ändern.“ (A09)

Hervorgehoben wurde von den Interviewten, dass es für medizinisch-kulturelle und soziokulturellen Unterschiede besonders wichtig wäre, aufeinander einzugehen (A01, A03, A04). Nicht nur die Ärzt*innen sollten sich auf kulturelle Unterschiede vorbereiten, sondern auch Patient*innen müssten sich anpassen, wenn sie es mit einem Arzt aus einem anderen Land oder Kulturkreis zu tun hätten. Ein Arzt nannte dies „*bidirektionale Annäherung*“ (A04) und erzählte von einem Artikel in der Tageszeitung ‚Die Welt‘, in der der Arbeitsminister in Nordrhein-Westfalen den Vorschlag machte, dass Patient*innen Englisch lernen müssten, um auf ausländische Ärzt*innen zuzugehen:

„[I]ch denke, da er hat insofern nicht unrecht, dass es glaube ich eine Anpassung von beiden Seiten braucht, also nicht eine unidirektionale, sondern eine bidirektionale Anpassung, dass man das sozusagen für beide gut gestaltet.“ (A04)

Diskriminierung durch Patient*innen wurde von den Interviewten nur in Einzelfällen berichtet. Zum Beispiel im Fall von Patient*innen, die explizit einen deutschen Arzt verlangt hätten (A06, A09):

„Da gab es eine komische Patientin, die immer wieder einen deutschen Arzt verlangte, die wollte nicht von Ausländern untersucht werden. Und der Chef ist ein Iraner. [...] Und der hat in Infobox geschrieben: ‚Wenn nochmal diese Patientin einen arischen Arzt will, dann können wir zu dieser Patientin Auf Wiedersehen sagen und nie wieder in die Klinik [lacht] sie untersuchen‘.“ (A09)

3.3.3 Soziale Integration

Die soziale Integration wurde in den Interviews über die Integration der Familie der Interviewten und über neugeknüpfte soziale Kontakte abgefragt. Außerdem wird in diesem Kapitel auf die Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Heimweh und das jeweilige persönliche Gefühl, integriert zu sein, eingegangen.

A. „Dann plötzlich bin ich hier, sie bei Großeltern“ – Familie und Integration

Für die Ärzt*innen hatten die Familie und die Partnerschaft eine besondere Bedeutung während der Migration. Es war ihnen wichtig, sich in der Partnerschaft über die Migration zu beraten (A05, A09) und auch in der weiteren Familie, vor allem bei den Eltern, Unterstützung und Rat einzuholen (A06, A10). Ein Arzt hätte von der

Familie seiner deutschen Frau viel konkrete Hilfe erhalten, um sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden (A12).

Gleichzeitig gab es Ärzt*innen, die durch Kurse in Deutschland oder zu Beginn der Arbeitszeit von ihrer Familie bzw. ihren Kindern getrennt gewesen seien (A05, A10). Eine Ärztin (A05) erzählte von einem sechswöchigen Sprachkurs, während dem sie allein in Deutschland gewesen sei. Diese Zeit sei so schwer für sie gewesen, dass sie danach nur noch nach Deutschland kam unter der Bedingung, dass ihr Mann und ihre Kinder sie begleiteten. Eine andere Ärztin (A10) sei ein ganzes Jahr allein in Deutschland gewesen und ihre Tochter habe in dieser Zeit bei den Großeltern gewohnt. Obwohl es für sie eine Entlastung gewesen sei, sich in der Anfangszeit nicht auch noch allein um ein Kind zu kümmern, war diese Zeit nicht leicht für sie:

*„Ja natürlich Skype-Unterhaltung, aber trotzdem, sie war immer bei mir sieben Jahre und dann plötzlich bin ich hier, sie bei Großeltern.“
(A10)*

Alle Ärzt*innen mit nicht in Deutschland geborenen Kindern berichteten, dass die Kinder sich leicht und schnell in Deutschland eingewöhnt hätten (A02, A03, A05, A09, A10). Freund*innen zu finden, sich in der Schule einzufinden und mit der Sprache zurechtzukommen gelang den Kindern offenbar recht gut (A02, A05, A09, A10). Eine Ärztin (A10) erläuterte, dass sie aktuell noch ländlich wohnte und arbeitete, aber das kulturelle Angebot nicht ausreichend fände und sie, sobald ihre Tochter älter wäre, in eine Großstadt ziehen würde, um ihr mehr Möglichkeiten bieten zu können.

Insofern bereits verwandte oder verschwägerte Familie in Deutschland lebte, bildete sie oft eine Grundlage für die Wahl des Landes bzw. der Region, in der sich die Ärzt*innen niederließen (A05, A12). Eine Ärztin zog in die Nähe ihrer Schwester (A05), ein Arzt wohnte in der Stadt, in der auch die Familie seiner Frau lebte (A12).

B. „Die Deutschen, die machen auch nicht so leicht Freundschaften.“ –

Soziale Kontakte in Deutschland

Soziale Kontakte wurden von den Ärzt*innen hauptsächlich auf der Arbeit, in der Nachbarschaft oder bei sozialen Ereignissen wie Sport- oder Sprachkursen (A04, A12) geknüpft. Außerdem wurden die Kirche (A01) und Restaurants aus ihrer Heimat (A01) als Orte zum Sozialisieren erwähnt. Kontakte zu anderen Menschen aus dem

Herkunftsland zu knüpfen, wurde durch den ähnlichen soziokulturellen Hintergrund als einfacher erlebt, als Kontakte zu Einheimischen zu finden (A01, A09, A11). Ein Teil der Ärzt*innen berichtete, dass die Menschen in Deutschland nicht so offen seien und es deshalb schwer sei, Freundschaften zu schließen (A03, A06, A08, A09).

„[D]ie Deutschen, die machen auch nicht so leicht Freundschaften. [...] Wir sind ein bisschen offener. Da kann man auch ganz leicht mit anderen Bulgaren unterhalten und kann man auch ganz leicht offen sein und das ist kein Problem, das findet man und erwartet man als normal eigentlich bei uns.“ (A09)

Zwei der Ärzt*innen (A01, A09) erzählten, dass sie prinzipiell glaubten, dass es in Deutschland Vorurteile gegen ihre Herkunftsländer gäbe (Griechenland und Bulgarien), hätten aber selbst noch keine erlebt.

Auch nachbarschaftliche Kontakte spielten eine Rolle. Die Ärzt*innen fühlten sich gut angenommen in ihrer jeweiligen Nachbarschaft (A01, A04, A06, A08, A11, A12, A13). Eine Ärztin erzählte, dass ihre gesamte Nachbarschaft inzwischen bei ihr als Patient*innen sei (A03).

Als ein generelles Problem und Hindernis beim Kontakte knüpfen wurde die geringe Freizeit empfunden (A01, A05, A06, A10, A11). Ein Teil der Ärzt*innen suchte aber auch nicht aktiv nach Kontakten. Eine Ärztin erzählte, sie fühlte sich wohler mit weniger Kontakten und wäre zufrieden mit rein beruflichen Kontakten (A02). Eine weitere Ärztin (A07) gab an, überhaupt keine Kontakte geknüpft zu haben.

C. „Das ist Heimat hier auch.“ – Ein Gefühl von Integration

In einem Teil der Interviews wurde auf das Thema Heimweh eingegangen. Vor allem die Ärzt*innen, die seit über 20 Jahren in Deutschland lebten, sagten, dass sie das Gefühl von Heimweh nicht kennen würden (A03, A08). Deutschland wäre für sie bereits zur Heimat geworden.

„Also es ist anders, aber ich finde es hier gut und ich finde es dort gut. Also je nachdem, wo ich bin, weiß ich, ich könnte eigentlich wieder da leben, ich kann aber hier sehr gut leben, also ich mache für mich keinen Unterschied. Ich habe keine Schmerzen, wenn ich Frankreich verlasse. Es ist für mich egal. Das ist Heimat hier auch.“ (A08)

Ein Arzt erzählte, dass es ihm reichte, wenn er zweimal im Jahr in seinem Herkunftsland Urlaub machte und er es dann nicht vermissen würde (A01). Eine Ärztin sagte, sie vermisse zwar ihre Familie und ihre Kultur, aber es sei nicht schwer gewesen, ihr Land zu verlassen und sie wollte auch nicht mehr zurück (A06). Eine andere Ärztin empfand zwar Heimweh, aber sie wäre auch froh, jetzt in Deutschland zu sein (A10).

Relativ zufrieden waren die Ärzt*innen auch mit ihrer Wohnsituation. Unterschiedliche Präferenzen gab es zu städtischem und ländlichem Wohnen. Während zwei Ärzt*innen (A04, A06) angaben, jetzt gerne in einem Dorf zu wohnen, klagten andere Ärzt*innen, dass sie früher in einer Großstadt gelebt hätten und den Wechsel in ländliche Gebiete schwierig fanden (A09, A10, A13). Als besonders wichtig erwähnt wurden ein subjektiv als schön wahrgenommener Wohnort (A02, A03, A06) und eine zentrale Wohnlage (A01, A05). Zwei Ärzt*innen bekräftigten nachdrücklich, wie wohl sie sich in ihrer Wahlheimat fühlten (A02, A03).

„Verliebt von Anfang an. Ich habe bewundert diese wunderschöne Stadt mit allen diesen kleinen Ecken und Geschichte überall [...]. [I]ch habe nicht vor, irgendwo anders zu wohnen, nur hier.“ (A02)

Die Ärzt*innen hatten unterschiedliche Definitionen für Integration. Zum einen bezog sich die Definition auf die eigene Einstellung. Integration sei die Aneignung der und Anpassung an die neue Kultur und Mentalität (A02, A03, A06, A07) bzw. gar nicht nötig, wenn die eigene Kultur bereits ähnlich sei (A05, A11). Eine Ärztin, die seit vier Jahren in Deutschland war, erzählte, dass die Menschen in Deutschland sehr organisiert seien und sie sich daran angepasst hätte (A06). Eine andere Ärztin, die in den 1990er Jahren nach Deutschland kam, legte hier die Kultur ihres Herkunftslandes ab und übernahm deutsche kulturellen Gewohnheiten (A02).

„Peru ist Peru und wenn wir nach Peru gehen, dann sind wir Peruaner. 100% Peruaner. Esse ich, was alle essen, spreche ich Spanisch die ganze Zeit und (...) höre ich meine Musik, bis ich das nicht mehr ertragen kann. Wenn ich hier bin, dann bin ich hier, dann mache ich die Sachen, die die Leute hier machen.“ (A02)

Eine weitere Ärztin betonte, wie wichtig der Wille zur Integration wäre (A03). Auch sie war bereits seit den 1990er Jahren in Deutschland. Sie selbst fühlte sich integriert in Deutschland und nahm sich auch nicht mehr als Ausländerin wahr.

„Wenn du in Deutschland bist, das ist ein Land, das hat seine Regeln, seine Mentalität und du musst diesen Regeln, Mentalität und dieser Sprache auch entsprechen. Gefällt dir das oder nicht. Nicht du mit deinen Gesetzen kommst in dieses Land, sondern du bist in dem Land, in dem du gesagt hast: ‚Ich möchte hier arbeiten‘. Dann bitte schön bring etwas mit. Sei bereit etwas [zu] lernen. Und sitze nicht so: ‚Jetzt kommt Land [zu mir]‘, nein! Du kommst [zum Land], wenn du das willst.“ (A03)

Zum anderen bezog die Definition sich auf Behandlung durch andere; integriert sei jemand, der genauso behandelt werde wie alle anderen (A06, A12) und soziale Beziehungen im neuen Land unterhalte (A01, A06, A09). In diesem Sinne sah ein Arzt es für sich als nicht möglich an, integriert werden zu können, da er keine Freundschaften mehr wie Zuhause schließen könnte (A09). Gleichzeitig sei Integration auch davon abhängig, wie verständlich einem das soziale System und die Gesellschaft sei (A07). Eine Ärztin meinte, der Begriff Integration beschreibe für sie nur, ob jemand zufrieden sei mit seinem Leben (A02).

„Wenn Sie mich fragen, ob ich mich wohl hier fühle, ich sage ja. Wenn Sie mich fragen, ob das für mich mein Zuhause ist, ich sage ja. Wenn Sie mich fragen, ob ich mit meinem Leben hier zufrieden bin, ich sage, selbstverständlich bin ich zufrieden [...]. Wenn Sie das dann in einem Wort bringen können, das sagt Integration, ja doch, dann bin ich integriert [lacht].“ (A02)

Sehr wichtig erschien in einigen Interviews auch die Abhängigkeit der Integrationsfähigkeit vom Alter (A07, A09, A10). Je älter jemand sei, desto schwerer bis unmöglich wäre die Integration, da zu viel zurückgelassen werden müsse, das in einem neuen Land nicht ersetzt werden könne. Als junger Mensch mit wenig Gebundenheit durch Familie und Freund*innen sei Migration einfacher.

„Also wenn man jung ist, sagen wir zwei-, dreiundzwanzig oder so, ein Student wird, ohne Familie, [...], dann ist es ganz anders.“ (A09)

Die Interviewten bewerteten also ihre Integration zwar nach unterschiedlichen Maßstäben, was aber dennoch zu gleichartigen Ergebnissen führte: Alle Interviewten sahen, abgesehen von zwei Ärzt*innen (A07, A09), ihre Integration als größtenteils erfolgreich an und zogen eine positive Bilanz aus der Migration. Trotzdem gebe es immer wieder Erlebnisse mit Einheimischen, die eine Ärztin (A08) als Stolpersteine

beschrieb, weil sie für diese, trotz ihrer Bemühungen, weiterhin eine Ausländerin bleibe:

„[I]ch bin immer wieder schockiert, wenn man mich fragt: ‚Wann [gehen] Sie zurück nach Frankreich?‘ [...]. Also praktisch dieser Gedanke: ‚Sie sind ein Ausländer.‘ Obwohl ich 35 Jahre hier bin [...] Diese Frage verletzt mich immer ein bisschen. [...] Das ist der einzige, mein einziger Stolperstein immer.“ (A08)

Die zwei Ärzt*innen, die ihre Integration als nicht gelungen ansahen, gaben als Gründe fehlende persönliche Beziehungen und ein Unverständnis für die Gesellschaft an (A07, A09). Bei beiden spielte auch das Alter eine Rolle.

„Vielleicht, [wenn] ich in diesem Land (...) vor 30 Jahren oder 25 Jahren gewesen wäre, dann vielleicht könnte ich integrieren. Aber so alt, so viele Jahre in einem ganz unterschiedlichen System gelebt habe und plötzlich ganze kulturelle Unterschied zu ändern und alles zu verstehen [...] das passiert nicht, das ist unmöglich.“ (A07)

Beide hatten nicht vor, in Deutschland zu bleiben. Der eine Arzt (A09) war zur Zeit des Interviews bereits nach England gezogen.

Die andere Ärztin (A07) war im Vergleich zu den anderen Interviews ein Sonderfall, weil sie sich in allen Bereichen nicht integriert fühlte. Insgesamt zog sie eine negative Bilanz aus der Migration und war auch die einzige Ärztin, die sich privat und beruflich in Deutschland nicht wohlfühlte und sich in naher Zukunft eine Rückkehr in ihr Herkunftsland überlegte. Eine genauere Analyse ihres Falles und den Zusammenhängen zwischen ihren Migrationsbedingungen und ihrem Outcome sprengt den Rahmen dieser Arbeit und kann daher hier nicht weiter erörtert werden. Eine Fallanalyse könnte Gegenstand einer weiteren Studie sein.

Tabelle 6 zeigt einen Überblick der in diesem Kapitel erwähnten persönlichen Integrationshindernisse:

Tabelle 6: Integrationshindernisse

Integrationshindernisse

- Fortgeschrittenes Alter
- Fehlendes Verständnis für die Gesellschaft/Kultur/Mentalität des neuen Landes
- Schwierigkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen

Quelle: Eigene Darstellung

4. Diskussion

Die vorliegende Studie ist unseres Wissens die erste Studie, die die Erfahrungen von International Medical Graduates (IMGs) im ambulanten Setting in Deutschland untersucht. Im Großen und Ganzen zeigen die genannten Probleme in eine ähnliche Richtung wie sie aus dem stationären Bereich in Deutschland und auch international beschrieben wurden. Herausgestellt wurden von den Interviewten Schwierigkeiten mit der Verständigung, bei administrativen Aufgaben, bei der Einfeldung in das neue Gesundheitssystem und bei der beruflichen und sozialen Integration. Die von den Ärzt*innen aufgezeigten Lösungsvorschläge umfassten drei Bereiche: Strukturelle Unterstützung wie Bereitstellung von Leitfäden zur Migration, Ausbau des Angebots an Sprach- und Vorbereitungskursen und persönliche Ansprechpartner*innen in Form von Mentoring oder organisierten Plattformen zur Vernetzung von IMGs.

Im Folgenden werden die Ergebnisse mit deutschen und internationalen Studien mit ähnlichem Hintergrund verglichen und Handlungsempfehlungen für Unterstützungsstrukturen erläutert. Da die Antworten in den Interviews zum Teil sehr umfangreich waren, erfolgt nur eine Diskussion der relevantesten Erkenntnisse.

Zunächst erfolgt eine Diskussion zur Eignung der Methode und zu den Limitationen der Studie.

4.1. Diskussion der Methodik

Die Ergebnisse von Studien müssen immer mit Blick auf die Limitationen der Studienmethodik interpretiert werden. In dieser Studie wurde ein explorativer Ansatz gewählt, der sich dafür eignet, die Breite der möglichen Erfahrungen der Teilnehmenden zu erfassen und dadurch Defizite in den bestehenden Unterstützungsstrukturen zu erkennen und Handlungsansätze abzuleiten. Allerdings führt das Studiendesign mit der geringen Teilnehmer*innenzahl auch dazu, dass die Ergebnisse nicht generalisierbar sind.

4.1.1 Rekrutierung und Sample

Die Rekrutierung gestaltete sich durch die fehlende Dokumentation über migrierte Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich schwierig, was unter Umständen zu einem Selektionsbias der Teilnehmer*innen geführt hat. Da nicht auf die Daten von offiziellen Stellen zurückgegriffen werden konnte, wurden mehrere Rekrutierungsarten gewählt, um ein möglichst heterogenes Sample zu erhalten.

Allerdings wurden die meisten Teilnehmenden mittels Schneeballprinzip gewonnen. Schneeball-Samples sind nicht generalisierbar (Shaghghi et al., 2011). Durch Schneeball-Sampling ließen sich nur Ärzt*innen mit Kontakten zu anderen migrierten Kolleg*innen finden. Das könnte dazu geführt haben, dass überproportional viele Ärzt*innen mit erfolgreicher Integration interviewt wurden, da soziale Kontakte ein Faktor bei Integrationserfolg sind.

Andererseits war auch die Teilnahmequote der kontaktierten Ärzt*innen insgesamt gering, was daran liegen kann, dass der angekündigte Zeitaufwand (30-60 Minuten) hoch war und dies nur Ärzt*innen auf sich nahmen, die ein Interesse am Thema hatten. Daher ist auch durch die Selbstauswahl der Ärzt*innen ein Selektionsbias möglich. Wenn hauptsächlich Ärzt*innen teilnahmen, denen das Thema wichtig ist, weil sie selbst eine schwierige Integration hatten, könnte dies zu einer Überschätzung der Unterstützungsbedarfe geführt haben. Allerdings war das Sample insgesamt so heterogen, dass dies unwahrscheinlich ist.

Außerdem wurden nur Ärzt*innen interviewt, die eine Approbation erhalten hatten. Ärzt*innen, die die Gleichwertigkeitsprüfung oder Fachsprachenprüfung nicht bestanden oder die aus anderen Gründen den Anerkennungsprozess abgebrochen haben, sind nicht im Sample enthalten und somit kann nicht gesagt werden, ob sie eventuell abweichende Bedarfe hätten, die ihnen eine Zulassung ermöglicht hätten. Dies ist aber in fast allen Studien mit ähnlichem Hintergrund der Fall, mit Ausnahme einer Studie, die in einem Vorbereitungskurs erfolgte und somit auch Ärzt*innen enthält, die keine Approbation erhielten (Schnepf, 2013).

Da die interviewten Ärzt*innen nur in Baden-Württemberg und Hessen tätig waren, können die Ergebnisse nicht unbedingt auf andere Bundesländer übertragen werden. Auch Großstädte waren als Praxisstandorte nicht vertreten.

Klingler und Marckmann achteten in ihrem Sample darauf, die häufigsten Herkunftsländer von IMGs in Deutschland zu inkludieren (Klingler & Marckmann, 2016). Dieses Vorgehen wurde für die vorliegende Studie nicht als sinnvoll erachtet, da es keine Daten dazu gibt, wie die Verteilung der Herkunftsländer in der ambulanten Versorgung aussieht. Trotzdem sind mit Griechenland und Russland zwei der fünf allgemein häufigsten Herkunftsländer vertreten (Bundesärztekammer, 2020).

Das Sample der vorliegenden Studie bestand hauptsächlich aus europäischen Ärzt*innen. Außereuropäisch war nur Peru (und Russland) vertreten. Da es keine offiziellen Daten zu den Herkunftsländern von IMGs im ambulanten Bereich gibt, kann nicht gesagt werden, ob Ärzt*innen aus Südostasien, dem Nahen Osten und Afrika hauptsächlich im stationären Bereich arbeiten oder ob die ambulant arbeitenden schlicht nicht erreicht wurden. Insbesondere für Syrien wäre dies interessant, da Syrien aktuell den größten Anteil an ausländischen Ärzt*innen stellt und auch bereits zum Zeitpunkt der Interviews (2017) zu den vier häufigsten Herkunftsländern zählte (Bundesärztekammer, 2017, 2020). Soweit überprüfbar waren aber keine der kontaktierten Ärzt*innen aus Syrien. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass die Einwanderung aus Syrien erst in den letzten Jahren gestiegen ist (Abbara et al., 2019) und daher der Anteil syrischer Ärzt*innen im ambulanten Bereich tatsächlich geringer sein könnte.

4.1.2 Interviews

Die Interviews wurden von einer jungen weißen Frau ohne Migrationshintergrund und ohne Erfahrung in der Interviewführung durchgeführt. Inwiefern dies einen Einfluss auf die Qualität der Interviews hatte, kann nicht abschließend beurteilt werden. Nichtsdestotrotz konnte in allen Interviews ein vertrauensvoller Rahmen hergestellt werden. Der Ort der Interviews war frei wählbar, damit sich die Ärzt*innen wohl fühlten. Da die Interviews persönlich erfolgten, ist nicht auszuschließen, dass es eine Antwortverzerrung aufgrund sozialer Erwünschtheit gab. Es könnte zum Beispiel bei den Gründen für die Migration sein, dass finanzielle Gründe weggelassen oder abgeschwächt wurden.

Außerdem wurden die Interviews auf Deutsch geführt. Dies kann zu Missverständnissen geführt haben oder dazu, dass die Ärzt*innen nicht genau das formulieren konnten, was sie eigentlich ausdrücken wollten.

Vier der interviewten Ärzt*innen sind bereits seit über 20 Jahren in Deutschland. Das heißt, dass ihre Erinnerungen an die Migration und die Anfangszeit in Deutschland weit zurück liegen und unter Umständen verzerrt sind (Recall-Bias).

4.2. Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Der Prozess der Migration: Push- und Pullfaktoren

Die Interviews ergaben eine Vielzahl an Faktoren, die die Migration beeinflussen. Diese können eingeteilt werden in Push- und Pull-Faktoren oder auch in finanzielle Faktoren, berufliche Faktoren und generelle soziokulturelle Faktoren, zu denen beispielsweise familiäre und politische Faktoren zählen (Costigliola, 2011; Humphries et al., 2015; Oberoi & Lin, 2006; Pang et al., 2002; Schumann et al., 2019; Sharma et al., 2012).

Auffallend war in den Interviews, dass die Ärzt*innen aus Russland, Südamerika und Osteuropa die Push-Faktoren stärker werteten, während die Ärzt*innen aus Nord-, West- und Südeuropa mehr von den Pull-Faktoren sprachen. Studien mit Ärzt*innen und Medizinstudierenden aus einkommensschwachen Ländern zeigen, dass für sie die Push-Faktoren ausschlaggebender sind, da sie die Entscheidung zur Migration treffen, bevor sie ein Zielland ausgewählt haben (Oberoi & Lin, 2006; Schumann et al., 2019). Gleichzeitig scheinen in einkommensstarken Ländern die Pull-Faktoren in der Entscheidung zu überwiegen (Gauld & Horsburgh, 2015; Sharma et al., 2012). Ein möglicher Grund könnte sein, dass Ärzt*innen in einkommensstarken Ländern bereits gute Arbeits- und Lebensbedingungen haben und daher keinen großen Druck verspüren, ihr Land zu verlassen.

Außerdem zeigte sich, dass im Gegensatz zu einer Studie, die höhere Löhne und finanzielle Gesichtspunkte als vorrangige Pullfaktoren für nach Deutschland immigrierende Ärzt*innen identifizierte (Ognyanova et al., 2014), das Gehalt bei unseren ambulant arbeitenden Interviewpartner*innen eine untergeordnete Rolle spielte. Die Ursache hierfür lässt sich jedoch aus den vorliegenden Daten nicht beschreiben.

Abgesehen von migrationsunterstützenden Faktoren, die mit den Ergebnissen aus internationalen Studien übereinstimmen (Forcier et al., 2004; Ognyanova et al., 2014; Schumann et al., 2019; Teney et al., 2017), waren unsere Interviewten auch mit Migrationshindernissen konfrontiert. Schwierigkeiten wie der Zeitverlust, der durch den Anerkennungsprozess (Leung et al., 2020; Martineau et al., 2002; Wojczewski et al., 2015), vorübergehende schlechter bezahlte Arbeitsplätze (Kovacheva & Grewe, 2015; Ognyanova et al., 2014) und unbezahlte Praktika (P. McGrath & Henderson,

2009) entsteht, wurden auch aus anderen Settings berichtet. Auch finanzielle Aspekte wie Umzugskosten und eine zeitweilig schlechtere finanzielle Lage als im Herkunftsland waren für unsere Interviewten relevant (Fellmer, 2008). Viele dieser Faktoren könnten durch eine entsprechende Umgestaltung des Prozesses abgemildert werden. Eine Beschleunigung des Anerkennungsprozesses könnte unnötige Wartezeiten der Ärzt*innen minimieren. Auch eine staatliche finanzielle Unterstützung wäre denkbar, insbesondere, was unbezahlte Praktika angeht.

Insgesamt kann also gesagt werden, dass zwar die Push- und Pull-Faktoren der Ärzt*innen individuell und kaum zu beeinflussen sind, der Migrationsprozess aber unterstützt werden könnte, indem Migrationshindernisse abgebaut werden.

4.2.2 Problembereiche der Integration

Die in dieser Studie aufgetretenen Probleme können in vier Bereiche eingeteilt werden: Schwierigkeiten mit Verständigung, mit administrativen Aufgaben, mit dem Einfinden in das neue Gesundheitssystem und mit der sozialen Integration.

A. Sprache und Schwierigkeiten in der Verständigung

Bereits im stationären Setting konnte gezeigt werden, dass fehlende Sprachkenntnisse auf verschiedenen Ebenen Probleme verursachen (Hohmann et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016). Diese Problematik scheint in anderen Bereichen, in denen die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen noch wichtiger ist, wie etwa in Reha-Kliniken (Jansen et al., 2018), eine noch zentralere Rolle zu spielen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass dies auch im ambulanten Setting der Fall ist, wo insbesondere der hausärztliche Bereich gute sprachliche Fähigkeiten erfordert, um die gesamtgesundheitliche Situation der Patient*innen zu erfassen. Hausärztliches Wissen über die Lebensumstände von Patient*innen und die Gespräche darüber haben einen positiven Einfluss auf Compliance und gesundheitliches Outcome der Patient*innen (Levinson et al., 2010; Safran et al., 1998). Außerdem haben Ärzt*innen in Praxen in der Regel weniger Möglichkeiten, sich mit Kolleg*innen über Patient*innen auszutauschen als Ärzt*innen in Kliniken. Deshalb ist es insbesondere im hausärztlichen Bereich wichtig, Schwierigkeiten bei der Verständigung zu thematisieren.

Ambulante Ärzt*innen gaben hier Probleme sowohl bei ihrer Aussprache und Grammatik als auch beim Verstehen von Dialekt an. Bemerkenswerterweise wurde

in unseren Interviews aber vom ambulanten Setting nicht berichtet, dass Schwierigkeiten in der Kommunikation das Arzt-Patienten-Verhältnis derart gestört hätten, dass kein Beziehungsaufbau möglich gewesen wäre. Dieses Ergebnis spiegelt aber nur die Sicht der interviewten Ärzt*innen wider. Es ist möglich, dass die Ärzt*innen sich selbst überschätzten und kein Bewusstsein für ihre eigenen sprachlichen Defizite hatten. Es gibt zumindest Hinweise darauf, dass ärztliche Kolleg*innen die Sprachkenntnisse von ausländischen Ärzt*innen deutlich schlechter einschätzen und von mehr Problemen berichten, als diese selbst (Bhat et al., 2014; Gasiorek & van de Poel, 2012; Triscott et al., 2016). Außerdem scheint es kein Bewusstsein bei IMGs zu geben, inwiefern ihr eigener Akzent die Kommunikation erschwert (Dorgan et al., 2009). Auch von unseren Interviewten sprach niemand den eigenen Akzent an, obwohl dieser in den Interviews teilweise zu Verständigungsproblemen führte.

Um mit dieser Schwierigkeit umzugehen, muss einerseits das Bewusstsein der Ärzt*innen dafür geschärft werden und andererseits müssen die Patient*innen auf die Problematik eingehen. Wie einer unserer Interviewten meinte, müsse es im Idealfall eine „bidirektionale Annäherung“ zwischen Ärzt*innen und Patient*innen geben. Dass deutsche Patient*innen Englisch lernen sollten, wie der Arbeitsminister in Nordrhein-Westfalen 2013 vorgeschlagen hatte („Deutsche Patienten sollen Englisch lernen,” 2014), ist nicht realistisch. Aber es wird zumindest in Zukunft wichtig werden, dass Patient*innen lernen, Verständnis für Ärzt*innen mit unperfekten Sprachkenntnissen im Deutschen entgegenzubringen.

Außerdem sollte die Sicht der Ärzt*innen, die mit IMGs zusammenarbeiten, in Deutschland Gegenstand weiterer Studien sein, um die sprachliche Selbsteinschätzung der migrierten Ärzt*innen in einen größeren Rahmen einordnen zu können. Ein genauso wichtiger Punkt wäre die Wahrnehmung von Patient*innen. Es gibt in Deutschland unseres Wissens bisher keine Studien, die die Sicht von Patient*innen auf migrierte Ärzt*innen beleuchten.

Auch Patient*innen mit Migrationshintergrund mit anderer Muttersprache, die nur wenig Deutschkenntnisse hatten, stellten Hürden für die Ärzt*innen der vorliegenden Studie dar. Dieses Problem ist aber nicht spezifisch für migrierte Ärzt*innen, sondern eine allgemeine Problematik im deutschen Gesundheitssystem (Grosse, 2017; Karger et al., 2017). Nicht klar ist, ob fehlende Sprachkenntnisse auf

Patient*innenseite für migrierte Ärzt*innen problematischer sind als für einheimische, weil sie selbst nur eingeschränkte Sprachkenntnisse haben. Möglich wäre auch, dass migrierte Ärzt*innen trotz unterschiedlicher Muttersprache besser mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen zurechtkommen. Ein Teil der Ärzt*innen der vorliegenden Studie gab an, durch die Migration mehrere Sprachen zu sprechen und geübt in nonverbaler Kommunikation und Gestik zu sein, was den Umgang mit migrierten Patient*innen erleichtern würde.

Grundsätzlich war allen Ärzt*innen in unserer Studie bewusst, dass Sprache, insbesondere im hausärztlichen Bereich, essenziell für die ärztliche Tätigkeit ist, aber die Einschätzung der eigenen Sprachkenntnisse war eventuell nicht immer zutreffend.

B. Administrative Aufgaben für die Zulassung

Die Bewältigung administrativer Aufgaben im Rahmen der Migration und Anerkennung stellte die von uns Interviewten vor eine Herausforderung. Insgesamt herrschte Unsicherheit darüber, an welche Stellen bestimmte Fragen gerichtet werden sollten. Informationsquellen waren unter anderem das Internet und besuchte Kurse, aber einen erheblichen Teil der Informationen scheinen die Ärzt*innen auch über Bekanntschaften bekommen zu haben. Dass informelle Informationen über private Kontakte so eine wichtige Stellung einnehmen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass die offiziell bereitgestellten Informationen nicht in ausreichendem Maße vorhanden, schwer zugänglich oder schwer verständlich sind. Die Hauptprobleme dabei scheinen zu sein, dass Informationen nicht gebündelt zur Verfügung stehen und den Ärzt*innen bereits das Wissen fehlt, wo genau sie suchen sollen.

Im Umgang mit Behörden berichteten die Interviewten von Problemen wie fehlender Rückmeldung bei Mängeln in den Unterlagen, unprofessionellem Verhalten und mangelnder Vernetzung zwischen den Behörden und einzelnen Mitarbeitenden. Diese Probleme scheinen sich im ambulanten und stationären Bereich nicht wesentlich zu unterscheiden (Klingler & Marckmann, 2016; Kovacheva & Grewe, 2015; Loss et al., 2020). Für die Ärzt*innen aus Drittländern war zusätzlich zu behördlichen Problemen die Kenntnisprüfung eine schwere Hürde für die Anerkennung. In Baden-Württemberg erhielten 2019 nur ca. 72% der Nicht-EU-Ärzt*innen, die eine Kenntnisprüfung ablegen mussten, die Approbation (Lucha, 2019), obwohl anzunehmen ist, dass deutlich mehr fachlich geeignet sein dürften.

Die interviewten Ärzt*innen beklagten hierzu, dass die Bewertung undurchsichtig sei, da ihrer Erfahrung nach auch fachlich gute Ärzt*innen durchfallen würden. Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch eine Studie mit Professor*innen aus Prüfungskommissionen, welche bemängelten, dass die Prüfungsinhalte nicht eindeutig wären, dies eine Vorbereitung auf die Prüfung erschwere und so fachliche Kompetenzen unterschiedlich bewertet würden (Farhan et al., 2014). International sind Anerkennungsverfahren meist nicht evidenzbasiert und könnten mit standardisierten Online-Zertifizierungsdatenbanken vereinfacht und verkürzt werden. (Leung et al., 2020).

Hier zeigen sich also einige Schwierigkeiten, aber auch ein großes Unterstützungspotenzial für frisch migrierte Ärzt*innen.

C. Einfindung in das neue Gesundheitssystem

a.) Anpassung an den Rahmen des Gesundheitssystems

Insgesamt wurde die eigene Ausbildung von den von uns interviewten Ärzt*innen als gut eingeschätzt, nur vereinzelt wurde von einem geringen Wissens- und Skillsdefizit im Vergleich zu in Deutschland ausgebildeten Ärzt*innen berichtet. Inwiefern die Selbstwahrnehmung der Interviewten korrekt ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beurteilt werden. In internationalen Studien, die die Leistung von IMGs über objektive Parameter oder die Einschätzung von einheimischen Kolleg*innen untersuchten, wurden teilweise große Unterschiede zwischen IMGs und einheimischen Ärzt*innen beispielweise in der Diagnose und Therapie von Depressionen gefunden (Kales et al., 2006; McDonnell & Usherwood, 2008). Stellenweise scheint auch die Erfahrung im Umgang mit im Herkunftsland unbekanntem Erkrankungen (z.B. Tuberkulose) zu fehlen (Klingler & Marckmann, 2016), da sich das ärztliche Wissen in der Regel auf die im jeweiligen Land vorhandenen Krankheiten bezieht. Dabei sollte aber immer beachtet werden, dass Vorurteile nicht dazu führen sollten, IMGs generell Kompetenz oder technisches Wissen abzuspochen.

Ein Teil der Ärzt*innen kritisierte die finanzielle Vergütung. Bei Angestellten gab es Ärzt*innen, die sich ausgenutzt fühlten, weil ihre Arbeitgeber sie über die Leistungsanforderungen im Unklaren ließen, sich nicht an mündliche Absprachen hielten oder im Vergleich zu deutschen Kolleg*innen nicht dasselbe Gehalt bezahlten. Es ist nicht bekannt, inwiefern ausländische Ärzt*innen in Deutschland tarifvertraglich korrekt bezahlt werden. Da es aber keine Kontrollinstanz gibt, ist

anzunehmen, dass das nicht flächendeckend gewährleistet ist, da die Ärzt*innen bei Unwissenheit vermutlich nicht von Arbeitgeberseite darauf aufmerksam gemacht werden. Auch in anderen Studien wurde berichtet, dass IMGs in eine geringere Gehaltsstufe eingeordnet wurden, als ihnen zustand (Kovacheva & Grewe, 2015). Um die Ärzt*innen vor Betrug zu schützen, scheint eine betrieblich unabhängige Aufklärung über Gehaltsoptionen dringend notwendig.

Beachtenswert ist, dass eine berufliche Herabstufung und fehlende berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, wie auch bei stationär arbeitenden Ärzt*innen beschrieben (Chen et al., 2010; Hohmann et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016; Wojczewski et al., 2015), bei unseren ambulant arbeitenden Ärzt*innen teilweise weitere Gründe für die ambulante Tätigkeit waren. Ambulantes Arbeiten ist also möglicherweise ein Ausweg aus beruflicher Perspektivlosigkeit für IMGs. Gleichzeitig schien aber zumindest einer Ärztin auch die ambulante Anstellung keine Aufstiegschancen zu bieten, da sie keinen Weg in die Selbstständigkeit sah. Dies steht im Gegensatz zu den Interviewten, die sich in einer Einzelpraxis niedergelassen haben. Ein möglicher Unterstützungsfaktor hierbei könnten deutsche (Ehe-)Partner*innen gewesen sein, die fast alle der Ärzt*innen mit eigener Praxis hatten.

Die meisten der Interviewten waren wohlüberlegt in das hausärztliche Setting gegangen. Ihre Beweggründe bei der Entscheidung für die Allgemeinmedizin stimmen mit den Beweggründen deutscher Ärzt*innen überein (Steinhäuser et al., 2011). Trotzdem wurden auch fachliche Herausforderungen, die beim Wechsel von der stationären Arbeit in eine Praxis entstehen, angesprochen. Zusätzlich wurde die bürokratische Belastung, die durch die Abrechnung mit den Krankenkassen entstand, thematisiert. Die Komplexität von Abrechnung und Codierung im niedergelassenen Bereich ist kein rein migrationsspezifisches Problem, auch nicht-migrierte Hausärzt*innen klagen über diese Belastung (Kühlein et al., 2018), aber für migrierte Ärzt*innen scheint die Bewältigung dieser Aufgabe noch herausfordernder zu sein. Auch in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationszentren ist Wissen zu rechtlichen Rahmenbedingungen und Gesetzen wichtig (Jansen et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016), aber im ambulanten Bereich sind Umfang und Bedeutung vermutlich höher, da hier besonderes Wissen bezüglich Abrechnung, Anträgen und Krankenkassen erforderlich ist und die Ärzt*innen dafür in der Regel mehr persönliche Verantwortung tragen.

Deutsche Weiterbildungsassistent*innen, die in die Praxis wechselten, thematisierten in einer Studie auch die Anpassung an ein anderes Patientenkollektiv mit oft banalem Vorstellungsgrund und die andere Arbeitsweise wie beispielsweise abwartendes Offenhalten (Watch & Wait) (Linde et al., 2020). Es ist anzunehmen, dass IMGs in hausärztlichen Praxen mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind und eine Vorbereitung für die ambulante Tätigkeit auch für sie hilfreich wäre.

*b.) Beziehungen zu Kolleg*innen und anderem Medizinischen Personal*

Im Vergleich zur Arbeit in einer Klinik haben Ärzt*innen im ambulanten Bereich oft nur wenige berufliche Kontakte zu Kolleg*innen. Diskriminierungserfahrungen durch Kolleg*innen in unserer Studie betrafen so auch nur die Arbeit in Kliniken und in größeren Strukturen wie MVZs. Dabei wurden zwei Bereiche genannt: Erstens Anzweifeln der Kompetenz und zweitens soziokulturelle Kommunikationsprobleme, die dazu führten, dass sich die Ärzt*innen nicht akzeptiert fühlten. Offene und verdeckte Diskriminierung und rassistische Anfeindungen im kollegialen Rahmen sind auch aus deutschen (Hohmann et al., 2018; Kovacheva & Grewe, 2015) und internationalen Studien (Chen et al., 2010; Wojczewski et al., 2015) bekannt. Im ambulanten Bereich scheinen diese Probleme jedoch weniger ausgeprägt zu sein.

Ein weiterer Aspekt ist die durch einen Arzt wahrgenommene zusätzliche Diskriminierung als Allgemeinmediziner während seiner Tätigkeit in der Notaufnahme. Dass Hausärzt*innen das Gefühl haben, andere Fachrichtungen würden auf sie herabschauen, ist in Deutschland bereits bekannt und stellt kein migrationsspezifisches Problem dar (Natanzon et al., 2010).

Des Weiteren sind aus dem Kliniksetting auch kulturelle Konflikte in der Beziehung von IMGs zur Pflege bekannt (Hohmann et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016). International wird darauf hingewiesen, dass die Hierarchie zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal oft unklar ist und sich die Aufgabenverteilung in den verschiedenen Ländern stark unterscheidet (Hall et al., 2004; Skjeggstad et al., 2015). In der vorliegenden Studie tauchten nur in den Interviews der weiblichen Ärztinnen negative Erzählungen zu anderem Gesundheitspersonal auf. Ein Grund dafür könnte sein, dass die männlichen Ärzte in diesen Beziehungen keine diskriminierenden Erfahrungen gemacht haben und deshalb keinen Bedarf hatten, darüber zu sprechen. Dies kann daran liegen, dass auch die intersektionale Verknüpfung von Diskriminierungsformen in die Beziehung zu anderem Gesundheitspersonal einfließt.

Intersektionalität beschreibt die Position eines Individuums im System sozialer Kategorien, die durch unterschiedliche Gruppenzugehörigkeiten entsteht (Wolanik Boström & Öhlander). Dabei kann die Kombination von sozialem Status (der bei Ärzt*innen höher ist), Ethnizität (Migrationshintergrund führt zu einer eher niedrigen Position), Geschlecht (Frauen werden weniger als Autorität wahrgenommen) und unterschiedlichen kulturellen Vorstellungen bezüglich Hierarchie zu unklaren Hierarchieverhältnissen und sozialen Reibungen in der Beziehung zu Pflegekräften führen (Wolanik Boström & Öhlander).

Im Gegensatz dazu beschrieben die Ärzt*innen der vorliegenden Studie die Beziehungen zu den Medizinischen Fachangestellten (MFAs) in den Praxen als fast durchweg positiv. Die MFAs wurden als freundlich, unterstützend und hilfreich beim Einfinden in die Praxis wahrgenommen. Dabei scheint jedoch bei erfahrenen MFAs die Einordnung in die Hierarchie und Struktur etwas schwieriger.

Insgesamt scheinen sich also die beruflichen Beziehungen von IMGs im ambulanten Bereich einfacher und befriedigender für die Ärzt*innen zu gestalten als in Kliniken.

*c.) Beziehungen zu Patient*innen*

Die interviewten Ärzt*innen hatten ein sehr positives Bild ihres eigenen Umgangs mit Patient*innen. Aus kleinen Praxen wurde im Vergleich zu anderen deutschen Arbeiten aus Kliniken (Klingler & Marckmann, 2016; Kovacheva & Grewe, 2015) nicht von Diskriminierungen durch Patient*innen berichtet. Die in der vorliegenden Studie berichteten negativen Zwischenfälle hatten die Ärzt*innen in Kliniken oder in MVZs erlebt. Wie eine der Ärzt*innen vermutet hat, könnte ein möglicher Grund dafür sein, dass Patient*innen sich ihre Ärzt*innen im ambulanten Bereich meist auswählen können. Ob die generelle Zufriedenheit der Patient*innen über ihre medizinische Behandlung abhängig davon ist, ob die Hausärzt*innen einheimische Ärzt*innen oder IMGs sind, wäre ein interessanter Bereich für künftige Forschung in Deutschland. In Australien zumindest scheint es keine Unterschiede zu geben (Harding et al., 2010).

Die in der vorliegenden Studie angesprochenen Problembereiche mit Patient*innen lassen sich in drei Kategorien einordnen:

1) Medizinisch-kulturelle Unterschiede: Die Ärzt*innen der vorliegenden Studie erzählten von unterschiedlichen Anforderungen an eine Arzt-Patienten-Beziehung. Aus internationalen Studien ist bereits bekannt, dass es für IMGs aus Ländern mit

paternalistischer Arzt-Patienten-Beziehung schwierig sein kann, mit gebildeteren Patient*innen (Lockyer et al., 2007; P. McGrath et al., 2012), die in den therapeutischen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden wollen (P. McGrath et al., 2012; Searight & Gafford, 2006; Slowther et al., 2012), zu tun zu haben. In der vorliegenden Studie wurde ergänzend von Ärzt*innen, die aus nordwesteuropäischen Ländern mit ebenfalls patientenzentrierter Gesprächskultur stammen, angemerkt, dass ihre sehr wortreiche Art der Gesprächsführung positiv von den Patient*innen aufgenommen wurde. Es könnte zukünftig sinnvoll sein, medizinisch-kulturelle Unterschiede in der Beziehung zu Patient*innen mit gegenseitigem Lernen und nicht einer reinen „Anpassung“ der IMGs zu adressieren.

2) Allgemein-soziokulturelle Unterschiede und kulturelle Kompetenz: Dass die Ärzt*innen der vorliegenden Arbeit nur vereinzelt von Problemen bei nonverbaler Kommunikation wie Gestik und Lautstärke beim Sprechen berichteten und diese als geringfügig werteten, könnte daran liegen, dass es tatsächlich keine Probleme gab, oder dass die Ärzt*innen zu wenig interkulturelles Training hatten, um solche Problematiken erkennen zu können. Es gibt zumindest international Hinweise darauf, dass Ärzt*innen und anderes Gesundheitspersonal ihre kulturelle Kompetenz oft nicht einschätzen können (Ohana & Mash, 2015; Shepherd et al., 2019) und IMGs zum Teil Probleme mit nonverbaler Kommunikation haben, weil sie die kulturellen Gepflogenheiten nicht kennen (Gasiorek & van de Poel, 2012; Slowther et al., 2012; Triscott et al., 2015). Dabei könnte kulturelle Kompetenz insbesondere im hausärztlichen Setting dazu beitragen, die Arzt-Patienten-Beziehung (Michalopoulou et al., 2009; Ohana & Mash, 2015) und damit einhergehend Compliance und Therapieerfolg (Kealy et al., 2019; Remmert et al., 2019) zu verbessern.

In den vorliegenden Interviews wurde deutlich, dass viele der migrierten Ärzt*innen im hausärztlichen Bereich einen hohen Anteil an Patient*innen aus demselben Herkunftsland bzw. Kulturkreis oder mit derselben Muttersprache hatten. Es ist leicht nachvollziehbar, dass sich Patient*innen mit Migrationshintergrund Ärzt*innen mit ähnlichem Hintergrund suchen. Hier ist nicht nur dieselbe Sprache von Bedeutung, sondern auch ein ähnlicher kultureller Hintergrund kann dazu beitragen, dass die Patient*innen sich wohler fühlen (Wang et al., 2008).

Aber auch wenn der Migrationshintergrund der Patient*innen ein anderer ist, kann bereits die gemeinsame Migrationserfahrung hilfreich für Ärzt*innen sein, ihre

Patient*innen besser zu verstehen (Chen et al., 2010). Wenn Ärzt*innen durch ihre Migration unterschiedliche Kulturen kennenlernen, kann dies auch zu einer erhöhten Sensibilität im Umgang mit weiteren Kulturen führen (Díaz & Hjörleifsson, 2011; Triscott et al., 2016). Für die Patient*innen kann es außerdem einfacher sein, sich Menschen zu öffnen, die selbst einer marginalisierten Gruppe angehören und ähnliche Diskriminierungserfahrungen gemacht haben.

3) Offene Diskriminierungserfahrungen und Rassismus: Aus internationalen Studien ist bereits bekannt, dass migrierte Ärzt*innen und Ärzt*innen of Color von diversen rassistischen Mikroaggressionen und teilweise von offenem Rassismus durch Patient*innen betroffen sind (McDonnell & Usherwood, 2008; Oliver, 2020; Wheeler et al., 2019). Rassistische Mikroaggressionen sind nach der Definition von Derald Sue kleine und alltägliche diskriminierende Verhaltensweisen, die nicht unbedingt Absicht sind, aber feindselige, herabsetzende oder rassistische Bemerkungen gegen People of Color (PoC) enthalten (Sue et al., 2007). PoC bzw. BIPoC (Black Indigenous People of Color) ist eine Eigenbezeichnung aus dem Anglo-Amerikanischen Raum für Schwarze und andere rassifizierte Menschen (Ha, 2013).

Die Ärzt*innen der vorliegenden Studie berichteten, abgesehen von einem offen rassistischen Erlebnis, bei dem eine Patientin den migrierten Arzt ablehnte, kaum von Diskriminierungserfahrungen durch Patient*innen. Dass rassistische Mikroaggressionen nur von wenigen Ärzt*innen angesprochen wurden, könnte einerseits daran liegen, dass nicht explizit danach gefragt wurde und andererseits, dass das Sample abgesehen von zwei südamerikanischen Ärztinnen nur europäische und russische Ärzt*innen beinhaltete, die möglicherweise weniger rassistischen Anfeindungen ausgesetzt sind. Auch das ambulante Setting könnte hier eine Rolle spielen.

Zwar ist es tatsächlich möglich, dass rassistische Erfahrungen im ambulanten Bereich durch die freie Arztwahl seltener vorkommen. Trotzdem sollten Weiterbildungsbefugte, die migrierte Assistent*innen einstellen, für diese Thematik sensibilisiert sein. Die Interviews zeigen, dass ein proaktiver Umgang und direktes Ansprechen von Rassismus durch Vorgesetzte die Ärzt*innen bestärkte und unterstützte. Es gibt Hinweise darauf, dass es Ärzt*innen leichter fällt, rassistische Anfeindungen anzusprechen, wenn sie bereits Beispiele für angemessene Antworten von Vorgesetzten erlebt haben (Wheeler et al., 2019).

Es zeigt sich also, dass die Beziehungen zu Patient*innen von medizinisch- und soziokulturellen Unterschieden beeinflusst werden, wobei es in Praxen zu weniger Diskriminierungserfahrungen durch Patient*innen zu kommen scheint als in größeren Strukturen wie MVZs oder Kliniken.

D. Soziale und identifikative Integration

Da Integration viele Bereiche umfasst, ist es schwierig, den Begriff einheitlich zu definieren (Castles et al., 2002, S. 112–114). Laut dem Soziologen Friedrich Heckmann kann Integration in vier Dimensionen unterteilt werden. Das sind einmal die strukturelle Integration, die unter anderem die Integration in den Arbeitsmarkt umfasst und die kulturelle Integration, wozu das Lernen der Sprache und Kultur gehören (Heckmann, 2014, S. 72–73). Diese wurden bereits in den vorigen Kapiteln diskutiert. Außerdem die soziale und die identifikative Integration (Heckmann, 2014, S. 72–73), die die Aufnahme alltäglicher sozialer Beziehungen und die Entwicklung von Zugehörigkeitsgefühlen beschreiben. Darauf wird im Folgenden eingegangen.

Die Ärzt*innen sahen ihre persönliche Integration abhängig von zwei Faktoren: Einerseits die migrierte Person, die den Willen haben müsste, sich an die neue Kultur und Mentalität anzupassen. Andererseits die Einheimischen, die bereit sein müssten, die Person willkommen zu heißen. Das erfolgreiche Knüpfen sozialer Kontakte wurde hierbei als zentrales Element gesehen. Abgesehen von zwei Interviewten fühlten sich alle Ärzt*innen größtenteils integriert. Hier ist aber wichtig zu betonen, dass die vorliegende Studie nichts darüber aussagen kann, wie gut die Ärzt*innen integriert sind, sondern nur als wie gut integriert die Ärzt*innen sich selbst einschätzten.

Ein Teil der Interviewten sah sich als integriert an, weil sie sich inzwischen als „deutsch“ identifizierten. Dies kann wie bei einer der interviewten Ärzt*innen zu Enttäuschungen führen, wenn das Umfeld sie weiterhin als „ausländisch“ sieht (Kovacheva & Grewe, 2015, S. 42).

Die zwei Ärzt*innen, die ihre Integration als gescheitert sahen, gaben dafür mehrere Gründe an. Ihr fortgeschrittenes Alter zum Zeitpunkt der Migration, das Unvermögen, engere soziale Kontakte im Sinne von Freundschaften in Deutschland zu finden und ein generelles Unverständnis für die soziokulturellen Werte in Deutschland. In dem einen Fall führten unter anderem diese Faktoren zu einer erneuten Emigration und

im anderen Fall äußerte die Ärztin zumindest den Wunsch, Deutschland wieder zu verlassen. Ob sie tatsächlich in ihr Herkunftsland zurückgekehrt ist, ist nicht bekannt.

Auch in anderen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Bleibeentscheidung gefunden (Oberoi & Lin, 2006). Hier spielen zwar sicherlich auch andere Bereiche eine Rolle, etwa die wirtschaftliche Lage und Weiterbildungsmöglichkeiten (Brugha et al., 2016; Oberoi & Lin, 2006; Teney et al., 2017), wie es auch bei einem der interviewten Ärzt*innen der Fall war. Aber im Vergleich zur Entscheidung der ersten Migration scheinen familiäre und soziale Gründe bei der Entscheidung der erneuten Emigration eine größere Rolle zu spielen (Kovacheva & Grewe, 2015; Teney et al., 2017).

Insbesondere in ländlichen Gebieten könnte die erfolgreiche soziale Integration im privaten Bereich ein wichtiger Bleibefaktor sein (Han & Humphreys, 2005; Kearns et al., 2006). In Deutschland wurden in der Vergangenheit vor allem ländlich IMGs angeworben (Kopetsch, 2009), die somit anfangs keine Entscheidungsmöglichkeit hatten, wo sie wohnen. Auch in den USA, Australien und Kanada füllen die IMGs viele Stellen auf dem Land und/oder in der hausärztlichen Versorgung aus, die bei den einheimischen Ärzt*innen unbeliebt sind (Audas et al., 2005; Birrell, 2004; Cohen, 2006). Oft bleiben diese IMGs aber nur kurz in ländlichen Gebieten und ziehen dann weiter (Audas et al., 2005). Dadurch stellen sie vermutlich auch in Deutschland keine langfristige Lösung für Versorgungsengpässe auf dem Land dar. In der vorliegenden Studie haben zwei (von vier) der Interviewten, die in der ländlichen hausärztlichen Versorgung tätig waren, geäußert, dass sie nicht dort bleiben werden. Ein Dritter war bereits weggezogen und der vierte Arzt machte keine Aussage dazu.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die soziale Integration wichtig für die Bleibeentscheidung der migrierten Ärzt*innen ist. Insbesondere wenn Ärzt*innen auf dem Land angeworben werden, um Versorgungsengpässe zu schließen, sollte dieser Faktor stärkere Berücksichtigung finden.

4.2.3 Lösungsansätze

Auch wenn der Fokus der vorliegenden Arbeit auf den Unterstützungsbedarfen von migrierten Ärzt*innen liegt, soll hier betont werden, dass IMGs nicht nur Unterstützung brauchen, sondern auch Ressourcen in das Zielland mitbringen (Hohmann et al., 2018; Schnepf, 2013). Die Schilderungen der von uns interviewten Ärzt*innen zeugen von Resilienz, Risikobereitschaft und Zielstrebigkeit, wichtigen Eigenschaften für den ärztlichen Beruf und für eine Niederlassung. Außerdem hatte ein Teil der Interviewten ein großes Bedürfnis nach besserer Ausbildung und es kann angenommen werden, dass IMGs unter anderem einen hohen Ausbildungsstand mit der dazugehörenden Erfahrung in das neue Land mitbringen können (Chen et al., 2010; Kovacheva & Grewe, 2015; Triscott et al., 2016).

Im Folgenden werden Handlungsempfehlungen zur Unterstützung von migrierten Ärzt*innen diskutiert. Diese werden aufgeteilt in einfach strukturierende Maßnahmen, individuell gestaltete Vorbereitungskurse und persönliche Unterstützungsstrukturen.

A. Strukturierende Maßnahmen

Eine wesentliche Idee der Interviewten war eine Checkliste bzw. ein roter Faden, der eine Auflistung und Erklärung von Dokumenten und Behördengängen sein soll. Enthalten sein sollten einerseits alle Schritte, die für die Approbation nötig sind, aber auch rechtliche Informationen wie eine Aufklärung über Gehaltsoptionen, um die Ärzt*innen vor Betrug zu schützen. Außerdem können auch allgemeine migrationsrelevante Informationen zur Wohnungssuche, Entscheidung für eine Krankenkasse, Führerschein, Schulen, Anmelden beim Einwohnermeldeamt und Abschließen von Telefonverträgen das Ankommen erleichtern (Bhat et al., 2014; Curran et al., 2008).

Zentral dabei wäre, dass diese Liste gut zugänglich und leicht auffindbar ist, zum Beispiel auf den Internetseiten der Ärztekammern oder einer eigens eingerichteten Webseite. Aktuell gibt es im Internet auf diversen Webseiten Informationen zur deutschen Approbation für Ärzt*innen mit ausländischem Abschluss, aber es gibt keine übersichtliche und leicht auffindbare Seite, die tatsächlich als Leitfaden genutzt werden kann. Die Schwierigkeiten bei der Informationssuche, die die Ärzt*innen in der vorliegenden und auch in anderen Studien beschreiben (Loss et al., 2020), sind ein Hinweis darauf, dass die Informationen trotz der Fülle an Internetseiten nicht barrierefrei zugänglich sind. Die Webseiten *make-it-in-germany.com* und *anerkennung-in-deutschland.de* sind ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings

sind beide Seiten nicht speziell für Ärzt*innen gestaltet und haben deutliches Verbesserungspotenzial, was die Nutzerfreundlichkeit angeht (“Anerkennung in Deutschland,“; “Make it in Germany”). Der Bedarf nach einer übersichtlichen Internetseite, die alle benötigten Informationen enthält, wurde auch schon in anderen Ländern festgestellt (Jalal et al., 2019; B. P. McGrath, 2004).

Tabelle 7 zeigt eine Zusammenfassung der oben diskutierten Lösungsvorschläge und die Problembereiche, die damit jeweils adressiert werden:

Tabelle 7: Strukturierende Maßnahmen

Angesprochene Probleme	Lösungsvorschläge
Fehlende Zugänglichkeit/Auffindbarkeit der Informationen zu Approbation und Arbeitsbeginn	„Roter Faden“/Checkliste <ul style="list-style-type: none"> - Leicht auffindbare und übersichtlich gestaltete Liste mit Dokumenten und Behördengängen, die für Approbation und Migration benötigt werden - Platzierung der Informationen auf einer zentralen Webseite, z.B. der Seite der Ärztekammern oder einer eigens erstellten Webseite, die unabhängig von privaten Organisationen ist - Aufklärung über Gehaltsoptionen von neutraler Seite
Private bürokratische Herausforderungen wie Einwohnermeldeamt, Wohnungssuche, Telefonvertrag etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu Steuer, Wohnungssuche, Banking, Schulen, Telefonverträge etc. sollten in der „Checkliste“ enthalten sein

Quelle: Eigene Darstellung

B. Individuelle Vorbereitungskurse

Auch wenn die Interviewten größtenteils mit ihren **Vermittlungsagenturen** zufrieden waren, gab es auch Berichte von fehlenden Informationen durch die Agenturen. International scheint es Fälle von absichtlicher Fehlinformation durch Vermittlungsagenturen bzw. Rekrutierungsfirmen zu geben (Klingler & Marckmann, 2016; Pittman et al., 2010). Bisher gibt es in Deutschland keine Kontrollinstanzen für die Qualität von Vermittlungsagenturen (Klingler & Marckmann, 2016), was geändert werden müsste, um die Ärzt*innen vor Betrug zu schützen.

In Tabelle 8 sind die relevanten Aufgabenbereiche von Vermittlungsagenturen, die in den Interviews hervorgehoben wurden, aufgelistet:

Tabelle 8: Relevante Aspekte einer Vermittlungsagentur

Relevante Aspekte einer „guten“ Vermittlungsagentur

- Unterstützung bei der Approbation/Anerkennung
- Organisation/Bereitstellung eines Sprachkurses
- Organisation eines Kurses zur Einführung in das Gesundheitssystem
- Bereitstellung einer Wohnung bzw. eines Zimmers
- Kontakte/Bekanntschaften unter den migrierten Ärzt*innen ermöglichen
- Genaue Kenntnis der aktuellen gesetzlichen Regelungen
- Unterstützung bei der professionellen Übersetzung der Diplome
- Hilfe bei der Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung (nur für nicht-EU-Ausländer*innen relevant)
- Unterstützung bei der Organisation eines Visums (nur für nicht-EU-Ausländer*innen relevant)

Quelle: Eigene Darstellung

Abgesehen von Vermittlungsagenturen gibt es auch **andere Agenturen**, die, teilweise in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern, Einführungskurse in das Gesundheitssystem anbieten, wie beispielsweise das VIA-Institut in Nürnberg (Klug, 2006) oder das IQ Netzwerk in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein (Freiburg International Academy, 2021; Hahn & Steinhäuser, 2019). Gemeinsam haben solche Angebote, dass sie dezentral angeboten werden und die Ärzt*innen Unterstützung bräuchten, um sie überhaupt finden und effektiv nutzen zu können.

Die interviewten Ärzt*innen waren sich einig, dass **Vorbereitungskurse** hilfreich und nötig für neu ankommende Ärzt*innen sind. Diese sollten sowohl allgemeine Themen behandeln, als auch gleichzeitig auf die unterschiedlichen Bedarfe der IMGs eingehen (Curran et al., 2008) – abhängig beispielsweise von Herkunftsland und Vorerfahrungen. Insofern müssten auch **einführende Kurse ins Gesundheitssystem** für IMGs, die im ambulanten Bereich beginnen wollen, vom Umfang und den Themen abgestimmt werden, da das Wissen, das für das stationäre Setting genügt, im ambulanten Setting nicht ausreicht (Linde et al., 2020). Beispielsweise müssten die international unterschiedlichen Aufgabenbereiche von Hausärzt*innen angesprochen und psychiatrische Themen in die Kurse aufgenommen werden (Searight & Gafford, 2006). Es gibt unseres Wissens bisher keine Kurse, die

spezifisch auf eine ambulante Tätigkeit vorbereiten. Trotz unterschiedlicher persönlicher Präferenzen wäre es sicher möglich, dass mit einem speziellen Angebot von Vorbereitungskursen, die auf die ambulante Tätigkeit vorbereiten, der Anteil der IMGs, die in den ambulanten Bereich gehen, erhöht werden kann.

Tabelle 9 zeigt einen Überblick, um welche Themen einführende Kurse speziell für den hausärztlichen Bereich unter anderem ergänzt werden müssten. Dabei sind die von den Interviewten genannten Themen um die von Linde et al. und Searight et al. identifizierten Themen erweitert worden (Linde et al., 2020; Searight & Gafford, 2006).

Tabelle 9: Spezifische Themenvorschläge für Vorbereitungskurse für Allgemeinmedizin

Themen bezüglich des Gesundheitssystems	Themen bezüglich fachlichen Wissens
Überblick über die Rolle der Hausarztversorgung im deutschen Gesundheitssystem	Eine ungewohnte Zusammensetzung der Patient*innen mit oft banalen Vorstellungsgründen
Krankenkassensystem	Abwartendes Offenlassen (Watch & Wait)
Abrechnung und Codierung von Leistungen	Einführung in Sonographie
	Psychiatrisches Grundverständnis
	Vorbereitung auf breites Spektrum der Erkrankungen

Quelle: Ergänzung eigener Ergebnisse mit den Ergebnissen von (Linde et al., 2020) und (Searight & Gafford, 2006).

Als sinnvoll empfunden wurde auch eine **Vorbereitungszeit**, in der ohne die Verantwortung einer vollen Arbeitskraft gearbeitet werden könnte. Also ein begleitetes Praktikum, um Praxiserfahrung zu sammeln und im geschützten Rahmen lernen zu können, bestenfalls mit arbeitsbegleitenden Lehrstunden. Als Gastarzt*in oder Hospitant*in ist so ein freiwilliges Praktikum bereits möglich. Allerdings wird dieses meist kaum oder gar nicht bezahlt, weshalb es für migrierte Ärzt*innen oft aus finanziellen Gründen keine Option ist, falls ihr Herkunftsland ihnen kein Stipendium zahlt ("Was ist ein Gastarzt?"). Dabei wird der Wunsch nach und auch der Nutzen von einer Übergangszeit oder einem vorhergehenden Praktikum von internationalen Studien bestätigt (Curran et al., 2008; Hashim, 2017; P. McGrath & Henderson, 2009).

Vorgeschlagen wurde außerdem, die Arbeit in Deutschland **stationär zu beginnen**. Dafür würde sprechen, dass es im stationären Setting in der Regel mehr Ansprechpartner*innen und mehr Möglichkeiten für Mentoring gebe. In einer Praxis ist die einzige weitere Arztperson oft der Arbeitgeber, der allein das gesamte Einlernen und Unterstützen übernehmen muss. In einer Klinik hätten die Ärzt*innen auch mehr Gelegenheit, die deutschen Kolleg*innen in ihrem Umgang mit Patient*innen zu beobachten und daraus zu lernen, was in Praxisräumen kaum möglich ist. Allerdings wurde dies nur von einer (von sechs) der Interviewten, die ihre Arbeit in Deutschland ambulant begonnen haben, thematisiert. Daher könnte es sich auch um eine individuelle Präferenz handeln, die nicht verallgemeinert werden kann. Schlussendlich sollten migrierte Ärzt*innen selbst darüber entscheiden dürfen, ob sie in Deutschland im ambulanten oder stationären Bereich arbeiten.

Des Weiteren wurden **Sprachkurse** angesprochen. Das Angebot an spezifisch-medizinischen Sprachkursen scheint sich in den letzten Jahren verbessert zu haben, ist aber noch weiter ausbaufähig. Insbesondere die schriftliche Sprache scheint in den Kursen zu kurz zu kommen und auch der Zugang zu Kursen ist nicht so barrierefrei wie er sein könnte. Außerdem sollte beachtet werden, dass nicht nur die Kommunikation mit Patient*innen Teil der Sprachkurse sein sollte, sondern auch die Kommunikation mit Kolleg*innen und professionellen Kooperationspartner*innen (Gasiorek & van de Poel, 2012). Dies ist sicher im stationären Bereich von größerer Bedeutung, aber auch im ambulanten Setting müssen sich die Ärzt*innen mit Kolleg*innen und anderen Gesundheitsversorger*innen verständigen können.

Zusätzlich könnten **berufsbegleitende Sprachkurse** sinnvoll sein. Trotz der Einführung der Fachsprachenprüfung kann davon ausgegangen werden, dass es insbesondere im hausärztlichen Bereich, wo Gesprächsführung ein wichtiger Teil der Diagnostik ist, zu Verständigungsproblemen mit Patient*innen kommt. Eine weitere Anhebung des Sprachniveaus scheint keine praktikable Lösung. In berufsbegleitenden Kursen könnten die Ärzt*innen die im Berufsalltag auftauchenden Sprachbarrieren zeitnah in einem professionellen Rahmen besprechen und durch die kontinuierliche Anwendung des gelernten Wissens profitieren. Durch den andauernden Sprachunterricht kann auch das Bewusstsein der Ärzt*innen für eigene sprachliche Defizite geschult werden. Außerdem könnte das Problem des regionalen Dialekts in solchen Sprachkursen aufgegriffen und geübt werden. Da Ärzt*innen im

ambulanten Bereich allerdings dezentraler arbeiten als die Kolleg*innen im stationären Setting, müsste in Einzelfällen entschieden werden, inwiefern Gruppenunterricht geeignet ist oder ob beispielsweise auf digitale Lehrformate zurückgegriffen wird. Bereits umgesetzt wird eine **Online-Lernplattform** für Kommunikation im englischsprachigen Projekt *Doctors Speak Up* (www.doctorsspeakup.com), wo IMGs online Anamnesegespräche, Grammatik, Vokabeln und Aussprache üben können (Woodward-Kron et al., 2015). Berufsbegleitend könnten auch professionelle **Online-Sprachübersetzungsdienste** hilfreich sein, um den Ärzt*innen den klinischen Alltag mit der Fremdsprache zu erleichtern (Leung et al., 2020).

Die unterschiedlichen Anforderungen an die therapeutische Beziehung sind ein weiterer wichtiger Punkt für Vorbereitungskurse. Mehrere Autor*innen weisen auf die Relevanz von **interkulturellen Trainings** für IMGs hin (Curran et al., 2008; Roche, 2014). Auch für deutsche Ärzt*innen und insbesondere Hausärzt*innen mit migrierten Weiterbildungsassistent*innen kann ein interkulturelles Training hilfreich sein, da es die Kommunikation im Arbeitsverhältnis erleichtern könnte.

Daneben wären auch **antirassistische Trainings** sinnvoll, damit betroffene und auch nicht-betroffene Ärzt*innen sich gegen rassistische Diskriminierung wehren können (Wheeler et al., 2019). Es gibt bereits Modellprojekte in den USA, die zeigen, dass Trainings, um rassistische (und andere) Mikroaggressionen zu erkennen und ihnen selbstbewusst begegnen zu können, gut angenommen werden und von den Studierenden und Ärzt*innen als erfolgreich gewertet werden (Acholonu et al., 2020; Sotto-Santiago et al., 2020). Ein weiterer wichtiger Grund für antirassistische Trainings für alle Ärzt*innen ist, dass auch Patient*innen of Color rassistischen Anfeindungen von Gesundheitspersonal ausgesetzt sind (Hamed et al., 2020; Miller & Peck, 2020; Snyder et al., 2018) und dass rassistische Diskriminierungserfahrungen schwerwiegende negative gesundheitliche Auswirkungen haben können (Donovan et al., 2013; Huynh, 2012; Krieger & Sidney, 1996). Ärzt*innen müssen in der Lage sein, gesellschaftliche Ungerechtigkeitsverhältnisse mitzudenken, weil sie nur so die individuellen Krankheitsfaktoren ihrer Patient*innen erkennen können.

Tabelle 10 zeigt eine Zusammenfassung der oben diskutierten Lösungsvorschläge und die Problembereiche, die damit jeweils adressiert werden:

Tabelle 10: Individuelle Vorbereitungskurse

Angesprochene Probleme	Lösungsvorschläge
Fehlinformationen/Betrug durch Vermittlungsagenturen	Staatliche Vorgaben und Kontrolle der Vermittlungsagenturen
Das Wissens- und Skills-Spektrum muss angepasst werden	Individuelle Vorbereitungskurse bspw. für den ambulanten Bereich <ul style="list-style-type: none"> - Thematisierung medizinisch-kultureller Unterschiede - Individuelle Erhebung von Wissenslücken
Einarbeitung in die Abläufe und Regelungen des Gesundheitssystems braucht Zeit <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Kenntnis der Abläufe und Regelungen - Kompliziertes Krankenversicherungssystem mit privaten und gesetzlichen Versicherungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bezahlte Vorbereitungszeit bspw. mit Lehrstunden begleitete Praktika - Beginn der Arbeit im stationären Bereich zur erleichterten Einarbeitung - Seminare zur Einführung ins Gesundheitssystem (z.B. durch Vermittlungsagenturen)
Das Angebot an Sprachkursen ist nicht ausreichend und Probleme im schriftlichen Ausdruck und mit regionalem Dialekt werden nicht genug thematisiert	Ausbau spezialisierter Sprachkurse und erleichteter Zugang dazu <ul style="list-style-type: none"> - Besonderes Augenmerk auf Verstehen von Dialekt und Schreiben - Berufsbegleitende Sprachkurse - Online-Lernplattformen
Medizinisch-kulturelle Unterschiede in der Beziehung zu Patient*innen oder Kolleg*innen, die zu Verständigungsproblemen führen	Interkulturelles Training sowohl für IMGs als auch für einheimisches Gesundheitspersonal
Rassistische Anfeindungen und Diskriminierung durch Kolleg*innen und Patient*innen	Antirassistisches Training sowohl für IMGs als auch für einheimische Ärzt*innen
Deutsche Kolleg*innen haben teilweise wenig Verständnis für frisch migrierte IMGs	Gemeinsame Kurse mit deutschen Berufsanfänger*innen

Quelle: Eigene Darstellung

Vorteilhaft könnten auch **gemeinsame Kurse** mit deutschen Berufsanfänger*innen bzw. Weiterbildungsassistent*innen der Allgemeinmedizin sein. Die interviewten Ärzt*innen thematisierten mehrfach, dass viele der Probleme, die IMGs beruflich haben, nicht migrationsspezifisch seien, sondern alle frischen Ärzt*innen in vielerlei Hinsicht ähnliche Erfahrungen machten. Auch wenn IMGs zusätzlich noch die Herausforderungen, die durch die Migration entstehen, bewältigen müssen (Chen et al., 2011), sollten die Unterstützungsstrukturen nicht nur für IMGs ausgebaut werden, sondern alle Ärzt*innen sollten Unterstützung für den ambulanten Berufsstart erhalten. Eine besondere Chance ergäbe sich durch gemeinsame Kurse deutscher und immigrierender Weiterbildungsassistent*innen, da dadurch gegenseitiges Lernen voneinander und soziale Kontakte zwischen IMGs und deutschen Ärzt*innen gefördert werden können. Außerdem könnte dadurch auch das Verständnis füreinander verbessert werden.

Eine effektive Vorbereitung der IMGs sollte also Sprachkurse, eine Einführung in das Gesundheitssystem und kulturelle und antirassistische Trainings enthalten. Diese sollten an die unterschiedlichen Bedarfe der Ärzt*innen angepasst sein und bestenfalls teilweise mit deutschen Ärzt*innen gemeinsam erfolgen.

C. Persönliche Unterstützung

Es gibt viele Definitionen von **Mentoring**, aber allgemein anerkannt ist, dass es sich bei Mentoring um eine persönliche Beziehung handelt, die eine Person in der persönlichen oder beruflichen Entwicklung unterstützt (Mullen & Klimaitis, 2021). Obwohl der Mentoring-Bedarf von IMGs bereits in einigen Studien hervorgehoben wurde (Atri et al., 2011; Curran et al., 2008; Klingler & Marckmann, 2016; Lockyer et al., 2007), scheint nach unseren Proband*innen weiterhin deutlicher Verbesserungsbedarf.

Bei den Ärzt*innen in einer hausärztlichen Praxis übernahm oft der Arbeitgeber die lehrende und Mentoring-Funktion. Dies funktionierte teilweise gut, teilweise nicht, abhängig von der zwischenmenschlichen Beziehung der Ärzt*innen. Auch deutsche angehende Allgemeinmediziner*innen berichten, dass die 1:1-Betreuung in einer hausärztlichen Praxis Vor- und Nachteile hat (Steinhäuser et al., 2011). **Weiterbildungsbefugte** sollten **didaktisch fortgebildet** und es sollte einer regelmäßigen **Evaluation unterzogen** werden, ob die Assistent*innen eine ausreichende Weiterbildung erhalten (Steinhäuser et al., 2011), was teilweise bereits in

Weiterbildungsverbänden wie der KWBW Verbundweiterbildungplus® (Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg) für Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin umgesetzt wird (Stengel et al., 2021). Solche Programme würden auch IMGs zugutekommen, da sie sowohl sozial als auch fachlich eingebunden wären, insbesondere, wenn sie in Deutschland direkt mit der ambulanten Arbeit beginnen.

Außerdem würde ein solches Programm auch einen gewissen Schutz für internationale Weiterbildungsassistent*innen bieten. Die Ärztin, die nicht mit ihrem Arbeitgeber zurechtkam, aber wegen ihres Visums von ihm abhängig war, macht deutlich, in welcher vulnerablen Position migrierte Ärzt*innen sind. Insbesondere in Einzelpraxen, in denen der Arbeitgeber der einzige kontinuierliche ärztliche Kontakt ist, wird vom Arbeitgeber sowohl fachliche als auch emotionale und administrative Unterstützung erwartet. Aktuell müssen die Hausärzt*innen, die IMGs als Weiterbildungsassistent*innen beschäftigen, dies allein bewältigen bzw. sind möglicherweise keine gute Unterstützung für die IMGs. Wie diese Hausärzt*innen ihre Situation einschätzen und welche Bedarfe sie haben, wäre ein wichtiger Ansatz für weitere Studien. Es gibt zwei deutsche Studien, die die Sicht von Interessenvertreter*innen aus dem Gesundheitssystem auf IMGs beleuchten (Klingler et al., 2018; Kovacheva & Grewe, 2015), aber die Sicht von Niedergelassenen, die IMGs anstellen, wurde bisher nicht untersucht.

Ein weiterer Vorschlag wäre (externes) **strukturiertes berufliches Mentoring**, das beispielsweise durch die Ärztekammern organisiert werden könnte. Freiwilliges Mentoring hat den Nachteil, dass es zu großen Unterschieden in der Qualität und in der Motivation der Mentor*innen kommen kann. Um diesem Problem zu begegnen, gibt es beispielsweise in Kanada ein vertraglich geregeltes Mentoringprogramm im fachlichen Rahmen für ausländische Allgemeinärzt*innen (Maudsley, 2008). Dieses Programm ist für Fachärzt*innen gedacht, die eine Praxis im hausärztlichen Bereich übernehmen. Daher ist es nicht unmittelbar auf die Situation in Deutschland anwendbar, wo es vermutlich hauptsächlich um Weiterbildungsassistent*innen geht. Aber es wird auf einige Punkte hingewiesen, die auch im hiesigen Kontext relevant sein können. In dem Programm werden die Mentor*innen in einem Workshop auf das Mentoring vorbereitet, bekommen ein Handbuch und eine Bezahlung. Es wird erwartet, dass 4-5h/Woche für das Mentoring aufgewendet werden. Außerdem gibt es eine Probezeit von zwei bis vier Wochen, um die Kompatibilität von Mentor*in und

Mentee zu prüfen. Der Erfolg des Mentorings wird regelmäßig evaluiert (Maudsley, 2008). Diese Punkte könnten auch für IMGs, die in hausärztlichen Praxen anfangen, eine Verbesserung des Mentorings erreichen.

Des Weiteren wurde **administratives Mentoring** vorgeschlagen. Damit war eine Ansprechperson gemeint, die bei Fragen zu rechtlichen und administrativen Schwierigkeiten persönlich hilft und die im Zweifelsfall auch bei Behörden für die Ärzt*innen einsteht. Teilweise könnte dies von Arbeitgeber*innen übernommen werden, beispielsweise die Unterstützung bei der Wohnungssuche. Eine andere Idee wäre eine **Online-Sprechstunde** (Jalal et al., 2019; Loss et al., 2020). Aktuell gibt es in Deutschland privatwirtschaftliche Initiativen wie beispielsweise die Ärztevermittlung *HiPo Executive GmbH*, die Ärzt*innen aus dem Ausland Unterstützung bei Bewerbungsgesprächen, Vertragsverhandlungen und Behördengängen anbieten (HiPo Executive GmbH). Um diese Art von Mentoring für alle migrierten Ärzt*innen zugänglich zu machen, wäre eine Zusammenarbeit mit staatlichen Behörden von Vorteil. Dies würde auch eine einheitliche Unterstützung gewährleisten.

Migrierte Ärzt*innen könnten außerdem **soziales Mentoring** erhalten, das sie in soziale Aktivitäten einbindet (Atri et al., 2011). Eine Idee für ländliche Gegenden wären **Sprecher*innen der Gemeinde**, die dabei helfen, soziokulturelle Kontakte in der örtlichen Gemeinde zu knüpfen (Curran et al., 2008). In Anbetracht der Relevanz der privaten Integration für die Bleibeentscheidung der IMGs ist das ein wichtiger Punkt.

Neben Mentoring wurden **Unterstützungsnetzwerke** in den Interviews als wichtige Pfeiler kollegialer Unterstützung genannt. Solche Vernetzungen zwischen IMGs scheinen im kleinen Rahmen bereits zu existieren (Farag & Olaogun, 2020; Loss et al., 2020) und sie scheinen sogar hilfreicher als offizielle Informationsseiten zu sein (Schumann et al., 2019). Die wichtige Rolle dieser informellen Netzwerke sollte aufgegriffen werden. So könnte über solche Online-Austauschforen von offizieller Seite informiert werden oder sogar eine **Online-Austauschplattform** bereitgestellt werden. Kontakte zu anderen ausländischen Ärzt*innen zu knüpfen, ist im ambulanten Bereich komplizierter als in Kliniken, wo oft mehrere IMGs im selben Haus arbeiten. Auch die einheimischen Ärzt*innen in der Allgemeinmedizin wünschen sich mehr Vernetzung (Steinhäuser et al., 2011). Hier könnte es also sinnvoll sein, die Vernetzung von migrierten und einheimischen Weiterbildungsassistent*innen in der Allgemeinmedizin gemeinsam zu denken. Dies könnte bspw. durch die

Ärzttekammern oder über Weiterbildungsverbände organisiert werden. Hilfreich wäre auch ein Austausch mit IMGs, die bereits länger in Deutschland leben und arbeiten. Deren eigene Erfahrung macht sie zu kompetenten Berater*innen, die Hilfestellungen bei Anträgen und Behördengängen geben könnten (Chen et al., 2011; McDonnell & Usherwood, 2008; Terry et al., 2014).

Tabelle 11 zeigt eine Zusammenfassung der oben diskutierten Lösungsvorschläge und die Problembereiche, die damit jeweils adressiert werden:

Tabelle 11: Persönliche Unterstützung

Angesprochene Probleme	Lösungsvorschläge
Anfängliche Überforderung im beruflichen Alltag	Berufliches Mentoring <ul style="list-style-type: none"> - Bspw. durch didaktisch fortgebildete Weiterbildungsbefugte oder spezielle Mentor*innen - Eventuell Organisation über Ärztekammern - Emotionale und fachliche Unterstützung - Teilnahme Weiterbildungsverbände
IMGs sind behördlicher Willkür ausgesetzt (lange Wartezeiten, fehlende Rückmeldungen oder mangelnde Professionalität)	Administratives Mentoring <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Berater*innen, die für die Belange ihrer Schützlinge eintreten - Online-Sprechstunde
Erschwerte soziale Integration durch soziale Isolierung in ländlichen Gegenden	Soziales Mentoring <ul style="list-style-type: none"> - Mentor*innen, die die IMGs in soziale Aktivitäten einbinden
Ambulant tätige Ärzt*innen haben wenig Kontakt zu anderen migrierten Ärzt*innen	Austauschplattform (online) oder Bezugsgruppe <ul style="list-style-type: none"> - Zur Vernetzung migrierter Ärzt*innen speziell im ambulanten Bereich - Vernetzung von IMGs und einheimischen Ärzt*innen im ambulanten Bereich - „Privates Unterstützungsnetzwerk“ - Sowohl für Neuankömmlinge als auch für Ärzt*innen, die bereits länger in Deutschland arbeiten

Quelle: Eigene Darstellung

4.2.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Studie ist ein erster Versuch, die Bedarfe von migrierten Ärzt*innen in der ambulanten und speziell der hausärztlichen Versorgung zu erheben und Impulse für Lösungsansätze zu geben. Die identifizierten Probleme betrafen die Bereiche Verständigung, administrative Aufgaben und die berufliche und soziale Integration. Die Lösungsvorschläge umfassten drei themenübergreifende Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen, die in Tabelle 12 zusammengefasst sind.

Um die genannten Lösungsvorschläge umzusetzen, bedarf es einer Zusammenarbeit mehrerer Akteur*innen. Hier seien insbesondere die Ärztekammern, Landesprüfungsämter, Anbieter von Vorbereitungskursen und Vermittlungsagenturen genannt.

Besonders hervorzuheben ist ein möglicher Nutzen von Kursen, die gemeinsam mit deutschen Weiterbildungsassistent*innen absolviert werden. Dies wäre bspw. umsetzbar in Seminaren zur Einführung in das ambulante Gesundheitssystem und interkulturellen Trainings für Ärzt*innen. Gemeinsame Kurse könnten gegenseitiges Lernen bei fachlichen und interkulturellen Fragen fördern. Außerdem könnten migrierte Ärzt*innen von den deutschen Kolleg*innen bei sprachlichen und medizin-kulturellen Problemen unterstützt werden. Bei den deutschen Ärzt*innen könnten Verständnis und Toleranz für IMGs gesteigert werden. Die Organisation solcher gemeinsamen Kurse könnte von Weiterbildungsverbänden unterstützt bzw. ganz oder teilweise übernommen werden.

Tabelle 12: Zusammenfassung Lösungsansätze

Ansätze	Konkrete Lösungen
Strukturierende Maßnahmen	„Roter Faden“/Checkliste: Übersichtlich gestaltete Liste auf einer zentralen Webseite; mit Dokumenten und Behördengängen, die für Approbation, Migration und das alltägliche Leben in Deutschland benötigt werden
Individuelle Vorbereitungskurse	<i>Vermittlungsagenturen</i> : Sollten einer staatlichen Kontrolle unterliegen, um Qualität zu gewährleisten
	<i>Bezahlte Vorbereitungszeit</i> : Praktika/Gastarztzeit, die bezahlt und mit Lehre/Kursen begleitet werden/wird
	<i>Seminare zur Einführung in das Gesundheitssystem</i> : speziell für den ambulanten Bereich und angepasst an den individuellen Bedarf
	<i>Sprachkurse</i> : spezialisiert auf Medizinische Sprache; sowohl vorbereitend als auch berufsbegleitend; außerdem Online-Lernplattformen
	<i>Interkulturelles und antirassistisches Training</i> : gemeinsam mit deutschen Ärzt*innen
Persönliche Unterstützung	<i>Berufliches Mentoring</i> : Fachliche und emotionale Unterstützung durch didaktisch fortgebildete Weiterbildungsbefugte oder spezielle Mentor*innen
	<i>Administratives Mentoring</i> : Berater*innen für Approbation und andere Verwaltungsaufgaben; eventuell als Online-Angebot
	<i>Soziales Mentoring</i> : Einbindung in soziale Aktivitäten
	<i>Austauschplattformen</i> : Vernetzung zwischen IMGs untereinander und mit deutschen Ärzt*innen im ambulanten Bereich

Quelle: Eigene Darstellung

Abschließend ist noch zu sagen, dass künftig Studien mit Patient*innen und Hausärzt*innen mit migrierten Weiterbildungsassistent*innen sinnvoll wären, um ein vollständigeres Bild der Situation zu erhalten und auch die Bedarfe der weiterbildungsbefugten Ärzt*innen zu ermitteln.

5. Zusammenfassung

Die Zahl von im Ausland ausgebildeten Ärzt*innen in Deutschland steigt stetig und wird in Zukunft vermutlich weiter anwachsen. Es ist anzunehmen, dass auch im hausärztlichen Bereich zunehmend migrierte Ärzt*innen tätig sein werden. Die Studien in Deutschland zur Migration von Ärzt*innen konzentrieren sich bisher auf den stationären Bereich. Mit der vorliegenden Studie sollen die Schwierigkeiten und Unterstützungsbedarfe von migrierten Ärzt*innen im ambulanten Bereich mit Fokus auf hausärztliche Arbeit erhoben werden.

Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit zielgerichteter Stichprobe gewählt. Dafür wurden leitfadengestützte Interviews mit 13 im ambulanten Bereich tätigen migrierten Ärzt*innen aus Baden-Württemberg und Hessen durchgeführt. Neun der Ärzt*innen waren hausärztlich tätig und vier waren andere Fachärzt*innen. Die Interviews wurden mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier ausgewertet.

In den Interviews konnten drei Phasen der Migration identifiziert werden: Aufbruch, DesOrientierung, Adaptation. Es zeigten sich drei maßgebliche Problembereiche:

1) Verständigung. Es wurden Verständigungsprobleme sowohl mit Patient*innen als auch mit Kolleg*innen angesprochen. Insbesondere das Verstehen von Dialekt und der schriftliche Ausdruck wurden thematisiert.

2) Administrative Aufgaben. Die Ärzt*innen berichteten von Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung, intransparenten Anerkennungsverfahren und komplizierter Kommunikation mit den zuständigen Behörden. Außerdem sahen die Interviewten sich teilweise diskriminiert in den Bereichen Karriere und Gehalt.

3) Adaptation und Ankommen. Während nur vereinzelt von Problemen in den beruflichen Beziehungen zu Patient*innen und Kolleg*innen erzählt wurde, wurde die Einfeldung in das neue Gesundheitssystem als mühsam erlebt. Ihre soziale Integration beurteilten die Ärzt*innen hauptsächlich an ihren privaten Beziehungen, die zu knüpfen mit unterschiedlich großen Schwierigkeiten verbunden waren.

Die vorgeschlagenen Lösungen können in drei Ansätze geordnet werden. Die ersten beiden sind dabei vor allem für Ankunft und DesOrientierung von Nutzen, während der dritte hauptsächlich die Adaptation erleichtern würde:

1) Strukturierende Maßnahmen. Beispielsweise ein leicht zugänglicher Leitfaden zu allgemeinen und spezifisch-ärztlichen migrationsrelevanten Themen.

2) Ein erweitertes Angebot an Vorbereitungskursen. Unter anderem zusätzliche berufsbegleitende Sprachkurse. Außerdem speziell auf das ambulante Setting vorbereitende Kurse zusammen mit deutschen Weiterbildungsassistent*innen.

3) Persönliche Ansprechpartner*innen. Einmal in Form von Mentoring, das unter anderem administratives, fachliches und soziales Mentoring beinhalten könnte. Außerdem als organisierte Plattformen, um Kontakte zwischen migrierten Ärzt*innen zu fördern, insbesondere im ambulanten Bereich.

Ein Teil der Lösungsansätze könnte sich mit Leichtigkeit ohne große strukturelle Veränderungen umsetzen lassen, andere bräuchten eine koordinierte Zusammenarbeit mehrerer Akteur*innen (bspw. Weiterbildungsverbände und Ärztekammern). Sinnvoll wäre es, Kurse für einheimische und migrierte Kolleg*innen gemeinsam zu denken.

Im Vergleich mit Studien im stationären Bereich fällt vor allem auf, dass die Sprache im ambulanten Bereich von größerer Bedeutung zu sein scheint. Dagegen scheinen sich die beruflichen Beziehungen zu Patient*innen und Kolleg*innen einfacher zu gestalten. Administrative Schwierigkeiten scheinen ähnlich zu sein.

Die Ergebnisse deuten außerdem darauf hin, dass ein wichtiger Faktor für die Bleibeentscheidung der Ärzt*innen ihre soziale Integration inklusive des Knüpfens von privaten Beziehungen ist. Dies ist insbesondere für das hausärztliche Setting von Bedeutung, da hier eine längerfristige Beziehung zu Patient*innen wichtig ist.

Um die Unterstützungsstrukturen für migrierte Ärzt*innen zu verbessern, wären als nächster Schritt Studien mit Patient*innen und weiterbildungsbefugten Ärzt*innen sinnvoll, um auch deren Erfahrungen mit migrierten Ärzt*innen zu berücksichtigen.

6. Literaturverzeichnis

- Abbara A, Rayes D, Omar M, Zakaria A, Shehadeh F, Raddatz H, Böttcher A, Tarakji A (2019). Overcoming obstacles along the pathway to integration for Syrian healthcare professionals in Germany. *BMJ Global Health*, 4(4), e001534. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001534>
- Acholonu RG, Cook TE, Roswell RO, Greene RE (2020). Interrupting Microaggressions in Health Care Settings: A Guide for Teaching Medical Students. *MedEdPORTAL*, 16, 10969. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10969
- Aluttis C, Bishaw T, Frank MW (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7(1), 23611. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>
- Anerkennung in Deutschland: Das Informationsportal der Bundesregierung, Available from: <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/> Accessed 01.11.2021.
- Atri A, Matorin A, Ruiz P (2011). Integration of international medical graduates in U.S. Psychiatry: The role of acculturation and social support. *Acad Psychiatry*, 35(1), 21–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.35.1.21>
- Audas R, Ross A, Vardy D (2005). The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. *CMAJ*, 173(11), 1315–1316. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050675>
- Baker C (2021). NHS staff from overseas: statistics (No. 7783). : Available from: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7783/> Accessed 30.10.2021.
- Beerheide R (2020). Ärztemangel: Union für mehr Studienplätze und Landarztquote. *Dtsch Arztebl*, Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/215448/Aerztemangel-Union-fuer-mehr-Studienplaetze-und-Landarztquote/> Accessed 30.10.2021.

- Bever D, Borowski D, Deppe J, Kohlenbach M, Kranz P, Plassmann S, Snippe A (2015). Die sprachliche Integration internationaler Ärztinnen und Ärzte: Eine Handreichung für Klinikleitungen, Deutschlehrkräfte und Bildungsfachleute. Hamburg: Available from: <http://d.aerzteblatt.de/WB15> Accessed 30.10.2021.
- Bhat M, Ajaz A, Zaman N (2014). Difficulties for international medical graduates working in the NHS. *BMJ*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3120>
- Birrell RJ (2004). Australian policy on overseas-trained doctors. *MJA*, 181(11-12), 635–639. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06497.x>
- Brugha R [Ruairí], McAleese S, Dicker P, Tyrrell E, Thomas S, Normand C, Humphries N (2016). Passing through - reasons why migrant doctors in Ireland plan to stay, return home or migrate onwards to new destination countries. *Hum Resour Health*, 14(Suppl 1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0121-z>
- Bundesärztekammer (2015). Ärztestatistik 2015, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2015/> Accessed 19.10.20.
- Bundesärztekammer (2016). Ärztestatistik 2016, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2016/> Accessed 28.10.20.
- Bundesärztekammer (2017). Ärztestatistik 2017, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2017/> Accessed 19.10.20.
- Bundesärztekammer (2018). Ärztestatistik 2018, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/> Accessed 10.12.20.
- Bundesärztekammer (2019). Ärztestatistik 2019, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/> Accessed 19.10.20.
- Bundesärztekammer (2020). Ärztestatistik 2020, Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/> Accessed 16.06.21.

- Castles S, Korac M, Vasta E, Vertovec S (2002). Integration: Mapping the Field. Home Office Online Report: Available from: https://pure.mpg.de/rest/items/item_3012138_1/component/file_3012139/content?download=true/ Accessed 01.11.2021.
- Chen PG-C, Curry LA, Bernheim SM, Berg D, Gozu A, Nunez-Smith M (2011). Professional challenges of non-U.S.-born international medical graduates and recommendations for support during residency training. *Acad Med*, 86(11), 1383–1388. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31823035e1>
- Chen PG-C, Nunez-Smith M, Bernheim SM, Berg D, Gozu A, Curry LA (2010). Professional experiences of international medical graduates practicing primary care in the United States. *J Gen Intern Med*, 25(9), 947–953.
- Clarke N, Crowe S, Humphries N, Conroy R, O'Hare S, Kavanagh P, Brughra R [Ruairi] (2017). Factors influencing trainee doctor emigration in a high income country: A mixed methods study. *Hum Resour Health*, 15(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0239-7>
- Cleland JA (2017). The qualitative orientation in medical education research. *Korean J Med Educ*, 29(2), 61–71. <https://doi.org/10.3946/kjme.2017.53>
- Cohen JJ (2006). The Role and Contributions of IMGs: A U.S. Perspective. *Acad Med*, 81(12), S17-S21. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000243339.63320.98>
- Costigliola V (2011). Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. *EPMA J*, 2(4), 333–339. <https://doi.org/10.1007/s13167-011-0133-7>
- Curran V, Hollett A, Hann S, Bradbury C (2008). A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process. *Can J Rural Med*, 13(4), 163–169.
- Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H (2014). Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses - Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung. *Gesundheitswesen*, 76(1), 26–31. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1334933>

Deutsche Patienten sollen Englisch lernen: Vorschlag aus NRW (09.01.14). *Welt*,

Available from:

<https://www.welt.de/politik/deutschland/article123697984/Deutsche-Patienten-sollen-Englisch-lernen.html> Accessed 22.02.2021.

Deutschland hat im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte (24.03.20).

Ärzteblatt, Available from:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111297/Deutschland-hat-im-internationalen-Vergleich-eine-hohe-Arzdichte> Accessed 30.06.2021.

Díaz E, Hjörleifsson S (2011). Immigrant general practitioners in Norway: A special resource? A qualitative study. *Scand J Public Health*, 39(3), 239–244.

<https://doi.org/10.1177/1403494810395818>

Donovan RA, Galban DJ, Grace RK, Bennett JK, Felicié SZ (2013). Impact of Racial Macro- and Microaggressions in Black Women's Lives. *JBP*, 39(2), 185–196.

<https://doi.org/10.1177/0095798412443259>

Dorgan KA, Lang F, Floyd M, Kemp E (2009). International medical graduate-patient communication: A qualitative analysis of perceived barriers. *Acad Med*, 84(11), 1567–1575.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181baf5b1>

Dresing T, Pehl T (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Marburg: : Eigenverlag.

Erster spanischer Arzt übernimmt Hausarztpraxis in Sachsen (26.07.13). *Deutsches*

Ärzteblatt, Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55295/Erster-spanischer-Arzt-uebernimmt-Hausarztpraxis-in-Sachsen> Accessed 30.10.21.

Farag M, Olaogun I (2020). The Application of Digital Platforms in Supporting UK International Medical Graduates. *Cureus*, 12(10).

<https://doi.org/10.7759/cureus.10750>

Farhan N (2013). Ausländische Ärzte in deutschen Kliniken: Mehr als nur B2-Niveau.

Dtsch Arztebl, 110(15), A-741-A-742.

Farhan N, Wiesemann A, Wirsching M (2014). Gleichwertigkeitsprüfung für

ausländische Ärzte/Ärztinnen in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen*, 76(5), 303–305. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347225>

- Fellmer S (2008). Germany restricted the freedom of movement for Polish citizens – but does it matter. : Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/11870027.pdf> Accessed 30.10.21.
- Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Hum Resour Health*, 2(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-12>
- Freiburg International Academy (2021). Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung für internationale Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Pflegefachkräfte, Available from: <https://www.fia-academy.de/de/vorbereitung-auf-die-kenntnispruefung-fuer-internationale-aerztinnen-zahnaerztinnen-und/> Accessed 30.10.2021.
- Gasiorek J, van de Poel K (2012). Divergent perspectives on language-discordant mobile medical professionals' communication with colleagues: An exploratory study. *JACR*, 40(4), 368–383.
- Gauld R, Horsburgh S (2015). What motivates doctors to leave the UK NHS for a "life in the sun" in New Zealand; and, once there, why don't they stay? *Hum Resour Health*, 13, 75. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0069-4>
- Grosse S (2017). Patienten mit Migrationshintergrund: Vielfalt in der Praxis. *Dtsch Arztebl*, 114(48), A-2298-A-2299.
- Guest G, Bunce A, Johnson L (2006). How Many Interviews Are Enough? *FM*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Ha K. N. (17.06.2013). 'People of Color' als Diversity-Ansatz in der antirassistischen Selbstbenennungs- und Identitätspolitik, Available from: <https://heimatkunde.boell.de/2009/11/01/people-color-als-diversity-ansatz-der-antirassistischen-selbstbenennungs-und/> Accessed 30.10.2021.
- Hahn K, Steinhäuser J (2019). Strategies for rural areas: The development of and initial experiences with a training course for physicians from third countries to prepare them for medical practice in Germany. *GMS J Med Educ*, 36(3). <https://doi.org/10.3205/zma001233>

- Hall P, Keely E, Dojeiji S, Byszewski A, Marks M (2004). Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical Teacher*, 26(2), 120–125. <https://doi.org/10.1080/01421590310001653982>
- Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *QHR*, 30(11), 1662–1673. <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>
- Han G-S, Humphreys JS (2005). Overseas-trained doctors in Australia: Community integration and their intention to stay in a rural community. *Aust J Rural Health*, 13(4), 236–241. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2005.00708.x>
- Hänel P, Jansen E (2014). Ambulante Versorgung: (K)ein Ort zum Niederlassen. *Dtsch Arztebl*, 111(46).
- Harding C, Parajuli N, Johnston L, Pilotto L (2010). Comparing patients' perceptions of IMGs and local Australian graduates in rural general practice. *AFP*, 39(4), 231–233.
- Hashim A (2017). Educational challenges faced by international medical graduates in the UK. *Adv Med Educ Pract*, 8, 441–445. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S126859>
- Heckmann F (2014). Integration von Migranten: Einwanderung und neue Nationenbildung (1st ed.). Wiesbaden: : Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-06980-3>
- HiPo Executive GmbH. Deutsche Approbation für ausländische Ärzte: Wir helfen Ihnen, Available from: <https://www.aerzte-vermittlung.com/> Accessed 30.10.2021.
- Hohmann I, Glaesmer H, Nesterko Y (2018). Zugewanderte Ärzte: Chancen und Herausforderungen im deutschen Klinikalltag. *PPmP*, 68(12), 506–515. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121635>
- Humphries N, McAleese S, Tyrrell E, Thomas S, Normand C, Brugha R [Ruairi] (2015). Applying a typology of health worker migration to non-EU migrant doctors in Ireland. *Hum Resour Health*, 13, 52. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0042-2>

- Humphries N, Posy Bidwell, Tyrrell E, Brughra R [Ruairi], Thomas S, Normand C (2014). "I am kind of in stalemate". The experiences of non-EU migrant doctors in Ireland. In *Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses* (pp. 233–250). Genf: World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://doi.org/10.25419/RCSI.10776032.V1>
- Huynh VW (2012). Ethnic Microaggressions and the Depressive and Somatic Symptoms of Latino and Asian American Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(7), 831–846. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9756-9>
- Jacob R, Kopp J, Fellingner P (2018). Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Trier: Available from:
<https://www.kbv.de/html/5724.php/> Accessed 30.10.2021.
- Jalal M, Bardhan KD, Sanders D, Illing J (2019). Overseas doctors of the NHS: migration, transition, challenges and towards resolution. *Future Healthc J*, 6(1), 76.
- Jansen E, Hänel P, Klingler C (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: A multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public Health*, 160, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.017>
- Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, Kutalek R (2015). "Why should I have come here?"--A qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Services Research*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0737-z>
- Kales HC, DiNardo AR, Blow FC, McCarthy JF, Ignacio RV, Riba MB (2006). International Medical Graduates and the Diagnosis and Treatment of Late-Life Depression. *Acad Med*, 81(2), 171–175.
- Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R, Ziem A, Joksimovic L (2017). „Wie fremd ist mir der Patient?“ Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Z Psychosom Med Psychother*, 63(3), 280–296.

- Kealy D, Rice SM, Ferlatte O, Ogradniczuk JS, Oliffe JL (2019). Better Doctor-Patient Relationships Are Associated with Men Choosing More Active Depression Treatment. *JABFM*, 32(1), 13–19. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.170430>
- Kearns R, Myers J, Adair V, Coster H, Coster G (2006). What makes 'place' attractive to overseas-trained doctors in rural New Zealand? *Health Soc Care Community*, 14(6), 532–540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00641.x>
- Klingler C, Ismail F, Marckmann G, Kuehlmeier K, Bailey A (2018). Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. *PLoS ONE*, 13(2), e0193010. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193010>
- Klingler C, Marckmann G (2016). Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: A qualitative interview study. *Hum Resour Health*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0153-4>
- Klose J. & Rehbein I. (2017). *Ärzteatlas 2017: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: Available from: <https://www.wido.de/forschungsprojekte/ambulante-versorgung/?L=0/> Accessed 30.10.2021.
- Klug M (23.05.06). Zugewanderte Ärztinnen und Ärzte in Bayern - Chancen und Probleme. *Bayrisches Ärzteblatt*, pp. 250–251, Available from: http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2006/05/einzel/pdf/250-251_BAB0506.pdf Accessed 30.10.2021.
- Kopetsch T (2009). The migration of doctors to and from Germany. *J Public Health*, 17(1), 33–39. <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0208-7>
- Kopetsch T (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus: Studie zur Altersstruktur-und Arztlzahlentwicklung. Berlin: Available from: kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf Accessed 30.10.2021.
- Kovacheva V, Grewe M (2015). Workplace Integration of Migrant Health Workers in Germany: Qualitative findings on experiences in two Hamburg hospitals. : Available from: http://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2014/09/National-Research-Report-Germany_EDITED.pdf Accessed 31.10.2021.

- Krieger N, Sidney S (1996). Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA Study of young black and white adults. *AJPH*, 86(10), 1370–1378.
<https://doi.org/10.2105/ajph.86.10.1370>
- Kruse J (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Auflage). Weinheim und Basel: : Beltz Juventa.
- Kühlein T, Virtanen M, Claus C, Popert U, van Boven K (2018). Codieren in der Hausarztpraxis–Wird die ICD-11 ein Fortschritt sein? *Bundesgesundheitsblatt*, 61(7), 828–835.
- Kultusministerkonferenz (31.03.2017). Masterplan Medizinstudium 2020, Available from: <https://www.kmk.org/presse/pressearchiv/mitteilung/masterplan-medizinstudium-2020.html/> Accessed 05.11.2020.
- KVBW (2016). Stand der Bedarfsplanung: Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden- Württemberg 19.10.2016, Available from: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> Accessed 03.01.2022.
- KVBW (2021). Stand der Bedarfsplanung: Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion in Baden-Württemberg 20.10.2021, Available from: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> Accessed 03.01.2022.
- Lamnek S, Krell C (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim. Basel: : Beltz.
- Legido-Quigley H, Saliba V, McKee M (2015). Exploring the experiences of EU qualified doctors working in the United Kingdom: A qualitative study. *Health Policy*, 119(4), 494–502. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.003>
- Lenz H, Opitz A, Huber D, Jacobs F, Paik WG, Roche J, Fischer MR (2019). Language Matters: Development of an Objective Structured Language Test for Foreign Physicians – Results of a Pilot Study in Germany. *GMS J Med Educ*, 36(1). <https://doi.org/10.3205/zma001210>

- Leung TI, Biskup E, DeWitt D (2020). Facilitating credentialing and engagement of international physician-migrants during the COVID-19 crisis and beyond. *RRH*, 6027. <https://doi.org/10.22605/RRH6027>
- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310–1318. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- Lidola M, Borges FT (2018). Negotiating horizontality in medical South-South cooperation: The Cuban mission in Rio de Janeiro's urban peripheries. *PLOS Global Public Health*, 13(3), 355–368. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1395470>
- Linde K, Maria Huber C, Barth N, Schneider A (2020). Wie erleben junge Allgemeinärzt*innen den Übergang in die hausärztliche Praxis? Eine qualitative Studie. *ZEFQ*, 150-152, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.02.001>
- Lockyer J, Hofmeister M, Crutcher R, Klein D, Fidler H (2007). International medical graduates: Learning for practice in Alberta, Canada. *JCEHP*, 27(3), 157–163. <https://doi.org/10.1002/chp.119>
- Loss J, Aldoughle Y, Sauter A, Sommoggy J von (2020). 'Wait and wait, that is the only thing they can say': A qualitative study exploring experiences of immigrated Syrian doctors applying for medical license in Germany. *BMC Health Services Research*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05209-2>
- Lucha M (13.12.2019). Stellungnahme des Ministeriums für Soziales und Integration: Verfahren für die Erteilung von Approbationen für Ärztinnen und Ärzte bei im Ausland erworbener Berufsqualifikation in Baden-Württemberg verbessern. : Available from: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjZx7HV0ubuAhUH8hQKHZS3BvcQFjAFegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.landtag-bw.de%2Ffiles%2Flive%2Fsites%2FLTBW%2Ffiles%2Fdokumente%2FWP16%2FDrucksachen%2F7000%2F16_7275_D.pdf&usg=AOvVaw236aoFK0A_-VhFSYILatIY/ Accessed 31.10.2021.

- Make it in Germany: Das Portal der Bundesregierung für Fachkräfte aus dem Ausland, Available from: <https://www.make-it-in-germany.com/> Accessed 31.10.2021.
- Martineau T, Decker K, Bundred P (2002). Briefing note on international migration of health professionals: levelling the playing field for developing country health systems. : Available from: https://www.aspeninstitute.org/content/uploads/files/content/images/martineau_0.pdf/ Accessed 31.10.2021.
- Maudsley RF (2008). Assessment of International Medical Graduates and Their Integration into Family Practice: The Clinician Assessment for Practice Program. *Acad Med*, 83(3), 309. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318163710f>
- McDonnell L, Usherwood T (2008). International medical graduates - challenges faced in the Australian training program. *AFP*, 37(6), 481–484.
- McGrath BP (2004). Integration of overseas-trained doctors into the Australian medical workforce. *MJA*, 181(11-12), 640–642.
- McGrath P, Henderson D (2009). The Observer Program: Insights from International Medical Graduates. *Educ Health*, 22(3), 344.
- McGrath P, Henderson D, Tamargo J, Holewa HA (2012). Doctor – patient Communication Issues for International Medical Graduates: Research Findings From Australia. *Educ Health*, 25, 48–54. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.99206>
- Michalopoulou G, Falzarano P, Arfken C, Rosenberg D (2009). Physicians' Cultural Competency as Perceived by African American Patients. *Journal of the National Medical Association*, 101(9), 893–899. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31036-1](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31036-1)
- Miller LR, Peck BM (2020). A Prospective Examination of Racial Microaggressions in the Medical Encounter. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 7(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00680-y>
- Moberly T (2014). Minority report: How the UK's treatment of foreign and ethnic minority doctors needs to change. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, g2838. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2838>

- Mullen CA, Klimaitis CC (2021). Defining mentoring: A literature review of issues, types, and applications. *Ann NY Acad Sci*, 1483(1), 19–35.
<https://doi.org/10.1111/nyas.14176>
- Narumoto K, MD, MPH, Schultz KC, Merenstein JH, MD (2012). Outpatient Precepting of International Medical Graduates in Family Medicine. *Family Medicine*, 7(44), 478–485.
- Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Campbell S, Roos M, Joos S (2010). Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image?--a qualitative study from Germany. *BMC Fam Pract*, 11, 10.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-10>
- Nolting H.-D., Ochmann R. & Zich K. (2021). Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung (Ed.), Available from: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> Accessed 26.09.2021.
- Oberoi SS, Lin V (2006). Brain drain of doctors from southern Africa: brain gain for Australia. *AHR*, 30(1), 25. <https://doi.org/10.1071/AH060025>
- Ognyanova D, Busse R (2011). A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors. In *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries* (pp. 211–242). Genf.
- Ognyanova D, Young R, Maier CB, Busse R (2014). Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study. In *Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses* (pp. 203–232). Genf: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ohana S, Mash R (2015). Physician and patient perceptions of cultural competency and medical compliance. *Health Education Research*, 30(6), 923–934.
<https://doi.org/10.1093/her/cyv060>

- Oliveira FPd, Vanni T, Pinto HA, Santos, Jerzey Timoteo Ribeiro dos, Figueiredo AMd, Araújo SQd, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional: More Doctors: a Brazilian program in an international perspective. *Interface Comun. Saúde Educ*, 19(54). <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
- Oliver D (2020). David Oliver: Racism in medicine-what ethnic minority doctors told me on Twitter. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368, m484. <https://doi.org/10.1136/bmj.m484>
- PAHO/WHO (2016). PAHO/WHO and governments of Brazil and Cuba renew "Mais Medicos" program, Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12525:ops-gobiernos-brasil-cuba-oficializan-renovacion-programa-mais-medicos&Itemid=42099&lang=en/ Accessed 01.11.2021.
- Pang T, Lansang MA, Haines A (2002). Brain drain and health professionals. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7336), 499–500. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7336.499>
- Pittman PM, Folsom AJ, Bass E (2010). U.S.-based recruitment of foreign-educated nurses: Implications of an emerging industry. *AJN*, 110(6), 38–48. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000377689.49232.06>
- Protschka J, Hillienhof A (2014). Fachsprachprüfung: Einheitliche Sprachtests beschlossen. *Dtsch Arztebl*, 111(27-28), A-1229.
- Ramos P, Alves H (2017). Migration intentions among Portuguese junior doctors: Results from a survey. *Health Policy*, 121(12), 1208–1214. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.016>
- Regierungspräsidien Baden-Württemberg. Fachsprachenprüfung, Available from: https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Gesundheit/Seiten/Fachsprachenpruefung_Arzt.aspx/ Accessed 01.11.21.

- Remmert JE, Tsai AG, Roberts SR, Butryn ML (2019). Communication between patients and primary care physicians after behavioural weight loss: An observational study. *PHCR&D*, 20, E75.
<https://doi.org/10.1017/S1463423619000124>
- Richter-Kuhlmann E (2019). Gleichwertigkeits- oder Kenntnisprüfung: Einheitliche Standards. *Dtsch Arztebl*, 116(16), A-787.
- Richter-Kuhlmann E (05.02.21a). Reform der Ärztlichen Approbationsordnung: Gute Ansätze, offene Fragen. *Dtsch Arztebl*, pp. 249–251, Available from:
<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&s=2020&s=masterplan&typ=16&aid=217633/> Accessed 01.11.2021.
- Richter-Kuhlmann E (17.05.21b). Medizinstudium: Studierende weiterhin für zügige Reform. *Dtsch Arztebl*, p. 986, Available from:
<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=219161&s=approbationsordnung/> Accessed 01.11.2021.
- Rimmer A (2017). Unconscious bias must be tackled to reduce worry about overseas trained doctors, says BAPIO. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 357, j1881.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j1881>
- Roche J (2014). Sprache und Beruf. *Bayerisches Arztebl.* (6), 316–318.
<https://doi.org/10.5282/UBM/EPUB.20981>
- Roos M, Blauth E, Steinhäuser J, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F (2011). Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *ZEFQ*, 105(2), 81–88.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.007>
- Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*, 47(3), 213–220.
- Schnepf T (2013). *Hilfe die ausländischen Ärzte kommen?!: Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken* (Magisterarbeit). Eberhardt Karls Universität, Tübingen.
- Schreier M (2012). *Qualitative content analysis in practice* (1st ed.). Los Angeles. London. New Delhi. Singapore. Washington DC: : SAGE.

- Schumann M, Maaz A, Peters H (2019). Doctors on the move: A qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0434-x>
- Searight HR, Gafford J (2006). Behavioral Science Education and the International Medical Graduate // Behavioral science education and the international medical graduate. *Acad Med*, 81(2), 164–170. <https://doi.org/10.1097/00001888-200602000-00011>
- Sempowski IP (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: Systematic review of the literature. *Can J Rural Med*, 9(2), 82–88.
- Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A (2011). Approaches to recruiting ‘hard-to-reach’ populations into research: a review of the literature. *Health Promot Perspect*, 1(2), 86. <https://doi.org/10.5681/hpp.2011.009>
- Sharma A, Lambert TW, Goldacre MJ (2012). Why UK-trained doctors leave the UK: Cross-sectional survey of doctors in New Zealand. *J R Soc Med*, 105(1), 25–34. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110146>
- Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
- Skjeggstad E, Sandal GM, Gulbrandsen P (2015). International medical graduates' perceptions of entering the profession in Norway. *Tidsskr nor Laegeforen*, 135(12-13), 1129–1132. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0332>
- Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J, Taylor R (2012). Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: A qualitative study. *J R Soc Med*, 105(4), 157–165. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110256>
- Snyder CR, Wang PZ, Truitt AR (2018). Multiracial Patient Experiences With Racial Microaggressions in Health Care Settings. *J Patient Cent Res Rev*, 5(3), 229–238. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1626>

- Sotto-Santiago S, Mac J, Duncan F, Smith J (2020). "I Didn't Know What to Say": Responding to Racism, Discrimination, and Microaggressions With the OWTFD Approach. *MedEdPORTAL*, 16, 10971. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10971
- Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, Peters-Klimm F, Ledig T, Szecsenyi J, Joos S (2011). „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *ZEFQ*, 105(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.003>
- Stengel S, Förster C, Fuchs M, Bischoff M, Ledig T, Streitlein-Böhme I, Gulich M, Haumann H, Valentini J, Kohlhaas A, Graf von Luckner A, Reith D, Fehr F, Magez J, Eismann-Schweimler J, Szecsenyi J, Joos S, Schwill S (2021). Developing a seminar curriculum for the Competence Center for General Practice in Baden-Wuerttemberg – a progress report. *GMS J Med Educ*, 2(38). <https://doi.org/10.3205/ZMA001432>
- Stipendium in Brandenburg soll gegen Ärztemangel helfen (11.07.19). *Dtsch Arztebl*, Available from: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=104559&s=ambulante&s=arbeiten&s=gr%FCnde/> Accessed 01.11.2021.
- Suciu ŞM, Popescu CA, Ciumageanu MD, Buzoianu AD (2017). Physician migration at its roots: A study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Hum Resour Health*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0181-8>
- Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, Bucceri JM, Holder A, Nadal KL, Esquilin M (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *Am Psychol*, 62(4), 271. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Teney C., Becker R., Bürkin K. & Spengler M. (2017). Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (Ed.), Available from: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53309-0/> Accessed 01.11.2021.

- Terry DR, Lê Q, Hoang H (2014). Satisfaction amid professional challenges: International medical graduates in rural Tasmania. *Australas Med J*, 7(12), 500–517.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Triscott JAC, Szafran O, Waugh EH, Torti JMI, Barton M (2016). Cultural transition of international medical graduate residents into family practice in Canada. *Int J Med Educ*, 7, 132–141. <https://doi.org/10.5116/ijme.570d.6f2c>
- Van den Bussche H (2019). Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt*, 62(9), 1129–1137.
- Wang L, Rosenberg M, Lo L (2008). Ethnicity and utilization of family physicians: A case study of Mainland Chinese immigrants in Toronto, Canada. *Soc Sci Med*, 67(9), 1410–1422. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.012>
- Was ist ein Gastarzt?: Wie als ausländischer Arzt in Deutschland eine Stelle finden?, Available from: <https://www.praktischerarzt.de/arzt/gastarzt/> Accessed 01.11.2021.
- Wheeler M, Bourmont S de, Paul-Emile K, Pfeffinger A, McMullen A, Critchfield JM, Fernandez A (2019). Physician and Trainee Experiences With Patient Bias. *JAMA Intern Med*, 179(12), 1678–1685. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4122>
- Wojczewski S, Pentz S, Blacklock C, Hoffmann K, Peersman W, Nkomazana O, Kutalek R (2015). African Female Physicians and Nurses in the Global Care Chain: Qualitative Explorations from Five Destination Countries. *PLoS ONE*, 10(6), e0129464. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129464>
- Wolanik Boström K, Öhlander M. *A troubled elite? Stories about migration and establishing professionalism as a Polish doctor in Sweden* (COMCAD Working Papers, 110).). Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Wong A, Lohfeld L (2008). Recertifying as a doctor in Canada: International medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*, 42(1), 53–60. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02903.x>

Woodward-Kron R, Fraser C, Pill J, Flynn E (2015). How we developed Doctors Speak Up: An evidence-based language and communication skills open access resource for International Medical Graduates. *Med Teach*, 37(1), 31–33. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.909584>

Yamamura S (2009). „Brain Waste“ ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. *Wirtschaftsdienst*, 89(3), 196–201. <https://doi.org/10.1007/s10273-009-0910-2>

Young R, Humphrey C, Rafferty AM (2014). Motivations and experience of health professionals who migrate to the United Kingdom from other EU Member countries. In *Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses* (pp. 177–202). Genf: World Health Organization. Regional Office for Europe.

7. Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen unter Betreuung von Professor Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Professor Dr. med. Stefanie Joos und Dr. med. Heidrun Sturm.

Dr. med. Heidrun Sturm vermittelte teilweise Kontakte zu Ärzt*innen, die als Proband*innen in Frage kamen und/oder als Multiplikator*innen dienten. Ansonsten wurde die Rekrutierung von mir eigenständig durchgeführt. Die Interviews wurden nach Teilnahme an Workshops der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung von mir eigenständig durchgeführt. Die Transkription der meisten Interviews erfolgte durch mich, drei der Interviews wurden von einer Hilfskraft des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit Beratung und Hilfe von Dr. med. Heidrun Sturm und Christine Preiser größtenteils eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben. Das Manuskript wurde von Dr. med. Heidrun Sturm und Professor Dr. med. Stefanie Joos Korrektur gelesen.

Tübingen, den

8. Veröffentlichungen

Inhalte dieser Dissertationsschrift wurden bereits in Teilen in einem Abstract zu einem Posterbeitrag veröffentlicht:

Gresser A, Joos S, Sturm H.

Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich in Deutschland: 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 13.-15.09.2018, Innsbruck

9. Danksagungen

Abschließend möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt Frau Professor Dr. med. Stefanie Joos für die Überlassung des Themas und ihre Unterstützung bei der Umsetzung dieser Arbeit.

Besonders herzlich möchte ich mich bei Frau Dr. med. Heidrun Sturm für die fachliche Unterstützung, die geduldige Betreuung und die konstruktive Kritik bedanken.

Weiterhin möchte ich mich bei Christine Preiser und den Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen für die zahlreichen Hilfestellungen bedanken.

Außerdem danke ich allen Ärzt*innen und anderen Personen, die mich durch die Vermittlung von Kontakten bei der Rekrutierung unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt den an der Studie teilnehmenden Ärzt*innen, die sich die Zeit für meine Interviews genommen haben und die mich ein Stück weit an ihren faszinierenden Lebenswegen teilhaben ließen.

10. Anhang

Anhang: Interviewleitfaden

Vorstellung Gesprächsleiterin

Hinweis auf Aufzeichnung, Anonymität, Freiwilligkeit und Rücktrittsmöglichkeit

Datenschutz erklären

Block 1 – Soziodemographische Eigenschaften und familiärer Status

Leitfrage 1: Erzählen sie mir doch bitte, woher Sie ursprünglich stammen und **wieso** Sie nach **Deutschland** gekommen sind.

Aufrechterhaltungsfragen:

- Sozioökonomischer Status im Herkunftsland. Fühlten Sie sich angesehen? Hatten Sie genug Geld?
- Eigene familiäre Struktur vor der Immigration nach Deutschland?
- Warum Deutschland?
 - Haben Sie Verwandtschaft in Deutschland? Welche Verbindung gibt es zu ihr?
 - Neue familiäre Struktur in Deutschland? Neue Beziehungen, neue Partner*in?
– Haben Sie Kinder, die in Deutschland geboren sind?
- Woher bekamen Sie Informationen über Lebensstil, Arbeitsplatzsituation, ökonomische Situation in Deutschland?
- Ausbildungswege
 - Wo wurden welche Ausbildungsschritte gemacht? Unterbrechungen? Gründe dafür?
 - Studium, Facharztausbildung, weitere Auslandserfahrungen

Block 2 – Integration und soziales Zusammenleben in der Gemeinde

Leitfrage 2a: Wie würden Sie Ihre aktuelle Wohnsituation beschreiben?

Aufrechterhaltungsfragen:

- Aktueller Wohnort
 - Wie lange wohnen Sie bereits an dem Ort?
 - In welchen anderen Orten in D. haben Sie gewohnt?
- Nach welchen Kriterien wurde der Wohnort/die Region gewählt?
 - Welche Rolle spielte hierbei die Praxis, Niederlassungsmöglichkeit?
- Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnumgebung akzeptiert, willkommen oder abgelehnt?
 - Haben Sie in Ihrem Viertel soziale Netze wie zum Beispiel Familie, Freund*innen, Nachbar*innen usw.?
 - Wie hoch ist Ihre Zufriedenheit/Lebensqualität in der Stadt/Gemeinde? – aktueller Wohnort und Wohnort im Herkunftsland im Vergleich.

Leitfrage 2b: Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Aufrechterhaltungsfragen:

- Religion, Sport, Verein? Veränderung zum Herkunftsland?
- Haben Sie Beziehungen zu Menschen aus ihrem Herkunftsland, die in Deutschland wohnen?
- Sind politische Verbindungen mit Parteien oder Gruppen vorhanden?

Block 3 – Arbeitssituation in Deutschland

Leitfrage 3: Beschreiben Sie mir bitte einmal Ihre aktuelle Arbeitsstelle.

Aufrechterhaltungsfragen:

- Merkmale und Beschreibung der aktuellen Arbeitsstelle.
 - Praxisart und Grund dafür?
 - Angestellt oder selbstständig, in Weiterbildung?
 - Vollzeit, Teilzeit
 - Wie viele Kolleg*innen sind in der Praxis?
- Vergütung – Zufriedenheit mit dem Einkommen
 - Im Vergleich zum Herkunftsland, zu deutschen Kolleg*innen.
- Wie würden Sie generell Ihr Arbeitsumfeld bewerten? – Arbeitsbedingungen im Vergleich.
- Waren Sie zuvor stationär in Deutschland tätig? **Wie gestaltete sich der Übergang in die ambulante Tätigkeit?**

Block 4 – Wahrnehmung/Beurteilung des Gesundheitssystems in

Deutschland

Leitfrage 4: Wie würden Sie das Gesundheitssystem in Deutschland bewerten, auch im Vergleich mit anderen Ländern?

Aufrechterhaltungsfragen:

- Bewertung der Qualität und Funktionalität des deutschen Gesundheitssystems – Im Vergleich zum Herkunftsland und anderen Ihnen persönlich bekannten Systemen.
- Gab es Probleme bei der Anpassung an medizinische Versorgungs-Standards in Deutschland?
 - Unterschiedliche Standards, med. Protokolle, Richtlinien usw. als im Herkunftsland. Andere Art des Arbeitens (Hausbesuche etc.)
 - Unterschiedliche Aufgaben von Ärzt*innen (Soziale Situation der Patient*innen)
 - Wahrnehmung/Unterschiede der medizinischen Behandlung, der technischen Ausstattung etc.
 - Gab es fachliche Unterstützungsangebote/Weiterbildungsangebote von Institutionen für die Ärzt*innen? (Arbeitgeber, KV, Kassen, Pharma etc.)
- Bewertung der Qualität und Funktionalität des deutschen Gesundheitssystems – Im Vergleich zum Herkunftsland und anderen Ihnen persönlich bekannten Systemen.
- Arbeitsbelastung?
 - Fachliche Anforderungen, administrative Anforderungen, zeitliche Belastung

Block 5 – Beziehungen mit den Patient*innen und anderen Ärzt*innen

Leitfrage 5: Erzählen Sie mir doch einmal von Ihren beruflichen Beziehungen.

Aufrechterhaltungsfragen:

- Patient*innen: Glauben Sie, dass **der kulturelle Unterschied** zwischen Deutschland und Ihrem Herkunftsland **Ihre Beziehung mit den Patient*innen** beeinflusst?
 - Wenn ja, wie?
 - Gab es Probleme oder Konflikte mit Patient*innen, da Sie **Ausländer*in** sind? Oder erleichtert Ihr „Ausländer-Sein“ die Beziehung mit den Patient*innen
 - Verständigungsprobleme? (Redewendungen)
 - Gab es Probleme mit den Patient*innen aufgrund Ihrer Arbeitsweise (anderer Umgang mit Patient*innen, mit Krankheit, mit Verschreibungen, mit Therapien)?

- Kolleg*innen: Wie verstehen Sie sich **mit anderen Ärzt*innen und Beschäftigten** des Gesundheitswesens?
 - Werden Sie von Kolleg*innen vor Ort unterstützt? Haben Sie eine/n Mentor*in? Eine/n Kolleg*in mit dem/der Sie sich austauschen können, auch über rein Fachliches hinaus (Hintergrund: gibt es stabilen Unterstützung)
 - Soziale Kommunikation/Umgang mit Kolleg*innen? Sprache?
 - Kulturelle Unterschiede? Probleme durch unterschiedliche Arbeitsweisen?
 - Haben Sie Vorurteile oder Gleichartiges gespürt?

Block 6 – Subjektive Bewertung der Migration

Leitfrage 6: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Entscheidung, nach Deutschland zu kommen?

Aufrechterhaltungsfragen:

- Subjektive Aspekte der Integration: Fühlen Sie sich integriert? Was ist für Sie eine integrierte Person?
 - Sind Sie der Meinung, dass in Deutschland Vorurteile gegenüber Menschen Ihres Herkunftslandes oder der Regierung in Ihrem Herkunftsland vorhanden sind?
- Was gibt es für Barrieren bei der Integration von ärztlichen Immigrant*innen in Deutschland? (beruflich und sozial)
- Wie bewerten Sie Ihre Lebensqualität in der deutschen Gesellschaft?
 - Welche Aspekte in Ihrem Leben haben sich in Bezug auf Ihre Situation vor der Immigration verbessert/verschlechtert?

Block 7 – Hilfsangebote allgemein und fachlich

Leitfrage 7: Wer oder was hat Sie bei der Ankunft in Deutschland unterstützt?

Aufrechterhaltungsfragen:

- Haben Sie Unterstützung bekommen bei Wohnungssuche, Aufenthaltstitel, Approbation, Bürokratie; Sprache?
- Haben Sie spezielle Angebote/Seminare/Lehrgänge für migrierte Ärzt*innen in Anspruch genommen?
 - Welche Inhalte?
 - Inwiefern waren diese hilfreich?
 - Wie sind Sie darauf aufmerksam geworden?
- Welche Angebote hätten Sie gerne gehabt?
- Wissen Sie von weiteren derzeit existierenden Hilfsangeboten?
- Welche **Verbesserungsvorschläge** haben Sie?

Interview beenden. Gibt es noch etwas, was Sie wichtig finden und was bisher nicht angesprochen wurde? Bedanken.

(Einverständniserklärung unterschreiben lassen)

Anhang: Interviewleitfaden für das Programm Mais Médicos

Block 1 – Entscheidung über die Teilnahme an dem Programm Mais Médicos / Warum haben Sie sich für die Teilnahme an dem Programm Mais Médicos entschieden?

- ✓ Umstände und Gründe für die Teilnahme an dem Programm Mais Médicos.
- ✓ Teilnahme an anderen Gesundheitsprogrammen in anderen Ländern.
- ✓ Gesammelte Erfahrungen bei anderen Gesundheitsprogrammen.
- ✓ Länder, in denen Sie vor Brasilien lebten.

Block 2 – Soziodemographische Eigenschaften

- ✓ Ausbildungswege.
- ✓ Arbeitswege – Zusammenfassung der Arbeitserfahrungen in der Heimat.
- ✓ Sozioökonomischer Status in der Heimat.

Block 3 – Sozial familiärer Status

- ✓ Familiäre Struktur vor der Emigration nach Brasilien.
- ✓ Haben Sie Familie in Brasilien?
- ✓ Falls ja, was gibt es für Verbindungen/Beziehungen mit der Familie in Brasilien?
- ✓ Neue familiäre Struktur in Brasilien? Neue Beziehungen, neue Partner/in? – Merkmale der Partnerschaft. Haben Sie Kinder, die in Brasilien geboren sind?
- ✓ Wirtschaftliche Verbindung mit der Familie in Kuba – Geldtransfer: Wie oft, wie viel, Empfänger – Familienangehörige? Wie schicken Sie Ihr Geld nach Kuba?
- ✓ Hauptgründe des Geldtransfers.

Block 4 – Aktuelle Wohnsituation – Integration, Umgang und soziales Zusammenleben im Wohnviertel, Stadtgemeinde und Stadt

- ✓ Wo wohnten Sie in Brasilien?
- ✓ Wo wohnen Sie momentan? – aktueller Wohnort.
- ✓ Beschreibung der aktuellen Wohnsituation – wie groß ist das Haus/ die Wohnung (m²) und Zustand des Wohnsitzes.
- ✓ Wie lange wohnen Sie und warum haben Sie sich für das Wohnviertel, in dem Sie gerade wohnen, entschieden?
- ✓ Wo wohnten Sie davor in Brasilien?
- ✓ Zufriedenheit mit dem Wohnviertel, in dem man gerade lebt.
- ✓ Fühlen Sie sich in Ihrem Viertel akzeptiert, willkommen oder abgelehnt/ausgeschlossen?
- ✓ Gibt es in Ihrem Viertel soziale Netze wie zum Beispiel Familie, Freunde, Mitbürger, Nachbarn, usw.?

✓ Wie hoch ist Ihre Zufriedenheit in der Stadt/Gemeinde? – aktueller Wohnort.

Block 5 – Freizeitgestaltung

✓ Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

✓ Nehmen Sie an einer Religionsgemeinschaft teil?

✓ Treiben Sie Sport?

✓ Gehören Sie in Ihrer aktuellen Stadt/Gemeinde zum einem Verein? Wenn ja, zu was für einem? Wie ist Ihr Engagement bei dem Verein?

✓ Haben Sie Beziehungen mit der ausländischen Bevölkerung vor Ort?

✓ Sind politische Verbindungen mit Parteien oder Gruppen vorhanden?

Block 6 – Arbeitssituation in Brasilien

✓ Merkmale und Beschreibung der aktuellen Arbeitsstelle.

✓ Allgemeine Bewertung der aktuellen Arbeit.

✓ Durchschnittsgehalt.

✓ Arbeitsstunden.

✓ Wie verstehen Sie sich mit anderen Ärzten und beschäftigten des Gesundheitswesens?

✓ Haben Sie Vorurteile oder Gleichartiges gespürt?

✓ Wie würden Sie generell Ihr Arbeitsumfeld bewerten?

✓ Ihre Muttersprachen und Ihre Arbeitssituation – beschreiben Sie wie diese Ihnen bei der Arbeit oder bei der Arbeitssuche helfen.

✓ Wie weit nehmen Sie Ihre wirtschaftliche und soziale Lage in Brasilien als Prestige (d.h. sozial, wirtschaftlich, jede Art von Macht, Privilegien, usw.) in der Ursprungsgesellschaft wahr?

Block 7 – Wahrnehmung des Gesundheitssystems in Brasilien

✓ Bewertung über die Qualität und Funktionalität des brasilianischen Gesundheitssystems.

✓ Wahrnehmung über die Leistung der Institutionen bezogen auf die Ärzten.

✓ Wahrnehmung der Behandlung, die die Medien über das Programm Mais Médicos gaben, wie das Programm von den Kommunikationsmedien behandelt wurde.

✓ Wahrnehmung der Bevölkerung über das Programm Mais Médicos, die Kubaner und Ihre Sprache.

Block 8 – Beziehungen mit den Patienten

✓ Wie ist die Interaktion mit den Patienten? Wie würden Sie es räumlich beschreiben?

✓ Wie reagieren die Patienten während der Sprechstunden und Behandlungen?

✓ Gab es Probleme mit den Patienten aufgrund Ihres Arbeitswesens?

- ✓ Werden die Beziehungen mit den Patienten durch die Arbeitsbedingungen des brasilianischen Gesundheitssystems erleichtert?
- ✓ Finden Sie, dass die Erwerbung Ihrer Kenntnissen über die Sprache sowie die Kultur Brasiliens Ihre Interaktion mit den Patienten beeinflusst?
- ✓ Glauben Sie, dass der kulturelle Unterschied zwischen Brasilien und Kuba Ihre Beziehung mit den Patienten beeinflusst?
- ✓ Gibt es für Sie Beschränkungen, weil Sie nicht Brasilianer/In sind bei der Interaktion mit Ihren Patienten?
- ✓ Gab es Probleme oder Konflikte mit Patienten, da Sie Kubaner sind?
- ✓ Fühlen Sie sich von Patienten wegen Ihrer Hautfarbe diskriminiert?
- ✓ Erleichtert Ihre Hautfarbe die Beziehung mit den Patienten?
- ✓ Werden die Beziehungen bzw. die Interaktionen mit den Patienten, durch Ihren sozialen Status einfacher gemacht?
- ✓ Begünstigen Ihre sozialen Netze in Brasilien Ihre Beziehungen mit den Patienten?
- ✓ Merken Sie, dass Ihre Teilnahme bei Aktivitäten außerhalb des ausgeübten Berufes in Brasilien Ihre Interaktion mit den Patienten beeinflusst?

Block 9 – Subjektive Bewertung des Migrationsprojekts

- ✓ Wie bewerten Sie die Lebensqualität in der brasilianische Gesellschaft? Welche Aspekte in Ihren Leben haben sich in Bezug auf Ihre Situation vor der Emigration verbessert/verschlechtert?
- ✓ Subjektive Aspekte der Integration: Fühlen Sie sich integriert? Was ist für Sie eine integrierte Person? – Wahrnehmung von den Teilnehmern des Programms Mais Médicos.
- ✓ Was gibt es für Barrieren bei der Integration von Immigranten in Brasilien?
- ✓ Sind Sie der Meinung, dass Vorurteile gegenüber dem kubanischen Volk oder der kubanischen Regierung vorhanden sind?
- ✓ Kosten-Nutzen-Verhältnis der Emigration bezogen auf das was man hinter sich lässt.
- ✓ Bewertung – Achtung der Menschenrechte von Einwanderern in Brasilien.

Anhang: Einverständniserklärung



Einverständniserklärung zur Datennutzung

Interview für die Planung zur Migration migrierter Ärztinnen und Ärzte

Frau/Herr _____

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen. Ebenso können Sie das Einverständnis zur Aufzeichnung und Verschriftlichung des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der wissenschaftlichen Erhebung der Situation ausländischer Ärztinnen und Ärzte an einem Interview teilzunehmen.

Mir wurde zugesichert, dass die Daten pseudonymisiert verwandt werden. Das gilt sowohl für die Verwendung im Rahmen der Planungen als auch für wissenschaftliche Veröffentlichung.

Die Tonmitschnitte und Verschriftlichungen werden unter Verschluss aufbewahrt und sind nur den am Forschungsprojekt verantwortlichen Personen (siehe unten) zugänglich und werden vorschriftsgemäß nach 10 Jahren vernichtet.

Ich erkläre mich einverstanden,

- *dass die digitalen Tonmitschnitte des Interviews pseudonymisiert verschriftet (transkribiert) und nur in pseudonymisierter Form für die Auswertung genutzt werden.*
- *dass die Informationen des Interviews gemäß des Auftrags für die weitere Planung der Integration migrierter Ärztinnen und Ärzte genutzt werden. Das beinhaltet die Verwertung unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte im Rahmen*
 - *des Ergebnisberichtes,*
 - *der Ergebnisdiskussionen im internationalen Vergleich,*
 - *der Erstellung von Handlungsempfehlungen und der konkreten Nutzung zur Verbesserung von Integrations- und Fortbildungsentwürfen*
- *dass das verschriftete Material ausschließlich pseudonymisiert für weitere Forschungsprojekte und für Publikationszwecke (einschließlich Qualifizierungsarbeiten wie z. B. Dissertationen) und ggf. Lehre des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung verwendet werden darf.*

Der Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich.

Ort, Datum

Unterschrift

Für weitere Fragen steht Ihnen das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung unter 07071 29-85213 zur Verfügung. Verantwortliche Personen der Studie sind:

Frau Prof. Dr. Stefanie Joos (Institutsleiterin)

Frau Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD (Projektleiterin)

Anhang: Kategoriensystem

Aufbruch

Gründe für die Migration

Berufliche Gründe

Private Kontakte

Lebensstandard

Sonstiges

Biographische Verzögerung

Entscheidungsfindung

DesOrientierung

Verständigung

Sprachbarrieren

Bedeutung von Sprache

Sprache lernen

Med. Fachsprache

autodidaktisch

Sprachkurse

Sonstiges

Administrative Aufgaben

Informationen

Bündelung und Platzierung der Informationen/Checkliste

Informationssuche

Unterlagen

Wohnungssuche

Sonstiges

Unterstützung

Allgemeine Hilfsangebote

Fortbildungen

Mentoring

Sonstiges

Finanzierung

Motivation

Anpassung an das Gesundheitssystem

Adaptation/Ankommen

Berufliche Integration

Berufliche Beziehungen

*Kolleg*innen*

Medizinisches Personal

*Patient*innen*

Sonstiges

Einkommen

Herausforderungen

Vergleich Klinik Praxis

Sonstiges

Soziale Integration

Familie

Soziale Kontakte

Soziokulturelle Missverständnisse/Probleme

sich wohlfühlen

Heimweh

Wohnort/Wohnsituation

Eigene Meinung zu Integration

Sonstiges

Anhang: Flyer

- Häufig gestellte Fragen,
- weitere Informationen zum Anerkennungsverfahren
- sowie die entsprechenden **Antragsformulare** finden Sie im Internet unter:

https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Gesundheit/Seiten/Auslaendische-Abschluesse_Akad.aspx

oder

wie Sie Schritt für Schritt auf die entsprechende Internetseite kommen:

- <https://rp.baden-wuerttemberg.de>
- in der oberen Menüleiste auf „**Unsere Themen**“ klicken
- unter dem Abschnitt „**Gesellschaft**“ auf den Punkt „**Gesundheit**“ klicken
- unter dem Abschnitt „**Berufe im Gesundheitswesen**“ auf den Punkt „**Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse in akademischen Heilberufen**“ klicken.
- den gewünschten Antrag wählen

Kontaktdaten:

Regierungspräsidium Stuttgart
Referat 92 -
Landesprüfungsamt
für Medizin und Pharmazie,
Approbationswesen
Nordbahnhofstr. 135
70191 Stuttgart

Telefon: 0711/904-39208
E-Mail: info.anererkennung@rps.bwl.de

Telefonische Sprechzeiten:

Montag bis Freitag von 9.00-11.30 Uhr
Donnerstag zusätzlich von 14.00-15.30 Uhr

Persönliche Vorsprache:

Eine persönliche Vorsprache kann **nur** nach vorheriger Terminvereinbarung mit dem/der jeweiligen Sachbearbeiter/in erfolgen.



**Informationen
zur Anerkennung
von ausländischen
Bildungsabschlüssen
als
Ärztin/Arzt,
Zahnärztin/Zahnarzt,
Apothekerin/Apotheker**



Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART

Allgemeines

Für die Ausübung des Berufs als Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Apothekerin/Apotheker ist in Deutschland grundsätzlich die Approbation erforderlich.

Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist die Gleichwertigkeit des ausländischen Studiums mit dem aktuellen deutschen Studium.

Ist die Gleichwertigkeit des ausländischen Studiums mit dem aktuellen deutschen Studium gegeben (in der Regel ist dies bei Ausbildungen aus EU/EWG-Staaten und der Schweiz der Fall), wird bei Nachweis der sonstigen Voraussetzungen wie der gesundheitlichen Eignung, der Straffreiheit und ausreichender deutscher Sprachkenntnisse die Approbation erteilt.

Ist die Gleichwertigkeit des Studiums nicht gegeben, ist eine Kenntnis-/Eignungsprüfung abzulegen.

Für die Erteilung der Approbation ist neben allgemeinen Sprachkenntnissen auf dem Niveau B2 auch der Nachweis über die Fachsprache Medizin/ Zahnmedizin/ Pharmazie auf dem Niveau C 1 erforderlich.

Die C1-Fachsprachprüfung wird von der jeweiligen Kammer abgenommen.

Bitte reichen Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular zusammen mit allen erforderlichen Antragsunterlagen per Post ein.

