Hochschule für Technik Stuttgart

Bachelor-Studiengang Wirtschaftspsychologie

Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen für migrierte Ärztinnen und Ärzte mit Fokus auf Kinder- und Frauenkliniken

---

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

in

Wirtschaftspsychologie

Vorgelegt von:

Melanie Katharina Daul

Matrikelnummer: 1002665

Erstprüferin:

Prof. Dr. Katrin Allmendinger

Zweitprüferin:

Prof. Dr. Theda Borde

Eingereicht am 10.06.2023

Abstract

Der zunehmende Ärztemangel in Deutschland soll unter anderem durch Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund aufgefangen werden. Nationale und internationale Studien zeigen bereits, dass Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund auf zahlreiche Schwierigkeiten bei ihrer Berufsausübung stoßen. Um den Integrationsschwierigkeiten zu begegnen haben bereits einzelne Anbieter begonnen, Programme zur Förderung der beruflichen Integration für die migrierten Ärztinnen und Ärzte zu entwickeln. Bislang wurde noch nicht systematisch untersucht, wie hilfreich bereits existierende Programme zur Förderung derer Integration sind.

Deshalb sollte in einer qualitativen Studie zunächst ein Überblick über die spezifischen Herausforderungen von Ärztinnen und Ärzten an Kinder- und Frauenkliniken verschafft und hilfreiche Instrumente, Maßnahmen und Programme zum Abbau der Integrationsschwierigkeiten erfasst werden. Hierfür wurden neun leitfadengestützte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, die im Ausland geboren und / oder ausgebildet wurden und in unterschiedlichen Fachbereichen an deutschen Kliniken tätig sind, durchgeführt. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Teilnehmenden beschrieben mangelnde Sprachkenntnisse sowie das Anerkennungsverfahren als besondere Schwierigkeiten. Dabei erwiesen sich gute Sprachkenntnisse als besonders wichtig. Zur beruflichen Integration nutzten die Teilnehmenden ausschließlich Programme in Vorbereitung auf die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung, welche sie als sehr gut und hilfreich beurteilten.

Jedoch decken die bestehenden Angebote noch nicht alle Bedürfnisse der migrierten Ärztinnen und Ärzte ab. Um den Ausbau von Integrationsprogrammen zu begünstigen und deren Übersichtlichkeit zu verbessern sollten verschiedene Akteure zusammenarbeiten. Nur durch eine gelingende Integration von migrierten Ärztinnen und Ärzten kann eine flächendeckende sehr gute Gesundheitsversorgung in Deutschland auch in Zukunft sichergestellt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract ..... **II**

Tabellenverzeichnis ..... **VI**

Anhangsverzeichnis ..... **VII**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VIII**

1 Einleitung **1**

1.1 Problemstellung *1*

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit *3*

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund **4**

2.1 Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren *4*

2.1.1 Notwendigkeit der Approbation oder Berufserlaubnis 4

2.1.2 Sprachschwierigkeiten 5

2.1.3 Fachliche Unterschiede 6

2.1.4 Kulturelle Unterschiede 7

2.1.5 Diskriminierung 8

2.2 Integrationsunterstützende Instrumente und Maßnahmen *8*

2.2.1 Orientierungshilfen 9

2.2.2 Allgemeinsprache 10

2.2.3 Fachsprachen- und Kenntnisprüfung 11

2.2.4 Interkulturelle Kompetenzen 12

2.2.5 Einarbeitung 13

2.2.6 Tandem, Patenschaften und Mentoring 14

2.2.7 Facharztprogramm 15

2.2.8 Exemplarische Klassifizierung von Integrationsprogrammen 16

3 Methodik 18

3.1 Forschungsfragen 18

3.2 Studiendesign 18

3.3 Entwicklung des Interviewleitfadens 19

3.4 Stichprobe 19

3.5 Rekrutierung und Stichprobenzusammensetzung 20

3.6 Durchführung der Interviews 22

3.7 Transkription der Interviews 22

3.8 Analyse der Interviews 22

4 Ergebnisse 24

4.1 Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren 24

4.1.1 Approbationsverfahren 24

4.1.2 Sprachschwierigkeiten 24

4.1.3 Fachliche Unterschiede 26

4.1.4 Kulturelle Unterschiede 27

4.1.5 Diskriminierung 27

4.1.6 Psychische Belastung 28

4.2 Integrationsunterstützende Instrumente und Maßnahmen 28

4.2.1 Medizinische Hospitation und Praktikum 28

4.2.2 Einarbeitung 29

4.2.3 Private Beziehungen 31

4.3 Evaluation bestehender Programme 32

4.3.1 Deutschkurse 32

4.3.2 Fachsprachen- und Kenntnisprüfung 33

4.3.3 Mentoring 34

4.3.4 Weitere Programme 35

5 Diskussion..... 36

5.1 Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise..... 36

5.2 Diskussion der Ergebnisse vor dem theoretischen und empirischen Hintergrund..... 38

5.3 Praktische Implikationen und Handlungsempfehlungen 40

Anhang..... 43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung bestehender Integrationsprogramme 17

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Einseiter Rekrutierung Interviewpartner:innen 43
Anhang 2 Interviewleitfaden 44
Anhang 3 Interviewleitfaden Gresser 57
Anhang 4 Kategoriensystem 60
Anhang 5 Eigenschaften des Samples 61
Anhang 6 Kenntnisse und berufliches Anerkennungsverfahren der Probanden 64
Anhang 7 Genutzte Mittel der Probanden zum Spracherwerb 66

Abkürzungsverzeichnis

ÄiM	Ärzte und Ärztinnen in Migration
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
ChIA	Charité International Academy
FIA	Freiburg International Academy
INGE	Integration im Gesundheitswesen
IQ	Integration durch Qualifizierung

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Schlagzeilen wie „Mutter aus Renningen erhält eine Absage von 50 Kinderärzten“ (Klette, 2023) aus der jüngsten Presse verdeutlichen die prekäre Situation von Eltern bei der Gesundheitsversorgung ihrer Kinder, aufgrund eines steigenden Ärztemangels in Deutschland.

Durch den zunehmenden Versorgungsengpass, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, setzen Kliniken bereits jetzt verstärkt auf die Integration von Ärztinnen und Ärzten, die im Ausland geboren und / oder ausgebildet worden sind, welche im Folgenden als Ärztinnen und Ärzte in Migration (ÄiM) bezeichnet werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016; Kopetsch, 2010, S. 118; Lau & Osterloh, 2022). So zeigt die Studie von S. Schmidt & Gresser (2014, S. 28), dass bereits in knapp 90 Prozent der bayrischen Krankenhäuser ÄiM beschäftigt sind. Dabei fällt auf, dass ÄiM vor allem an kleineren Krankenhäusern praktizieren, die größere Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Personal haben.

Deutschlandweit hat sich die Zahl der berufstätigen ÄiM mit ausländischer Staatsbürgerschaft in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt (Bundesärztekammer, 2022, S. 4–9). Während im Jahr 2012 noch 28.310 ÄiM mit ausländischer Staatsbürgerschaft gemeldet waren, stieg die Zahl der ÄiM bis zum Jahr 2022 auf 59.883 an. Somit leisten ÄiM mit einem Anteil von 14 Prozent aller in Deutschland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte bereits einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Im internationalen Vergleich gehört Deutschland aber noch nicht zu den Ländern, mit einem besonders hohen Anteil an ÄiM. So beträgt deren Anteil in England beispielswiese 33 Prozent (Baker, 2022, S. 13).

In Deutschland sind die ÄiM mehrheitlich in Krankenhäusern tätig und nur ein geringerer Anteil arbeitet im ambulanten Bereich (Bundesärztekammer, 2022, S. 38–41). Die ÄiM stammen dabei mit rund zwei Dritteln mehrheitlich aus der Europäischen Union sowie anderen Ländern Europas und zu etwa einem Viertel aus Asien. An der Spitze liegt hier die Anzahl der ÄiM aus Syrien, gefolgt von Rumänien.

Aufgrund des zunehmenden Ärztemangels ist die Zuwanderung von ÄiM für Deutschland von großer Bedeutung, da deren Arbeitskraft dringend gebraucht wird. Bereits jetzt werden 1,2 Personen benötigt, um eine Vollzeitstelle an Krankenhäusern zu besetzen, was sich unter anderem auf den steigenden Anteil von in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie einem zunehmenden Bürokratieaufwand zurückführen lässt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023; Lau & Osterloh, 2022). Zusätzlich wird die Situation durch den demografischen Wandel verstärkt, da der Versorgungsbedarf der immer älter werdenden Bevölkerung steigt (Lau & Osterloh, 2022; Stephan-Odenthal, 2019). Außerdem sind rund 47 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte über 50 Jahre alt und gehen voraussichtlich in den nächsten zehn bis 15 Jahren in den Ruhestand gehen (Blum, 2021). Dadurch wird es für Kliniken zunehmend schwieriger vakante Stellen zu besetzen. Da dieses Problem nicht allein durch den kurzfristigen Ausbau von Medizinstudienplätzen bewältigbar ist, wird die Zahl der praktizierenden ÄiM in Deutschland weiter steigen müssen, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung sicherzustellen (Glinos, 2015, S. 1531; Lau & Osterloh, 2022).

Angesichts dessen ist es erforderlich, Zuwanderung als große Chance für das Gesundheitswesen zu sehen und die Integration der ÄiM erfolgreich zu gestalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Dafür sollten bedarfsgerechte Integrationsprogramme entwickelt werden. Hierzu ist ein umfassendes Verständnis über die Schwierigkeiten, mit welchen ÄiM bei ihrer Integration in das deutsche Gesundheitssystem konfrontiert sind, notwendig.

Nationale wie internationale Studien zeigen zahlreiche Hürden bei der beruflichen Integration von ÄiM (Heponiemi et al., 2018; Hohmann et al., 2018; Jalal et al., 2019; Jansen et al., 2018; Klingler et al., 2018; Schumann et al., 2022). Jedoch liegen nach gegenwärtigem Kenntnisstand bislang keine empirischen Studien über förderliche Unterstützungsangebote zur beruflichen Integration aus Sicht der ÄiM vor. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Studien konzentrieren sich vor allem auf die Integrationsschwierigkeiten der ÄiM sowie die Ursachen für ihre Migration (Becker & Teney, 2020; Gresser, 2023; Hohmann et al., 2018; Jansen et al., 2018; Klingler & Marckmann, 2016; Ognyanova et al., 2014).

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit zielt darauf ab, empirisch gesicherte Ergebnisse über die Schwierigkeiten der ÄiM bei ihrer beruflichen Integration festzuhalten und diese um erste explorative Erkenntnisse über förderliche Unterstützungsangebote für ÄiM zu erweitern. Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Bachelorarbeit die folgende zentrale Forschungsfrage untersucht:

Wie können bereits existierende Programme zur Verbesserung der beruflichen Integration von ÄiM weiterentwickelt werden?

Dafür werden zunächst die gegenwärtig bekannten Integrationsprobleme sowie bereits vorhandene Unterstützungsangebote für ÄiM näher beleuchtet. Daraus werden die Forschungsfragen für die qualitative Studie abgeleitet und im Anschluss das methodische und forschungspraktische Vorgehen erläutert. Es folgt die Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse zu den Einzelaspekten der Forschungsfragen bezüglich der Schwierigkeiten der ÄiM sowie förderlicher Instrumente, Maßnahmen und Programme für deren berufliche Integration. Anschließend werden vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse bestehende Unterstützungsangebote für ÄiM diskutiert sowie Vorschläge für die Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen aufgeführt. Die Bachelorarbeit wurde in Kooperation mit dem Projekt Empowerment für Diversität der Charité verfasst. Durch Organisationsentwicklungsmaßnahmen insbesondere in Frauenkliniken hat sich das Projekt zum Ziel gesetzt, diskriminierende Strukturen abzubauen. Auf Grund dessen sollte der Fokus der qualitativen Studie auf Kinder- und Frauenkliniken gerichtet sein. Jedoch konnte der Fokus in der durchgeführten Studie auf Grund von Rekrutierungsproblemen bei der Gewinnung von Interviewpartner:innen nicht beibehalten werden. Deshalb wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich auf einzelne Besonderheiten der befragten ÄiM aus der Frauen- und Kinderkliniken an geeigneter Stelle hingewiesen und ansonsten allgemeingültige Aussagen für ÄiM aller medizinischer Fachrichtungen getroffen.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren

Die folgenden Kapitel setzen sich mit den zahlreichen Hürden, welche die ÄiM bei ihrer beruflichen Integration überwinden müssen, auseinander.

2.1.1 Notwendigkeit der Approbation oder Berufserlaubnis

Um als ÄiM mit einer ausländischen Qualifikation in Deutschland tätig sein zu können, ist eine staatliche Zulassung notwendig. Dafür ist eine Approbation, die unbefristet und bundesweit gültig ist, erforderlich (Bundesärzteordnung [BÄO], 2019, § 2). Vorübergehend kann auch eine Erlaubnis zur Berufsausübung, welche auf maximal zwei Jahre befristet und auf ein Bundesland oder eine Arbeitsstelle beschränkt ist, erteilt werden (Bundesärzteordnung [BÄO], 2019, §10).

Die Erteilung der Approbation erfolgt für ÄiM aus Mitgliedstaaten der EU, dem Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz automatisch, das heißt ohne Einzelfallprüfung, durch das zuständige Regierungspräsidium (Bundesärzteordnung [BÄO], 2019, §3). Dafür muss ein Nachweis über ausreichende Sprachkenntnisse vorliegen, der in der Regel durch eine Fachsprachenprüfung bei der Landesärztekammer erbracht wird (Landesärztekammer Baden-Württemberg, o. J.). Bislang fehlt es jedoch an bundesweit einheitlichen Regelungen, wie die Fachsprachenprüfung ausgestaltet sein soll (Bever et al., 2015; Protschka & Hillienhof, 2014). Es sind lediglich nach dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom Juni 2014 allgemeine Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2 und ein Fachsprachenniveau auf C1 nachzuweisen, weshalb bei den Behörden der einzelnen Bundesländer unterschiedliche Tests zulässig sind.

Für ÄiM aus Drittländern gestaltet sich das Prozedere der Approbation deutlich langwieriger, da hier zunächst die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandards durch ein Gutachten der zuständigen Behörden überprüft wird, wobei deren Abschlüsse selten als gleichwertig anerkannt werden (Gresser, 2023, S. 6). Deshalb müssen ÄiM aus Drittländern häufig neben der Fachsprachenprüfung eine Kenntnisprüfung absolvieren, um die erforderlichen ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Berufsausübung nachzuweisen, was eine zusätliche Hürde darstellt. Denn die Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung

(2019, S. 11) zeigt, dass rund 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte beim ersten Versuch an der Kenntnisprüfung scheiterten. Da die Kenntnisprüfung bislang auf Länderebene geregelt ist, fordern die Landesärztekammern seit längerem einheitliche Regelungen (Richter-Kuhlmann, 2019). Denn aus dem bundesweit uneinheitlichen Anerkennungsverfahren resultieren Irritationen sowie ein Gefühl der Ungleichbehandlung und Benachteiligung bei den ÄiM (Locher, 2022, S. 148). Mit der Absicht an leichteren Prüfungen und einem einfacheren Anerkennungsverfahren teilnehmen zu können, wechseln einige ÄiM ihren Wohnort.

Anhand der aufgezeigten Prozedur ist es nachvollziehbar, warum ÄiM aufgrund von bundesweit uneinheitlichen Regelungen das deutsche Anerkennungsverfahren als unübersichtlich, zu bürokratisch und langsam kritisieren (Gresser, 2023, S. 30; Klingler & Marckmann, 2016, S. 5; Locher, 2022, S. 145–151). Dabei treten auch Schwierigkeiten durch unverständliche formaljuristische Formulierungen und die schlechte Erreichbarkeit und Rückmeldung der Behörden auf. Auch wird die Kommunikation mit Sachbearbeitenden als inadäquat erlebt. Zusätzliche Hürden stellen sich den ÄiM bei der Vorlage von beglaubigten und übersetzten Dokumenten, da diese nicht immer vorliegen und schwierig aus dem Heimatland zu beschaffen sind.

2.1.2 Sprachschwierigkeiten

Die Anfangszeit in Deutschland gestaltet sich für die ÄiM auf Grund diverser Sprachprobleme als besonders herausfordernd (Gresser, 2023, S. 30–31; Hohmann et al., 2018, S. 507–511; Klingler & Marckmann, 2016, S. 6–7; Locher, 2022, S. 147). Denn gute Sprachkenntnisse sind nicht nur für die Bewältigung von administrativen Aufgaben, sondern auch für die Integration am Arbeitsplatz wesentlich. Da die sprachliche Ausdrucksfähigkeit eng an die ärztliche Kommunikationsfähigkeit geknüpft ist, sind die Erwartungen von Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten sowie von Angehörigen an das Sprachniveau der ÄiM sehr hoch.

Sprachliche Schwierigkeiten haben die ÄiM besonders lange mit der Aussprache und dem grammatikalischen Ausdruck. Auch das Verstehen von Dialekten, Lesen von Handschriften und die eigene Ausformulierung von schriftlicher Sprache bereitet Probleme. Während es für einige ÄiM mühsam

ist mit der Alltagssprache zurechtzukommen, fällt es anderen schwerer medizinische Abkürzungen und Arzneimittelbezeichnungen sowie umgangssprachliche Begriffe für medizinische Krankheitsbilder zu verstehen.

Zudem beschriebt Gresser (2023, S. 32), dass Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit mit einem Identitätsverlust der ÄiM einhergehen, wenn diese ihre Gedanken nicht mehr in der bisherigen Präzision mitteilen können. Dies wirkt sich insbesondere in Verbindung mit destruktiver Kritik belastend auf die ÄiM aus (Hohmann et al., 2018, S. 510–513).

Außerdem hat Sprache einen großen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis (Ferguson & Candib, 2002; Gresser, 2023, S. 31–32; Spyra et al., 2023, S. 62–63). Verständigungsprobleme können zu einem schlechteren Vertrauensverhältnis führen. Jedoch bringt mehr Diversität in der Gesundheitsversorgung auch Vorteile mit sich. Denn viele ÄiM berichten, dass sie überwiegend migrierte Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Herkunftsland oder mit der eigenen Muttersprache behandeln. Gerade für deren Versorgungssicherheit ist es vorteilhaft, wenn Symptome in der eigenen Muttersprache geäußert werden können und sich von behandelnden ÄiM aus dem gleichen Kulturkreis besser verstanden und aufgehoben fühlen.

2.1.3 Fachliche Unterschiede

Für die berufliche Integration der ÄiM ist es erforderlich, dass diese neben psychosozialen auch grundlegende medizinisch-technische Kompetenzen adaptieren (Hohmann et al., 2018, S. 507). Denn einige Krankheiten, wie beispielsweise Tuberkulose, sind in den Herkunftsländern der ÄiM nicht gängig oder werden dort von einem spezialisierten Facharzt behandelt (Gresser, 2023, S. 41–42; Jansen et al., 2015, S. 116–117; Klingler & Marckmann, 2016, S. 6–7). Da den ÄiM die Erfahrung bei der Behandlung gewisser Krankheiten und der Anwendung von in Deutschland üblichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren fehlt, kann es zu einigen Herausforderungen bei der Bewältigung der neuen Arbeitsanforderungen kommen, die sich während Nachtschichten besonders belastend auf die ÄiM auswirken. Auch übernehmen in den Herkunftsländern der ÄiM häufig andere Berufsgruppen, wie das Pflegepersonal oder speziell ausgebildete Fachkräfte, in Deutschland typische ärztliche Tätigkeiten. Darunter fallen zum Beispiel Tätigkeiten wie die

Blutabnahme oder sonografische Untersuchungen. Deshalb sind ÄiM zunächst nicht geübt in der Ausübung solcher Tätigkeiten. Zudem kann es zu Konflikten kommen, wenn ÄiM diese Tätigkeiten anfangs nicht als Teil ihres Tätigkeitsfelds ansehen, da dies teilweise vom Versorgungsteam als Inkompetenz oder Arbeitsverweigerung der ÄiM aufgefasst wird.

Darüber hinaus treten Schwierigkeiten auf Grund von unterschiedlichen Entscheidungsbefugnissen und Rahmenbedingungen auf (Jansen et al., 2015, S. 117). Dies liegt beispielsweise daran, dass in einigen Ländern aufwändigere und kostenintensivere Untersuchungen nur von Oberärztinnen und Oberärzten angeordnet werden dürfen und Blutkonserven nur in Ausnahmefällen bestellt werden können. Daraus resultieren Nachfragen und Zögerlichkeiten der ÄiM, was vom deutschem Klinikpersonal als unselbstständige Arbeitsweise und fachliche Unsicherheit interpretiert werden kann. Darum sind ÄiM des Öfteren negativen oder verärgerten Reaktionen ausgesetzt (Klingler & Marckmann, 2016, S. 7). Außerdem müssen sich ÄiM viel mehr beweisen und kleine Fehler fallen schwerer ins Gewicht als bei deutschen Kolleginnen und Kollegen.

Auch die Zurechtfindung im deutschen Gesundheitssystem bereitet vielen ÄiM zu Beginn Schwierigkeiten (Hohmann et al., 2018, S. 513). Dabei fehlt ihnen nicht nur die fachliche Expertise, sondern auch Wissen über verschiedene Prozessabläufe, wie die Organisation von Krankentransporten, Patientenentlassungen oder der Verfassung von Dokumentationen. Zusätzlich stellen ständige Leistungsänderungen der gesetzlichen Krankenkassen und Gespräche um individuelle Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich immer wieder neue Herausforderungen dar (Gresser, 2023, S. 39).

2.1.4 Kulturelle Unterschiede

ÄiM werden häufig auf Grund von unterschiedlichen Verhaltensnormen kritisiert (Klingler et al., 2018, S. 10–12). Dabei tritt großes Konfliktpotenzial auf, wenn kulturelle und religiöse Normen Einfluss auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten haben. In der Studie von Klingler et al. (2018, S. 10–12) werden Widerstände eines migrierten Arztes bei der Legung eines Blasenkatheters, auf verschiedene religiöse Normen zurückgeführt. Zu Irritationen kommt es auch, wenn Patientinnen oder Patienten aufgrund von

anderen kulturellen oder religiösen Normen, von ÄiM empfohlene medizinische Behandlungen oder Maßnahmen ablehnen (Schumann et al., 2022, S. 5).

Insbesondere in der Psychiatrie treten Schwierigkeiten auf, wenn kulturelles und historisches Hintergrundwissen benötigt wird, um sich in die Patientinnen und Patienten hineinversetzen zu können (Klingler & Marckmann, 2016, S. 7). Aufgrund von mangelndem Wissen über kulturelle Verhaltensregeln, beispielsweise wie man am besten Gefühle ausdrückt, ist es für ÄiM auch schwerer eine gute Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen.

2.1.5 Diskriminierung

Von AiM werden teilweise auch Erfahrungen mit offener und verdeckter Diskriminierung sowie mit festgefahrenen Vorurteilen beschrieben. So wird einerseits von rassistischen und verletzenden Äußerungen und Verhaltensweisen von Sachbearbeitenden der Behörden berichtet (Locher, 2022, S. 146). Andererseits wird aber auch beim zwischenmenschlichen Umgang mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten Fremdenfeindlichkeit und Ablehnung erfahren (Klingler & Marckmann, 2016, S. 7). ÄiM sind dabei beleidigenden oder abfälligen Kommentaren oder Witzen über ihre Herkunft ausgesetzt. Auch fühlen sich einige ÄiM aufgrund ihrer Sprachkenntnisse diskriminiert, womit häufig auch eine Diskreditierung ihrer fachlichen Kompetenzen einhergeht (Gresser, 2023, S. 69; Hohmann et al., 2018, S. 513).

Hinzu kommt eine Stereotypisierung bezüglich religiöser, ethnischer, nationaler oder geografischer Gruppen der ÄiM (Klingler et al., 2018, S. 11–12). So besteht zum Beispiel das Vorurteil gegenüber Südeuropäern, dass diese dazu neigen, sich der Arbeit zu entziehen und nur unzureichend kritikfähig sind. ÄiM aus arabischen Ländern werden hingegen Schwierigkeiten bei der Gleichbehandlung des weiblichen Geschlechts zugeschreiben.

2.2 Integrationsunterstützende Instrumente und Maßnahmen

In den folgenden Kapiteln soll untersucht werden, welche Instrumente, Maßnahmen und Programme zur Förderung der Integration von ÄiM bereits

existieren. Vertiefend wird dabei auf die Programme der Charité eingegangen, da diese zu den größten Universitätsklinken Europas gehört und als ausgezeichnete Ausbildungsstätte weltweit renommiert ist (Charité – Universitätsmedizin Berlin, o. J.-c). Gleichzeit wird auf die Besonderheiten einzelner Programme hingewiesen und exemplarisch einige Anbieter am Ende des Kapitels einander gegenübergestellt (vgl. Kap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

2.2.1 Orientierungshilfen

Den ÄiM stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um sich bereits vorab über den Integrationsprozess in Deutschland zu informieren und sich bei ihrer Ankunft in Deutschland besser zurechtzufinden.

Vermittlungsagenturen können eine gute Unterstützung bei der Organisation des Berufs- und Privatlebens in der Anfangszeit sein, wobei diese die ÄiM nicht immer mit vollständigen Informationen ausstatten (Gresser, 2023, S. 76).

Unabhängig davon können sich Personen mit Migrationshintergrund einen ersten Überblick über das Berufsanerkennungsverfahren mittels dem online Informationsportal „Anerkennung in Deutschland“ verschaffen, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert wird (Bundesinstitut für Berufsbildung, o. J.-b). Ergänzt wird das Informationsangebot von der Zentralen Servicestelle für Berufsanerkennung, die durch ihre Hotline „Arbeiten und Leben in Deutschland“, eine kostenlose Erstberatung anbietet. Dabei berät und unterstützt die Servicestelle noch im Ausland lebende Fachkräfte bei ihrem Anerkennungsverfahren und der Zusammenstellung von notwendigen Unterlagen. Auch wird über Aufenthaltstitel, Qualifizierungsmöglichkeiten und weitere Beratungsangebote in Deutschland informiert. Hierzu arbeitet die Zentrale Servicestelle für Berufsanerkennung mit den Beratungsstellen des Förderprogramms Integration durch Qualifizierung (IQ) zusammen.

IQ wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie die Europäischen Sozialfonds gefördert und bietet individuelle Unterstützungsangebote zur Arbeitsmarktintegration für Zugewanderte an (Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer, 2021). Die 16 IQ

Landesnetzwerke beraten Zugewanderte über sprachliche und fachliche Qualifizierungsangebote und fördern deren Finanzierung.

Das Portal „Make it in Germany“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, o. J.) bietet zudem mehrsprachige Informationen und Checklisten für Einwanderungsinteressierte, welche einen Überblick zu notwendigen Vorbereitungen im Herkunftsland bis zur Ankunft und den ersten Schritten in Deutschland geben, an.

Zudem fördert das Bundesministerium für Gesundheit Modellprojekte wie INGE, welches für Integration im Gesundheitswesen steht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Im Rahmen des Projekts wurden eine Vielzahl von Integrationsinstrumenten entwickelt und in einem Praxishandbuch für Krankenhäuser, Pflege- und Bildungseinrichtungen gebündelt. Die Charité hat zudem ein eigenes „Handbuch für ausländische Ärztinnen und Ärzte“ veröffentlicht, welches ÄiM einen Überblick über die Organisation ihres Lebens beim Start in Deutschland verschafft (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2019). Hierin sind alle wichtigen Informationen und weiterführende Links vom Visum über die Approbation bis hin zu Kursangeboten der Charité International Academy (ChIA) enthalten.

2.2.2 Allgemeinsprache

Deutschlandweit ist das Sprachkursangebot für ÄiM in den letzten Jahren gewachsen ist (Gresser, 2023, S. 79). So gibt es eine Vielzahl von privaten Anbietern, zwischen denen die ÄiM bei der Erlernung von allgemeinen Deutschkenntnissen wählen können.

Migrierte werden dabei vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) durch Integrationskurse gefördert (Integrationskurs BAMF, o. J.). Diese setzen sich aus einem Sprachkurs, welcher wichtige Aspekte des alltäglichen Lebens behandelt und einem Orientierungskurs, der sich mit der deutschen Rechtsordnung und den deutschen Werten befasst, zusammen. Zudem fördert das BAMF digitale Deutschlernangebote wie das vhs-Lernportal oder Apps in Kooperation mit anderen Anbietern (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, o. J.-b).

Zusätzlich wird durch die Europäische Kommission die Plattform IMED-Komm gefördert, welche umfassende Online-Deutschkurse für ÄiM und medizinisches Pflegepersonal in Mitgliedstaaten der EU anbietet (Institut für Interkulturelle Kommunikation, o. J.). Dafür stehen auf der Plattform Materialien sowohl für das Selbststudium als auch für Sprachkurse bereit.

Überdies werden im Rahmen des Förderprogramm IQ Tipps und Materialien für die Einführung eines betrieblichen Sprachmentorings angeboten (passage, o. J.).

2.2.3 Fachsprachen- und Kenntnisprüfung

Im Netz sind einige private Anbieter und Institute für die Vorbereitung auf die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung zu finden, wobei die Kursinhalte im Wesentlichen identisch sind.

In Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung wird von der ChIA (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2023) ein sechswöchiges intensives Kommunikationstraining angeboten, wobei eine bereits erfolgreich abgelegte B2-Deutschprüfung Teilnahmevoraussetzung ist. Teilnehmende werden dabei sowohl auf die Prüfung als auch auf die Kommunikation im ärztlichen Arbeitsalltag vorbereitet. Dabei wird beispielsweise die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten bei Anamnesegespräche sowie die Kommunikation mit Vorgesetzten bei Fallvorstellungen geübt. Um das korrekte Verfassen von Arztbriefen zu trainieren, wird ein Blended Learning Ansatz verfolgt. Der Kurs der Charité zeichnet sich besonders dadurch aus, dass darüber hinaus Aspekte der interkulturellen Kommunikation in der Medizin und Techniken der ärztlichen Gesprächsführung trainiert werden. Zudem wird ein Überblick über das Gesundheitswesen sowie die Versicherungssysteme in Deutschland gegeben und über die Hierarchie und Struktur eines deutschen Krankenhauses informiert.

Darauf aufbauend wird ein weiterer sechswöchiger Intensivkurs in Vorbereitung auf die mündlich-praktische Kenntnisprüfung angeboten. Hier wird unter anderem prüfungsrelevanter Fachwortschatz eingeübt sowie fallorientierte Trainings durchgeführt und Prüfungssituationen simuliert. Auch werden Kenntnisse aus der Notfallmedizin aufgefrischt und Grundlagen zum Strahlenschutz vermittelt. Die Charité hebt sich dabei durch den Einsatz von

Simulationspatientinnen und -patienten bei der Übung von Anamnesegesprächen und körperlichen Untersuchungen von anderen Anbietern ab. Die Teilnahme an den beiden Kursen der ChIA ist daher ausschließlich in Präsenz möglich, während andere Anbieter auch Onlineformate anbieten.

Um Lehrkräfte in Vorbereitungskursen zur Kenntnisprüfung zu unterstützen wurde im Rahmen des Modellprojektes INGE eine Sprachstandsmessung entwickelt, um individuelle Sprachförderkonzepte zu erstellen (saarland.innovation&standort, o. J.).

Eine Kostenübernahme für die Kurse kann je nach Voraussetzungen des ÄiM durch die Agentur für Arbeit, das Jobcenter, das Förderprogramm IQ oder vom BAMF gestattet werden (Bundesagentur für Arbeit, 2023; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, o. J.-a; Bundesinstitut für Berufsbildung, o. J.-a; Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer, 2021). Durch das BAMF wird dabei insbesondere die berufsbezogene Deutschsprachförderung durch Spezialkurse für Akademische Heilberufe, worunter die Fachsprachenkurse für Ärzt:innen fallen, zur Integration in den Arbeitsmarkt unterstützt (IQ-Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch, 2019, S. 8).

2.2.4 Interkulturelle Kompetenzen

Durch eine interkulturelle Sensibilisierung und empathische Gesprächsführung kann das Arzt-Patienten-Verhältnis verbessert werden. Hierzu bieten verschiedene Anbieter interkulturelle Kompetenztrainings an. Das Kursangebot der ChIA ist dabei für alle Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für niedergelassene Mediziner:innen konzipiert, da der Fokus des interkulturellen Trainings auf der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchterfahrungen liegt (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2023). Hierbei wird auf die unterschiedlichen Rollen von Arzt-Patient und Angehörigen in anderen Kulturkreisen aufmerksam gemacht und die kultur- und migrationssensible Diagnostik trainiert. Auch wird die konstruktive Gesprächsführung und der Umgang mit kulturellen Konflikten durch eine Mischung aus fallbezogenen Rollenspielen, Gruppenarbeiten und Kurzvorträgen geschult.

Zudem werden vereinzelt von Anbietern interkulturelle Trainings für die Verbesserung der beruflichen Integration der ÄiM angeboten. Darunter auch von privaten Coaches wie Dr. Ute Siebert (Siebert, o. J.). Diese Trainings dienen dazu den ÄiM einen Überblick über die in Deutschland verbreiteten Gesundheits-, Krankheits-, und Behandlungskonzepte zu geben. Auch wird der Aufbau des deutschen Gesundheitssystems erklärt und besprochen, welche Aufgaben vom Pflegepersonal und welche von Ärztinnen und Ärzten übernommen werden. Außerdem werden die ÄiM im Umgang mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten geschult.

2.2.5 Einarbeitung

Die Einarbeitung sollte mit einem ersten Gespräch, bei dem die Erwartungen des Vorgesetzten und Wünsche des neuen Mitarbeitenden abgeglichen werden, beginnen (Wegerich, 2015, S. 39–41).

Um neuen Mitarbeitenden ihren Start zu erleichtern ist es wichtig, dass das Onboarding gut strukturiert ist (Wegerich, 2015, S. 39–41). In der Unternehmenspraxis haben sich Informationsbroschüren als vorteilhaft erwiesen, um für eine einheitliche Orientierung am Klinikum zu sorgen. Auch sollte neuen Mitarbeitende am ersten Arbeitstag eine persönliche Informationsmappe erhalten, die alle wichtigen Informationen enthält.

Des Weiteren ist eine Checkliste ein hilfreiches Instrument für die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden (Lorenz & Rohrschneider, 2015, S. 149–153). So haben Vorgesetzte einen Überblick, welche Informationen und Erklärungen neue Mitarbeitende zu Beginn über das Unternehmen, den Fachbereich, das Aufgabengebiet und zu organisatorischen Themen benötigen.

Es empfiehlt sich darüber hinaus einen Einarbeitungsplan zu erstellen. Denn ÄiM gaben in der Studie von Klingler & Marckmann (2016, S. 6) an, beim Start am Klinikum nicht über alle fachspezifischen Kompetenzen zu verfügt zu haben und empfanden zugewiesene Aufgaben als zu anspruchsvoll oder unter ihrem Qualifikationsniveau liegend. So kann eine gute Arbeits- und Lernumgebung für die neuen ÄiM geschaffen und fachliche Defizite ausgeglichen werden. Zudem dienen regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten dazu, Fragestellungen aus dem Klinikalltag zu klären und

weitere Lernbedarfe zu ermitteln, um die fachliche und persönlichen Weiterentwicklung der ÄIM zu fördern (Wegerich, 2015, S. 99).

2.2.6 Tandem, Patenschaften und Mentoring

Insbesondere in der Anfangszeit haben ÄiM diverse Schwierigkeiten, da die Sprache neu ist und die Arbeitsbedingungen nicht dieselben, wie in ihrem Herkunftsland sind (Gresser, 2023, S. 49–50). Um vorzubeugen, dass ÄiM unter Überforderung und Einsamkeit leiden, ist eine persönliche Unterstützung und Verständnis für die ÄiM durch das berufliche Umfeld sehr wichtig.

An der Charité (2021) werden international angeworbene Pflegefachkräfte bereits speziell bei der Verbesserung ihres deutschen Sprachniveaus durch Tandemkonzepte von Kolleginnen und Kollegen unterstützt. Außerdem wird die Einarbeitung von neuen Pflegefachkräften durch eine Patin oder einen Paten für mindestens sechs Monate unterstützt. Die Patin oder der Pate befindet sich auf derselben Hierarchiestufe im Team, erläutert formelle Prozesse sowie informelle Regeln am Arbeitsplatz und im gesamten Klinikum und hilft bei der Integration ins Team (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2021; Kuratorium Deutsche Altershilfe, o. J.). Auch möchte die Charité ihre Studierenden, Ärztinnen und Ärzte sowie Frauen in der Wissenschaft durch gezielte Mentoringprogramme unterstützen (Charité – Universitätsmedizin Berlin, o. J.-b).

Beim Mentoring steht ein vertraulicher und verständnisvoller Austausch, der über die kollegiale Unterstützung hinausgeht, im Vordergrund (Steven et al., 2008, S. 553; Wegerich, 2015, S. 44). Der Mentor fördert hierbei durch seine berufliche Erfahrung und sein Netzwerk den Mentee in seiner persönlichen und beruflichen Entwicklung. Durch die vertrauliche Beziehung können offen Bedenken, Ängste und Feedbacks geäußert werden. Pro Jahr hat sich ein zeitlicher Aufwand von etwa 20 Stunden für das Mentoring, bei Treffen alle sechs bis acht Wochen, über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren, als geeignet herausgestellt.

In den USA fand Mentoring bereits in den 1970er Jahren, in großen privatwirtschaftlichen Unternehmen zur Förderung von Nachwuchskräften, Einzug (Frei et al., 2010, S. 1). Formelle Mentoringprogramme für Medizinstudierende sowie für Ärztinnen und Ärzte wurden aber erst ab den

späten 1990er Jahren konzipiert. Dass sich Mentoring auch im medizinischen Bereich erfolgreich auf die berufliche und persönliche Entwicklung der Mentees auswirkt sowie deren persönliches Wohlbefinden und Arbeitsplatzzufriedenheit steigert, wird bereits durch zahlreiche Studien belegt (Feldman et al., 2010; Phillips et al., 2019; Steven et al., 2008, S. 554). Auch stärkt Mentoring die Beratungskompetenz und Selbstsicherheit von Ärztinnen und Ärzten, da diese so Kenntnisse erwerben, um geeignetere Fragen bei der Behandlung zu stellen.

2.2.7 Facharztprogramm

Die zuvor vorgestellten Programme, werden im Facharztprogramm der Charité, welches in Kooperation mit dem Hochschulministerium Saudi-Arabiens sowie weiterer Golfstaaten angeboten wird, vereint (Ghorfa Arab-German Chamber of Commerce and Industry, 2015). Das Programm beginnt bereits mit der Auswahl und Vorbereitung der Kandidatinnen und Kandidaten im Heimatland, die eine führende Rolle bei der Entwicklung des Gesundheits- und Medizinsystems in ihrem Heimatland einnehmen sollen und erstreckt sich bis zu deren Abschlussprüfung in Deutschland. Dabei variiert die Programmdauer je nach gewählter Fachrichtung der Ärztinnen und Ärzte zwischen fünf und sechs Jahren.

Durch die ChIA werden die Teilnehmenden von Beginn an umfangreich bei ihrem Start in Deutschland unterstützt (Charité – Universitätsmedizin Berlin, o. J.-a; Ghorfa Arab-German Chamber of Commerce and Industry, 2015). Dafür wird bereits Hilfe bei der Organisation der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, der Suche nach einer Unterkunft sowie der Wahl von Versicherungen angeboten. Nach einem allgemeinen Deutschkurs werden die Teilnehmende im Kommunikationstraining der ChIA auf ihre Arbeit am deutschen Klinikum und auf die Fachsprachenprüfung vorbereitet. Zudem kann in Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung am Kursangebot der ChIA teilgenommen werden. Das Programm wird durch weitere Einführungsseminare über das deutsche Gesundheitssystem sowie den Arbeitsalltag und die Facharztausbildung in Deutschland abgerundet.

Danach erfolgt die Vermittlung der Teilnehmenden an geeignete Lehrkliniken und Kooperationskrankenhäuser der Charité (Ghorfa Arab-German Chamber

of Commerce and Industry, 2015). Während ihrer Facharztausbildung werden die Teilnehmenden individuell beraten und bei der Reflektion ihrer Lernfortschritte unterstützt. In den letzten beiden Jahren der Facharztausbildung findet durch die Nachstellung von realistischen Prüfungssituationen die Vorbereitung auf die Abschlussprüfungen statt. Für eine gute Vernetzung und den Ausbau von Kooperationen zwischen deutschen und ausländischen Ärztinnen und Ärzten ist auch nach Programmende und Rückkehr der Teilnehmenden in ihr Heimatland durch das Alumni-Netzwerks der Charité gesorgt.

2.2.8 Exemplarische Klassifizierung von Integrationsprogrammen

Anhand der zuvor im Einzelnen beschriebenen Unterstützungsangebote soll nun ein erster vergleichender Überblick zu vorhandenen Programmen gegeben werden. Da es einige Anbieter gibt, die Kurse zum Erwerb von Allgemeinen Deutschkenntnissen sowie in Vorbereitung auf die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung bereitstellen, erfolgt an dieser Stelle lediglich ein exemplarischer Vergleich. Hierfür werden von Weiterbildungsakademien, privaten Anbietern sowie von staatlicher Seite zur Verfügung gestellte Programme verglichen. Vorhandene Programme der Anbieter sind dabei mit X gekennzeichnet. Ebenso sind Besonderheiten und Anmerkungen zu einzelnen Anbietern in der Tabelle ergänzt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1

Klassifizierung bestehender Integrationsprogramme

Anbieter	Orientierungs-hilfe	Allgemein-sprache	Fachsprachen - und Kenntnis-prüfung	Interkulturelle Kompetenzen
Charité International Academy	X Mentoring- und Facharzt-programm der Charité		X Training mit Simulations-patient:innen	X
Freiburg International Academy			X	(X) bald verfügbar
MED-International LMU			*X*	
VIA Institut			X	
Goethe Institut		X		
WIPA		X		
UNS Germany		X	X Nur Fachsprachen -kurs	
Förder-programm IQ	X		X	
BAMF	X	X	X Spezialkurse Akademische Heilberufe	

Anmerkung. eigene Abbildung

3 Methodik

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfragen beschrieben.

3.1 Forschungsfragen

Die empirisch bereits gesicherten Ergebnisse anderer Studien, die bisher in Deutschland durchgeführt wurden, fokussieren sich nicht auf die spezifischen Herausforderungen, die ÄiM bei ihrer beruflichen Integration an Kinder- und Frauenkliniken erleben. Auch untersuchen sie nicht die Wirksamkeit von bereits etablierten Unterstützungsangeboten aus Sicht der ÄiM.

Mit dem Ziel erste explorative Befunde für die Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen für ÄiM an Kinder- und Frauenkliniken zu gewinnen, wurden im Rahmen der qualitativen Studie der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellungen untersucht:

- An welchen Stellen erleben die ÄiM Schwierigkeiten und Barrieren bei ihrer beruflichen Integration?
- Welche Instrumente und Maßnahmen begünstigen die Integration aus Sicht der ÄiM?
- Wie effektiv sind die aktuell existierenden Programme zur Förderung der beruflichen Integration von ÄiM?

3.2 Studiendesign

Da bisher kaum Forschungserkenntnisse vorliegen, welche Instrumente, Maßnahmen und Programme sich positiv auf die berufliche Integration der ÄiM auswirken, wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Dafür wurden leitfadengestützte Einzelinterviews im Rahmen der qualitativen Studie durchgeführt. Denn ein qualitativer Ansatz eignet sich besonders, um in wenig untersuchten Gebieten, durch offene Fragen und einen flexiblen Interviewablauf Sachverhalte und Erfahrungen individuell zu vertiefen (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Dadurch können sensible Themen wie die persönlichen Schwierigkeiten der ÄiM bei ihrer Integration sowie deren komplexes Erleben während ihrer Anfangszeit in Deutschland wissenschaftlich erfasst werden.

3.3 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Grundlage des erarbeiteten Studiendesigns für die qualitative Studie basiert auf dem theoretischen und empirischen Hintergrund der Arbeit (vgl. Kap. 1). Bei der Erstellung der Frageblöcke für den Interviewleitfaden (vgl. Anhang 2) wurde sich an einzelnen Fragestellungen aus der Studie von Gresser (2023) zur soziokulturellen und beruflichen Integration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung in Deutschland orientiert (vgl. Anhang 3). Dabei wurden Fragen zur sozialen Vernetzung, dem Ausbildungsweg, der Anpassung an medizinische Versorgungsstandards in Deutschland sowie zu beruflichen Beziehungen und Hilfsangeboten in abgewandelter Form übernommen.

Der teilstrukturierte Interviewleitfaden besteht nach dem allgemeinen Begrüßungsblock aus sieben Frageblöcken Interviewleitfaden. Zunächst wurden in den ersten beiden Themenblöcken die soziodemografischen Eigenschaften und sozialen Beziehungen der Befragten erfasst. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden im Themenblock drei Fragen zu den Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren der ÄiM formuliert. Außerdem sollten in den Frageblöcken vier bis sechs integrationsförderliche Instrumente, Maßnahmen und Programme, welche die ÄiM an deutschen Kliniken, durch Kursangebote oder durch sonstige Unterstützung erfahren haben, identifiziert werden. Der abschließende Frageblock endete mit einer offenen Frage nach weiteren gewünschten Maßnahmen und Programme zur Förderung der Integration sowie einer Frage nach Ergänzungen.

Zu jedem Frageblock wurde eine Leitfrage formuliert. Zudem wurden Unterfragen verfasst, um gezielt nachfragen zu können, wenn die Antwort nicht aussagekräftig bezüglich des Fragenschwerpunktes sein sollte. Weitere optionale Fragestellungen wurden verfasst, um aus der Interviewsituation heraus, einzelne Themen vertiefen zu können.

3.4 Stichprobe

Für die Durchführung der Studie wurde eine zielgerichtete Stichprobe (purposive sample) gewählt, um Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren, die aussagekräftiges Datenmaterial erwarten lassen (Döring & Bortz, 2016, S. 302; Tong et al., 2007, S. 352).

Die Rekrutierung der Teilnehmenden der Studie erfolgte durch vorher definierte Einschlusskriterien: Die Teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sollten aus dem EU-Inland oder EU-Ausland stammen und mindestens ihre Schulzeit in einem anderen Land als in Deutschland abgeschlossen haben, sowie an einer deutschen Kinder- und Frauenklinik angestellt sein.

Durch den Einschluss dieser Merkmale sollte eine gewisse Varianz in den wesentlichen demografischen und berufsbezogenen Variablen bestehen, um die verschiedenen Herausforderungen der ÄiM, welche aus unterschiedlichen Herkunftsländern stammen und unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen zum deutschen System mit sich bringen, abzubilden. So sollten beispielsweise verschiedene Schwierigkeiten beim Anerkennungsverfahren der ÄiM aus unterschiedlichen Herkunftsländern als auch diverse Hürden, welche sich durch unterschiedliche Sprachkenntnisse ergeben (vgl. Anhang 6), abgebildet werden. Um einen differenzierten Blickwinkel zu erhalten, wurden sowohl ÄiM die seit längerem als auch erst seit kurzem in Deutschland leben in die Stichprobe einbezogen. Dadurch sollte herausgefunden werden, wie erfolgreich die Integration rückblickend verlaufen ist und welche Unterstützungsangebote aktuellen hilfreich sind beziehungsweise welche zusätzlich erforderlich wären. Durch den Einschluss aller Geschlechter sollte ein heterogenes Sample gewährleistet werden.

3.5 Rekrutierung und Stichprobenzusammensetzung

Die befragten ÄiM wurden deutschlandweit über verschiedene Kanäle rekrutiert, um möglichst umfassend unterschiedliche Erfahrungen und begünstigende Faktoren für die berufliche Integration erfassen zu können. Berufliche Adressen wurden dabei über Webseiten recherchiert. Zunächst wurden leitende Oberärzte, Chefärzte oder Direktoren von Kinder- und Frauenkliniken der zehn größten deutschen Kliniken, mit der Bitte um Weiterleitung der Interviewanfrage an ÄiM, kontaktiert. Dadurch ergaben sich vier Kontakte zu ÄiM zweier Universitätskliniken. Zudem wurde zu leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie Personalverantwortlichen von zufällig ausgewählten weiteren deutschen Kliniken Kontakt aufgenommen, diese blieben jedoch erfolglos. Zwei weitere Kontaktpersonen konnten über die Weiterbildungsakademie eines Krankenhauses gewonnen werden. Über

andere Weiterbildungsinstitute, Kursanbieter, Projektinitiativen und Netzwerke zur Integration von Ärzten im Gesundheitswesen, konnten keine weiteren Kontakte hergestellt werden. Durch die Unterstützung bei der Rekrutierung über die Netzwerke der beiden Betreuerinnen der Arbeit kamen drei weitere Kontakte zustande. Insgesamt wurden 68 Kontaktanfragen zur Vermittlung von Interviewpartner:innen versendet.

Die Kontaktvermittlungsanfragen und erste Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner:innen erfolgten fast ausschließlich per E-Mail. Lediglich in einem Fall wurde eine Interviewpartnerin direkt telefonisch kontaktiert. Dabei wurden alle Kontakte und potenziellen Interviewparter:innen mittels eines Einseiters (vgl. Anhang 1) vorab über das Ziel und den zeitlichen Umfang der Studie informiert.

Da sich die Rekrutierung von Interviewpartner:innen als schwierig gestaltete, wurden die ÄiM pragmatisch ausgewählt und entgegen der vorab definierten Einschlusskriterien, weitere Interviewpartner:innen aus anderen medizinischen Fachbereiche rekrutiert. Durch die Erweiterung der Zielgruppe sollte genügend Datenmaterial für die Studie gewonnen werden und mögliche Besonderheiten an Kinder- und Frauenkliniken sofern möglich herausgefunden werden.

Es ergab sich dadurch eine zufällige Zusammensetzung der Teilnehmenden (vgl. Anhang 5). Die Stichprobe setzte sich aus drei Ärztinnen aus der Kinder- und Jugendmedizin, eines Arztes in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, zwei Ärztinnen und eines Arztes aus der Psychiatrie, wovon eine Ärztin in der Kinderpsychiatrie tätig war, sowie einer Ärztin und eines Arztes aus der Inneren Medizin, zusammen. Darunter waren eine Oberärztin, eine Fachärztin und vier Assistenzärztinnen sowie drei Assistenzärzte vertreten. Insgesamt nahmen drei männliche Ärzte und sechs weibliche Ärztinnen an der Studie teil. Von den elf Interviewkontakten kamen neun Interviews zustande. Die anderen zwei Interviews wurden aus Zeitgründen abgelehnt.

3.6 Durchführung der Interviews

Die semistrukturierten leitfadengestützten Interviews wurden persönlich von der Verfasserin der Arbeit über den Videokonferenzdienst Zoom durchgeführt. Mit dem vorab eingeholten Einverständnis der Befragten konnten die Interviews als Ton- oder Videoaufnahme aufgezeichnet werden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 48 Minuten, wobei die Zeitspanne der Interviews zwischen 26 Minuten und 67 Minuten lag. Die Dauer der Interviews war abhängig von der Ausführlichkeit der Antworten der Befragten, den von Ihnen genutzten Kursangeboten und sonstiger erlebter Integrationsunterstützung.

3.7 Transkription der Interviews

Mit dem Ziel das Gesprochene in Schriftform festzuhalten, wurden die Aufzeichnungen der Interviews mit Hilfe des Programms Trint transkribiert. Es wurde eine inhaltlich semantische Transkription nach dem Praxisbuch von Dresing & Pehl (2018, S. 21–22) vorgenommen. Alle Äußerungen wurden dabei wörtlich transkribiert, lediglich Füllwörter wurden nicht transkribiert und die Interpunktion zur besseren Lesbarkeit geglättet. Während der Transkription wurden alle Namen von Personen vollständig pseudonymisiert. Aussagen der Interviewerin wurden mit „I“ gekennzeichnet, Aussagen der Befragten mit „B“. Ergänzungen wurden in eckigen Klammern ergänzt [xyz]. Darüber hinaus erhalten die Transkripte Zeitmarken, welche in eckige Klammern gesetzt sind [hh:mm:ss]. Die transkribierten Interviews erhalten keine grammatikalische Bearbeitung der Formulierungen, da die sprachlichen Herausforderungen bei der Integration von Nichtmuttersprachlern dargestellt werden soll. Ebenso wurde die Satzstruktur beibehalten, auch wenn syntaktische Fehler enthalten sind. Abschließend wurden die Interviews von A01- A09 durchnummeriert.

3.8 Analyse der Interviews

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten wurden mit Hilfe der Software MAXQDA kodiert. Grundlage für die Auswertung der transkribierten Interviews war die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), da so kommunikative Inhalte aus den Interviews regelgeleitet und analysiert werden können, um ein noch unbekanntes Forschungsfeld explorativ zu erschließen. Die Einzelfallanalyse diente dazu, die persönliche und berufliche Lebenswelt der

ÄiM zu erfassen, um relevante Einflussfaktoren und Zusammenhänge auf die berufliche Integration erschließen zu können. Für die systematische Analyse der erhobenen Daten wurde ein gemischt deduktiv-induktives Kategoriensystem erstellt (vgl. Anhang 4).

Anhand des theoretischen und empirischen Hintergrundes der Arbeit und des Interviewleitfadens wurden zunächst deduktiv Hauptkategorien gebildet (Mayring, 2015, S. 85). Beim anschließenden Kodieren der Transkripte wurden die Hauptkategorien um induktiv abgeleitete Unterkategorien ergänzt.

Es resultierten daraus sieben Hauptkategorien, welche am Leitfaden orientiert sind und sowohl die Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren der ÄiM erfassen, als auch integrationsunterstützende Instrumente, Maßnahmen und Programme.

4 Ergebnisse

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse gliedert sich zur Beantwortung der Forschungsfragen in drei Teile. Zunächst werden im ersten Teil die Studienerkenntnisse zu den Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren der ÄiM vorgestellt. Teil zwei beschäftigt sich mit den integrationsunterstützenden Instrumenten und Maßnahmen. Im dritten Teil werden bestehende Programme evaluiert.

4.1 Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren

4.1.1 Approbationsverfahren

Der Erhalt der Approbation wurde als sehr bedeutsam eingestuft, um erste Erfahrungen am deutschen Klinikum sammeln zu können (A04, A06, A09). Dabei wurde das Approbationsverfahren von allen befragten ÄiM, die nicht in Deutschland Medizin studiert haben, als langwierig und kompliziert beschrieben. Sie schilderten lange Wartezeiten auf das Gutachterergebnis (A07), schleppende Prozesse bei der Erteilung der übergangsweisen Berufserlaubnis (A09), Wartzeiten für die Ablegung der Facharzt- und Kenntnisprüfung (A04) sowie auf die anschließende Ergebnisrückmeldung (A02). Die hohe Durchfallquote schärft auch die Angst vor der Kenntnisprüfung (A06, A08). Zudem haben die ÄiM die Kooperation mit einzelnen Sachbearbeitenden der Behörden als abwertend und diskriminierend erlebt (A06, A09). Auch die Regelungen und Organisation beim Anerkennungsprozess auf Länderebene wurde als beschwerlich erlebt (A02, A06).

Ein Arzt schlug deshalb die Zentralisierung des Approbationsverfahrens vor und sprach sich für die Einrichtung einer offiziellen Stelle, für die deutschlandweite Berufsanerkennung von ÄiM, aus (A06). Zudem wünschte er sich strukturierte Informationen über den Anerkennungsprozess und die dafür notwendige Schritte, die online verfügbar sind.

4.1.2 Sprachschwierigkeiten

Die Beherrschung der deutschen Sprache wurde von allen Interviewten als größte Integrationsbarriere wahrgenommen. Dabei kamen die ÄiM mit ganz

unterschiedlichen sprachlichen Voraussetzungen in Deutschland an (vgl. Anhang 6).

„[E]s war für mich sehr viel Druck, dass ich Sprache so schnell wie möglich lernen muss, um mich hier integrieren zu können. Um arbeiten zu können, um überhaupt Menschen kennen zu lernen, neues soziales Umfeld zu bauen.“ (A09)

Dabei zeigten die Aussagen von allen befragten ÄiM wie wichtig gute Sprachkenntnisse für die berufliche Integration sind, da diese grundlegend für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sind. Eine Oberärztin schilderte:

„Ist ein großes Uniklinikum, deshalb wahrscheinlich auch ein geringer Anteil an Ausländern. […] Und ich glaube auch ganz klar, dass Ärzte oder Ärztinnen, die nicht gut Deutsch sprechen, natürlich auch in einem Bewerbungsgespräch nicht so weit kommen.“ (A01)

Besonders in ihrem Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde beschrieb sie gute Sprachkenntnisse als essenziell, denn:

„Eltern sind eh, wenn Kinder in einer Notfallsituationen sind, sehr angespannt und können ganz schön patzig werden. […] Und wenn dann der Arzt auch noch nicht so super der Sprache mächtig ist, dann ist manchmal unfreundlich. Und dann möchten sie ein Arzt der Deutsch spricht.“ (A01)

Die Beherrschung der Sprache stellte sich zudem als äußerst wichtig für die Verfassung von Dokumentationen (A06) und Arztbriefen (A04, A06), sowie die Kommunikation mit Sachbearbeitern und Bewältigung von Schriftverkehr mit den Behörden (A09) heraus.

Sprachschwierigkeiten erschweren nicht nur die Kommunikation und Erledigung von schriftlichen Tätigkeiten, sondern erschweren auch die Integration ins Team, da auf Grund von mangelnden Sprachkenntnissen Scherze und Redewendungen von Kolleginnen und Kollegen nicht verstanden werden können (A06).

4.1.3 Fachliche Unterschiede

Die im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte berichteten von divergierenden ärztlichen Anforderungen, Aufgaben und Zuständigkeiten in Deutschland im Vergleich zu ihrem Herkunftsland (A02, A04, A05, A06, A07, A08, A09). Es wurde geschildert, dass Pflegekräften in den Herkunftsländern mehr Verantwortung obliegt und diese einfache ärztliche Tätigkeiten, wie die Blutabnahme, übernehmen. Aus diesem Grund stellte die Blutabnahme und Legung von Zugängen für viele der befragten ÄiM eine große Herausforderung bei ihrem Start dar (A05, A07, A08, A09). Daneben wurde erläutert, dass es in anderen Ländern eine andere Aufteilung gibt, welche Aufgaben Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Fachgebiet übernehmen. Beispielsweise gaben ÄiM aus Russland und der Ukraine an, dass es dort Ärztinnen und Ärzten gibt, die auf Ultraschall spezialisiert sind (A05, A08).

Zudem unterschied sich der Einsatz von Materialien im Krankenhaus und es entstanden Irritationen durch die Verwendung von Abkürzungen und Begriffen (A08) sowie anderer Medikamentenbezeichnungen (A02). Außerdem sind in anderen Ländern bestimmte Medikamente wie Metamizol nicht frei verkäuflich (A02) und Therapieverfahren wie die Substitutionstherapie sind nicht in allen Ländern zulässig (A09). Ein Arzt, der in Ghana Medizin studiert hat, schilderte zudem eine andere Vorgehensweise bei der Behandlung (A04). Diese beschreib er als mehr Anamnese und an körperlichen Untersuchungen orientiert, da Patientinnen und Patienten Untersuchungen wie CT oder MRT in seiner Heimat selbst bezahlen müssen. Auch berichtete er von viel mehr Angst in Deutschland verklagt zu werden.

Auch wiesen Ärztinnen und Ärzte auf Unterschiede in der Allgemeinmedizin hin (A03, A04). Dabei wurde angegeben, dass in Deutschland mehr allgemeinmedizinische Kenntnisse vorausgesetzt und eine größere Universalität erwartet werde als in anderen Ländern (A08). Auch gibt es Unterschiede beim Studienaufbau, wobei in Deutschland mehr „wissenschaftliches Grundwissen“ (A02) vermittelt werde als beispielsweise in England. Auch wurde die Verantwortung von Assistenzärztinnen und -ärzten je nach Herkunftsland und Studienaufbau als divergierend beschrieben (A04). Dies liege daran, dass in anderen Ländern der Praxisanteil im Studium anders

als in Deutschland gewichtet ist, woraus sich eine unterschiedliche Erwartungshaltung bezüglich einer eigenständigen Arbeitsweise nach dem Studium ergibt.

Da sich auch die Klinikhierarchie und der Aufbau des deutschen Gesundheitssystems deutlich von den Herkunftsländern unterscheiden wurde vorgeschlagen, hierfür flächendeckend ein eigenständiges Programm anzubieten (A03, A09), um einen Überblick über die deutschen Klinikabläufe, das Krankenkassensystem und Abrechnungen (A06, A09) zu verschaffen.

4.1.4 Kulturelle Unterschiede

Folgende Differenzen bei den Umgangsformen wurden von einer Ärztin geschildert:

„Also, ich fand Sie und Du schwierig. […] Die Art, wie man mit Leuten umgeht, ist ein bisschen anders in Deutschland. Die Deutschen sind eher abrupt. Die sagen was Sie denken viel schneller als in England.“ (B02)

Auch berichtete ein Arzt von leichter Konfuse mit Frauen bei der Arbeit:

„Du willst einfach Kompliment für gute Laune machen. Und das wurde mir gesagt, sei vorsichtig, das kann als Sexismus wahrgenommen werden.“ (B08)

Generell gaben die interviewten ÄiM keine gravierenden kulturellen Schwierigkeiten an.

4.1.5 Diskriminierung

Fehlende Hilfsbereitschaft und Beratung sowie abweisendes Verhalten von Sachbearbeitenden auf der Ausländerbehörde, erlebten vor allem ÄiM mit schlechten Deutschkenntnissen (A03, A05, A06, A09). Eine Ärztin formulierte dies so:

„[W]enn ich alleine zum Termin gehen in Ausländerbehörde, ich werde nicht angeschaut, nicht nett gesprochen. […] Und wenn ich dann einen Freund von mir oder Freundin von meiner Schwester der Deutscher ist zum Gespräch mitnehme und lass den einfach dabei sitzen, der Umgang wird ganz anders.“ (A09)

Eine Ärztin gab an, keinen Integrationskurs aufgrund von ominösen Missverständnissen erhalten zu haben (B05). Auch von Willkür der bei der

Vergabe der Aufenthaltserlaubnis (A03) und Verschleppung des Approbationsverfahrens (B06) wurde berichtet.

Zudem erzählte ein Arzt, dass der Einstieg für ÄiM aus Afrika, Südamerika und Teilen Asiens besonders schwierig ist, da an ihren fachlichen und sprachlichen Fähigkeiten gezweifelt würde (A04). An einer Frauenklinik war ein Arzt Stereotypen gegenüber arabischen Männern ausgesetzt und stieß auf Vorurteile aufgrund seines gewählten weiblichen Berufsumfeldes (A06).

4.1.6 Psychische Belastung

Die ÄiM waren am Anfang einem großen Druck ausgesetzt, sich schnellstmöglich, auch auf Grund von finanziellen Engpässen (A08, A09), beruflich und sozial zu integrieren, wobei sie sich oftmals hilflos und alleingelassen gefühlt haben (A04, A05, A06, A08, A09). Dabei standen die ÄiM unter starkem Stress, die sprachlichen und fachlichen Erwartungshaltungen zu erfüllen und ihrer Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten gerecht zu werden (A04-A09). So wies ein Arzt auf seine belastende Anfangssituation am deutschen Klinikum hin:

„Ich musste früher kommen […], damit ich keinen Fehler machen, was einen Patienten beschädigen könnte. Ich musste bis 19:00 Uhr abends hier bleiben. Ich hatte […] Schlafprobleme am Anfang, weil ich mich so viel Sorgen gemacht habe. War ein harter Start.“ (A06)

Auch beschrieben im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, dass sie sich bei ihrem Start am Klinikum geschämt und geniert haben (A05, A08) und drückten den Wunsch nach mehr Verständnis aus (A06). Dabei wurde auch deutlich, dass viel Eigeninitiative und Durchhaltevermögen für die Integration und die berufliche Weiterentwicklung erforderlich ist (A03, A04, A06, A08, A09).

4.2 Integrationsunterstützende Instrumente und Maßnahmen

4.2.1 Medizinische Hospitation und Praktikum

Eine Hospitation wurde als integraler Bestandteil zur Verbesserung der Sprache (A02, A09) und zum Kennenlernen der Abläufe an deutschen Kliniken angesehen (A05, A08). Allerdings erzählten einige der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte von Schwierigkeiten, bei der Findung eines

Platzes für eine Hospitation oder ein Praktikum, da dafür umfangreiche gesetzliche Vorschriften einzuhalten sind (A04, A06, A08). Zudem sind bezahlte Praktika selten zu finden, da Kliniken oft kein Geld dafür haben (A04, A08) und sowieso schon knappe Zeit in jemanden investieren möchten, der nur für kurze Zeit da ist (A05, A08).

Es kam der Wunsch auf, medizinische Praktika durch das IQ Netzwerk zu fördern (A08) und ähnlich wie für deutsche Ärzte ein praktisches Jahr für migrierte Ärzte zu implementieren, in welchem diese Erfahrungen am deutschen Klinikum sammeln können (A05).

4.2.2 Einarbeitung

Die beiden Ärztinnen, welche direkt zum Medizinstudium nach Deutschland gekommen sind, haben ihren Start an Ihrer ersten deutschen Klinik als „ganz unkompliziert“ (A01) und „ohne Probleme“ (A03) erlebt. Ein Großteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte schilderten hingegen große Kraftanstrengungen bei ihrer Integration in Deutschland (A04, A05, A06, A08, A09). Da es bislang an keiner der Kliniken der Befragten, gezielte Maßnahmen für die Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitssystem gibt, fühlen sich diese häufig „*ins kalte Wasser geworfen“ (A05, A06)*. Lediglich eine Ärztin berichtete von einem Integrationsjahr am Klinikum einer Kollegin, welches eine Mischung aus Theorie und Praxis ist (A05).

Die Einarbeitung wurde von den meisten im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte als unzureichend wahrgenommen:

„Einarbeitungszeit […] es gibt immer. Wie tief ist und wie gut ist, das ist schon eine andere Frage.“ (A05)

Auch wurde die „Learning by doing“ Mentalität in deutschen Kliniken kritisiert (A08). Die ÄiM bekamen vieles einmal gezeigt und mussten es beim nächsten Mal direkt selbst machen (A02, A03, A08) und aus ihren Fehlern lernen (A08).

Eine Oberärztin gab an, dass es an ihrem Universitätsklinikum Checklisten gibt, die vor dem ersten Dienst durchgegangen werden (A01). Jedoch sind die Zuständigkeiten für die Einarbeitung nicht immer klar definiert (A03) oder es ist keine Zeit dafür vorhanden (A05, A06). Für die Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen wurde die Relevanz des Stellenschlüssels von einer

Oberärztin betont (A01). Sie hielt es für sinnvoll, dass bei der Einarbeitung zwei erfahrenere Assistenzarztinnen oder -ärzte jederzeit zur Verfügung stehen, um neuen Kolleginnen und Kollegen weiterzuhelfen (A01).

An den meisten Kliniken der befragten ÄiM gab es einen kleinen Leitfaden, eine Willkommensbroschüre oder Begrüßungsmappe mit den wichtigsten Informationen (A01, A03, A07, A09). Auch wurde von einem inhaltlichen Nachschlagewerk mit Informationen zu Diensten, Telefonnummern, Zuständigkeiten und Standards des Klinikums berichtet (A03).

Die Assistenzarztweiterbildung wurde grundsätzlich als strukturiert erlebt, da in einem verpflichtenden Logbuch der Erwerb von Fertigkeiten sowie Weiterbildungsgespräche dokumentiert werden müssen (A01, A03).

Feedback gegenüber den ÄiM wurde zwar ausgesprochen, war jedoch nicht immer hilfreich, da es rein formal war (A05) oder lediglich ein Erwartungsabgleich stattfand, um Bleibeabsichten am Klinikum zu klären (A04). Dabei gaben einige Ärzte an, dass halbjährlich oder jährlich festgeschriebene Feedback- oder Mitarbeitergespräche geführt werden (A01, A03), jedoch fehlte konstruktive Kritik (A05, A06, A07). Hingegen waren Assistententreffen zur Thematisierung von Fragen, Problemen und Neuigkeiten sowie zum Knüpfen von Kontakten hilfreich (A01, A02, A09).

Als Erfolgsfaktoren für das Gelingen der Einarbeitung wurden darüber hinaus ein gutes Arbeitsklima (A05, A06), flache Hierarchien (A05) sowie ein guter Draht zu den Kollegen (A02, A09) genannt. Dabei erlebten die ÄiM die kollegiale Unterstützung ganz unterschiedlich. Es wurde zum einen von sehr hilfsbereiten Kollegen oder Pflegekräften berichtet (A02, A03, A05, A06, A07), die bei sprachlichen oder fachlichen Schwierigkeiten gerne unterstützen, aber auch von rein formaler Kommunikation (A08). Die ÄiM erachteten die Unterstützung und den Austausch untereinander als wichtig (A02, A05, A07, A09), denn:

„Wir sind alle in einem Boot. Alle wissen, was jemand schon erlebt hat. Und das war bei Arbeit die wichtigste Unterstützung.“ (A05)

Die Implementierung eines Austauschformats für ÄiM wäre hilfreich, um ohne Scheu berufliche und private Fragen stellen zu können (A07, A09).

Vernetzen konnten sich ÄiM mit anderen Ärztinnen und Ärzten bei Betriebsausflügen, Sommerfesten, Seminaren, Fachkonferenzen (A08) und Schulungen (A02). Nur sehr vereinzelt wurden Mentoringprogramme (A03) oder Supervisionen (A03, A09) an den Kliniken angeboten.

4.2.3 Private Beziehungen

Ein gutes kollegiales Umfeld sowie private Kontakte sind wichtig für die Integration. Eine besonders bedeutsame Rolle nahm dabei die familiäre und partnerschaftliche Unterstützung im Zielland und aus dem Herkunftsland ein (A02, A04, A06, A08, A09).

Auch wurden Mitbewohner als erste wichtige soziale Kontakte in Deutschland beschrieben (A03, A09). Zudem dienten Freunde oder Bekannte als große Hilfe, um einen Platz für eine Hospitation, ein Praktikum, oder eine Arbeitsstelle zu finden (A02, A07, A08). Des Weiteren betonten die ÄiM die Wichtigkeit von migrierten Bekannten, die den Prozess selbst bereits durchlaufen haben und als Informationsquelle dienten (A04, A05, A06, A07, A08). Auch deutsche Freunde, die bei der Zurechtfindung im deutschen System halfen und mit denen Wissen ausgetauscht werden konnte, wurden als bedeutsam erachtet (A02, A04, A09). Ebenso waren ausländische Freunde hilfreich, um sich über Kleinigkeiten (A02) und kulturelle Besonderheiten (A01) auszutauschen.

Eine Ärztin war bereits in England Teil des „Christian Medical Fellowship“ (A02) Netzwerks, welches ein Partnernetzwerk in Deutschland hat. Dieses sei für die Ärztin sehr hilfreich gewesen (A02). Auch habe sie dadurch in Deutschland direkt Anschluss in der christlichen Gemeinde gefunden und so über einen Bekannten einen Platz für eine Hospitation gefunden.

Um Erfahrungen, Empfehlungen und Wissen mit anderen ÄiM aus dem eigenen Herkunftsland auszutauschen und um sich zu vernetzen waren soziale Medien wie beispielsweisen Gruppen in Facebook (A06, A09), Telegram (A07, A08) oder WhatsApp (A02, A07) sehr hilfreich.

4.3 Evaluation bestehender Programme

4.3.1 Deutschkurse

Für die Erlernung der deutschen Sprache nutzen die Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Formate (vgl. Anhang 7). Am häufigsten wurden dabei allgemeine, gefolgt von fachspezifischen Sprachkursen genannt.
Es war schwierig für die ÄiM sich im Internet einen Überblick über das Sprachkursangebot zu verschaffen (A02, A04, A05). Zudem bestanden Unsicherheiten darüber, welche Sprachprüfungen im jeweiligen Bundesland anerkannt werden (A02). Auch waren mögliche Unterstützungs- und Finanzierungshilfen für allgemeine Kursangebote sowie für Kursangebote in Vorbereitung auf die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung durch die Agentur für Arbeit, das BAMF oder IQ Netzwerk zunächst nicht bekannt (A04, A05, A09).

Die ÄiM sprachen daher die Empfehlung aus, zukünftig verstärkt über hilfreiche zentrale Anlaufstellen, Unterstützungsmöglichkeiten und Finanzierungshilfen für die Integration in den Arbeitsmarkt durch unterschiedliche am Integrationsprozess beteiligte Akteure zu informieren (A04, A09).

Allgemeine Deutschkurse zur Erlernung des Sprachniveaus bis B2 wurden von den Ärztinnen sehr positiv bewertet (A05, A09). Durch „tolle Lehrer“ (A05) und ein gutes Lernumfeld (A05) herrschte große Zufriedenheit (A09).

Da allgemeine Sprachkurse in der Regel noch vor der Anstellung an der ersten Klinik mit gültiger Approbation besucht werden, sprach sich ein Arzt für den verstärkten Ausbau von sprachlichen Unterstützungsangeboten von Seiten der Bundesregierung aus (A06).
An keinem Klinikum der befragten ÄiM wurden bislang bereits sprachliche Unterstützungsmöglichkeiten angeboten (A01-A09). Eine Oberärztin eines Universitätsklinikums für Kinder- und Jugendheilkunde legte dar:
„Wir haben einen hohen Anteil an deutschsprachigen und deshalb auch keine besonderen Programme.“ (A01)

In Kliniken die mehr Druck haben Personal zu finden, als sie am Universitätsklinikum sowie in anderen Fachbereichen wie der Chirurgie,

schätze sie den Anteil an ausländischen Ärztinnen und Ärzte höher ein (A01). Bei steigender Personalknappheit müssten die Klinikleitungen mehr unterstützen und beispielsweise bezahlte Deutschkurse anbieten.

4.3.2 Fachsprachen- und Kenntnisprüfung

Insgesamt nahmen drei der sieben im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte an Vorbereitungskursen für die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung teil (A04, A05, A09) (vgl. Anhang 6). Dafür wurden Kursangebote der ChIA (A04, A05), sowie der Freiburg International Academy (FIA) und eines weiteren Anbieters in Hamburg genutzt (A09).

Die Ärztinnen und Ärzte waren mit den Kursen aller Anbieter sehr zufrieden (A04, A05, A09). So wurden die Kurse mit den Worten *„richtig toll“* (A05, A09) und *„super wohl gefühlt“* (A09) als hervorragend bewertet und weiterempfohlen (A09).

Das Präsenzkursangebot der ChIA wurde durch die Kombination von Sprachübungen und der Verfassung von Dokumenten in Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung als gut empfunden (A04). Hierbei informierte die ChIA direkt über weitere Kursangebote und finanziellen Fördermöglichkeiten. Gleichzeitig war auch der Vorbereitungskurs auf die Kenntnisprüfung hilfreich, um einen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem zu erhalten. Darüber hinaus erlebten die ÄiM das persönliche Coachingangebot während des Kenntnisprüfungsvorbereitungskurses als „supertoll [und] ganz hilfreich“ (A05). Auch berichteten die Ärztin und der Arzt davon, während des Trainings der ChIA für die Kommunikation sensibilisiert worden zu sein (A04, A05). Dabei wurde im Rahmen des Trainings mit Simulationspatienten auch auf interkulturelle Aspekte, wie die Besonderheiten verschiedener Religionen, eingegangen (A05). Zudem waren grundlegende Informationen zu Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen Bestandteil des Trainings (A04).

Auf die Frage nach weiteren Verbesserungswünschen beim Kursangebot der Charité antwortete eine Ärztin:

„Charité bietet wirklich so großartige Kurse an. Das ich mir kaum vorstellen kann, was noch verbessert werden kann. [...] Weil wir hatten alles im Sinne: das war Theorie, das war richtige Übung und Simulation.“ (B05)

Auch das Kursangebot der FIA wurde von einer anderen Ärztin durch die hohe Flexibilität des Onlineformats, sowie die intensive und kompakte Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung sehr gelobt (A09). Sie schilderte, eine sehr kompetente Kursleitung aufgrund von überaus qualifizierten Trainerinnen und Trainern. Der Kurs half ihr, relevante Informationen zu bündeln und sich auf die Prüfung zu fokussieren. Sie hielt es zudem für ausschlaggebend im Rahmen des Vorbereitungskurses die Präsentation der eigenen Kenntnisse vor der Prüfung zu üben. Auch durch das Onlineformat hat ein guter Austausch mit der Lerngruppe sowie Vernetzungen über LinkedIn stattgefunden. Zunächst hatte sie großen Bedenken, da eine Finanzierung der Kursgebühren in Höhe von 5000€ für sie aus eigenen Mitteln nicht möglich gewesen wäre. Die FIA empfahl ihr sich an das IQ Netzwerk zu wenden, welche die Kurskosten dann übernommen haben.

4.3.3 Mentoring

Offizielle Mentoringprogramme sind bislang häufig in den Kliniken nicht (A04, A05, A07, A09) oder schlecht (A06) etabliert.

Lediglich an einem Universitätsklinikum war in der Vergangenheit bereits ein Mentoringprogramm für Assistenzärztinnen und -ärzte etabliert (A01, A03). Nur ein Klinikum bemühte sich aktuell mit der Einführung eines solchen Unterstützungsangebots (A02). Hierbei betreuten ältere Assistenzärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte neue Kolleginnen und Kollegen (A01). Für den Erfolg des Programms wurde gegenseitiges Interesse als essenziell erläutert, welches nicht immer vorhanden war. Aus diesem Grund schlief das Mentoringprogramm an der Universitätsklinik nach einiger Zeit wieder ein (A03).

Unabhängig von offiziellen Programmen agierten manche Oberärzten unaufgefordert als Mentoren (A02, A03). Diese wurden für den regelmäßigen Austausch und die gute Zusammenarbeit bei einem gemeinsamen klinischen Forschungsprojekt (A03), sowie ihr offenes Ohr bei Sorgen und Nöten (A02) sehr geschätzt.

Ein anderer Arzt, der zunächst als Gastwissenschaftler nach Deutschland kam, beschrieb seinen Chefarzt als Mentor (A08). Durch diesen erfuhr er und

seine Frau bei ihrem Start in Deutschland umfangreiche Unterstützung. Durch das „Vitamin B“ (A08) des Mentors konnten zwei Anerkennungspraktika gefunden werden, welche der befragte ÄiM nicht mit eigenen Anstrengungen bekommen konnte. Ebenso unterstützte der Mentor auch im Schriftverkehr beim Berufsanerkennungsprozess der Frau als Krankenschwester.

4.3.4 Weitere Programme

Wünschenswert sind aus Sicht der ÄiM ein einfacher Zugang zu weiteren Informationen über das Bewerbungsverfahren an Kliniken (A06), zum Arbeitslosen- und Krankengeld (A09), zum deutschen Versicherungssystem (A02, A09), sowie zum deutschen Schul- und Erziehungssystem (A07).

Erhofft wurde sich auch ein Programme zur Vermittlung von Informationen zum Weiterbildungsprozess, wie zur Promotion in Deutschland und zum wissenschaftlichen Arbeiten (A05).

Kein spezieller Wunsch ergab sich für die Implementierung eines kulturellen Trainings (A01-A09), da die ÄiM die Adaption der deutschen Kultur und Mentalität als ihr persönliche Anpassungsaufgabe ansahen (A01, A06).

5 Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt zunächst die Reflexion der methodischen Vorgehensweise. Anschließend werden die Untersuchungsergebnisse kritisch diskutiert sowie praktische Implikationen und Handlungsempfehlungen vorgestellt.

5.1 Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise

Für die Studie ist ein explorativer Ansatz gewählt worden, um die Effektivität bestehender Integrationsprogramme, welche bislang noch nicht wissenschaftlich untersucht wurden, zu erfassen. Dafür wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden erstellt. Für die strukturierte Auswertung des erhobenen Datenmaterials wurde ein deduktiv-induktives Kategoriensystem gebildet und die Daten auf die wesentlichen Forschungsaspekte reduziert. Dadurch ist die methodische Vorgehensweise der qualitativen Studie transparent dokumentiert. Jedoch muss beachtet werden, dass sich aus der qualitativen Forschung nicht die eine objektive Wahrheit ergibt. Nur das subjektive Erleben und die individuellen Sichtweisen der befragten ÄiM konnten somit erfasst werden.

Die Ergebnisse der zugrunde liegenden Studie sind aufgrund einer niedrigen Anzahl an Teilnehmenden, der Zusammensetzung der Stichprobe, einem unausgewogenen Geschlechterverhältnis und der zufälligen Verteilung der Herkunftsländer nicht generalisierbar. Zudem sind ÄiM, die in ländlichen Gegenden praktizieren, in der Studie unterrepräsentiert. Die gewonnenen Erkenntnisse sind außerdem nicht auf die Grundgesamtheit aller ÄiM in Deutschland übertragbar, da die Teilnehmenden nur in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen praktizierten.

Durch die zufällige Kontaktierung von Kliniken und Streuung der Interviewanfragen über verschiedene Kanäle ist nicht nachvollziehbar, wie viele ÄiM die Interviewanfragen tatsächlich erreicht haben. Generell war die Rücklaufquote der Interviewanfragen eher gering, was auf eine hohe Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte sowie den enormen angekündigten Zeitaufwand für die Teilnahme an der Studie zurückzuführen ist.

Deshalb ist davon auszugehen, dass sich überwiegend ÄiM für die Studie bereiterklärten, die ein persönliches Interesse an der Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen hatten. Die Selbstselektion der Teilnehmenden könnte zu einer Überschätzung von Integrationsproblemen und einer Falscheinschätzung von Bedürfnissen der ÄiM bei der Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen geführt haben. Jedoch ist davon eher nicht auszugehen, da die Stichprobe insgesamt heterogen war und bereits andere Studien ähnliche Integrationsschwierigkeiten feststellten.

Sechs der befragten ÄiM leben bereits seit über fünf Jahren in Deutschland. Dadurch könnten Verzerrungen bezüglich ihrer Erinnerungen an die Integration in Deutschland, damit zusammenhängenden Problemen sowie erfahrene integrationsunterstützende Hilfestellungen, entstanden sein (Recall-Bias). Außerdem ist es möglich, dass beschriebene Integrationsschwierigkeiten aufgrund von institutionellen und politischen Veränderungen nicht mehr relevant sind.

Da drei der befragten ÄiM an derselben Klink für Kinder- und Jugendmedizin und zwei Teilnehmende an der gleichen psychiatrischen Klinik angestellt waren, ließen sich nur begrenzt bestehende Unterstützungsstrukturen an deutschen Kliniken im Rahmen der qualitativen Studie erfassen.

Einige Teilnehmende kamen bereits mit sehr guten Sprachkenntnissen nach Deutschland und zwei Befragte hatten ihr Medizinstudium in Deutschland absolviert. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass diese ÄiM geringere Unterstützungsbedürfnisse aufwiesen, als sie durchschnittlich von ÄiM, welche ohne diese Voraussetzungen nach Deutschland kommen, benötigt werden. Auch nutzten in diesem Zusammenhang lediglich drei der neun befragten ÄiM Programme in Vorbereitung auf die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung, weshalb die Beurteilung der Effektivität bereits bestehender Programme nicht repräsentativ ist. Außerdem waren im Sample auch keine ÄiM enthalten, die ihren Approbationsprozess abgebrochen haben, weshalb deren Unterstützungsbedarfe nicht ermittelt werden konnten.

Es ist zudem nicht vollständig abschätzbar, inwiefern die Interviews dadurch beeinflusst wurden, dass sie in deutscher Sprache durch eine junge Frau ohne

medizinische Ausbildung und ohne Migrationshintergrund durchgeführt wurden. Da Probleme in der Medizin immer noch tabuisiert werden könnten die befragten ÄiM zudem Integrationsproblemen verharmlost oder verschweigen haben.

5.2 Diskussion der Ergebnisse vor dem theoretischen und empirischen Hintergrund

Die im Rahmen der qualitativen Studie identifizierten Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren bestätigen die bereits empirisch gesicherten Erkenntnisse anderer Studien aus dem nationalen und internationalen Kontext (Heponiemi et al., 2018; Hohmann et al., 2018; Klingler, 2019; Schumann et al., 2022).

Während die Ärztinnen, die ihr Medizinstudium bereits in Deutschland absolvierten von keinen Schwierigkeiten bei ihrem Start am deutschen Klinikum berichteten, zeigten sich bei den im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten vielfältige Herausforderungen. Besonders im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte aus Nicht-EU-Ländern schilderten große Schwierigkeiten durch ein langwieriges und komplexes Anerkennungsverfahren, was sich mit den Studienerkenntnissen von Gresser (2023) deckt. Die Interviewergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit einer gültigen Berufserlaubnis oder Approbation für den Start der beruflichen Integration, da besonders ÄiM, welche ohne berufliche Kontakte nach Deutschland kommen, sonst keine Chance haben an deutschen Kliniken einen Platz für eine Hospitation zu finden. Als Grund dafür wurden umfangreiche gesetzliche Vorschriften sowie ein hoher Zeitaufwand bei der Betreuung der Hospitanten angeführt.

Als größte Schwierigkeit für die beruflichen Integration gaben die befragten ÄiM mit Abstand mangelnde Sprachkenntnisse an. So wurde geschildert, dass Bewerbende mit schlechter sprachlicher Ausdrucksfähigkeit bereits früh im Bewerbungsprozess ausscheiden. Dies ist dadurch begründet, dass sprachliche Präzision und ein sehr gutes Sprachverständnis grundlegend wichtig für die ärztliche Kommunikation im Arbeitsalltag ist (Ferguson & Candib, 2002; Gresser, 2023). So wurde von einer Ärztin aus der Kinderklinik erläutert, dass gute Sprachkenntnisse besonders wichtig sind, um das Vertrauen der Eltern bei der Behandlung ihrer Kinder zu gewinnen. Da ÄiM

einer großen Erwartungshaltung bezüglich ihrer sprachlichen und fachlichen Kompetenzen ausgesetzt sind und oft kaum Unterstützung bei ihrer beruflichen Integration erhalten, resultiert daraus eine hohe psychische Belastung.

Daher war ein weiterer wichtiger Aspekt der qualitativen Studie herauszufinden, welche Instrumente, Maßnahmen und Programme die berufliche Integration aus Sicht der ÄiM begünstigen. Es decken sich dabei die Interviewergebnisse mit anderen Studienerkenntnissen, in denen Kliniken als schlechtes Lern- und Arbeitsumfeld aus der Perspektive der ÄiM beschrieben wurden (Klingler & Marckmann, 2016). Dies liegt zum einen daran, dass in der Praxis häufig auf Grund von Personalmangel keine Zeit für die Einarbeitung vorhanden ist. Deshalb wird bereits von Beginn an von den ÄiM die Übernahme einer großen Verantwortung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten erwartet.

Die Interviewergebnisse zeigen, dass Universitätskliniken und andere große Kliniken sich noch ihre Bewerber aussuchen können, weshalb hier der Ausländeranteil gering ist. Die von Schmidt & Gresser (2014) durchgeführte Studie bekräftigt diese Erkenntnisse, da hier herausgefunden werden konnte, dass ÄiM überwiegend in kleinen Krankenhäusern tätig sind. Jedoch ist es für kleinere Kliniken aufgrund von begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen schwierig, Unterstützungsangebote für ÄiM anzubieten, weshalb es bislang äußerst selten von Kliniken organisierte Maßnahmen oder Programme zur beruflichen Integration der ÄiM gibt.

Aufgrund des komplexen Prozesses bei der Integration von ÄiM in den Arbeitsmarkt, haben bereits einige private Anbieter und Weiterbildungsakademien wie die ChIA (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2023) begonnen, auf die Unterstützungsbedürfnisse der ÄiM zugeschnittene Programme zu entwickeln, deren Wirksamkeit in der vorliegenden Studie untersucht wurde. Dabei umfassen die Integrationsangebote, die auf die Schwierigkeiten der ÄiM zugeschnitten sind, bislang vor allem Vorbereitungskurse für die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung. Diese Kurse beschrieben die ÄiM als sehr gut durchdacht, weshalb sie sich als äußerst hilfreich und zielführend für die Vorbereitung auf die Prüfungen erwiesen.

Besonders förderlich wirkten sich dabei die in den Interviews beschriebenen Übungen mit Simulationspatientinnen und -patienten, in denen in einem geschützten Lernumfeld sowohl sprachliche als auch fachliche Kompetenzen trainiert werden konnten, aus. Zusätzlich war es möglich in diesem Rahmen medizinisch-kulturelle Unterschiede zu behandeln, was sich positiv auf die Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie auf die Zusammenarbeit in interdisziplinären Versorgungsteams an deutschen Kliniken auswirkt. Da jedoch die Kursangebote für ÄiM schwer zu überblicken sind, Finanzierungshilfen für die Kursgebühren oftmals nicht bekannt und die Programme noch nicht flächendeckend verbreitet sind, nutzen momentan noch wenige ÄiM diese Unterstützung.

5.3 Praktische Implikationen und Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich abschließend erste Empfehlungen für die Weiterentwicklung von bereits existierenden Programmen für die Verbesserung der beruflichen Integration der ÄiM ableiten.

Zunächst sollte von staatlicher Seite eine Zentralisierung der Behörden für das berufliche Anerkennungsverfahren erfolgen sowie bundesweit einheitliche Regelungen für die Durchführung der Fachsprachen- und Kenntnisprüfung getroffen werden, um das Approbationsverfahren für ÄiM zu vereinfachen und zu beschleunigen. Außerdem ist es sinnvoll den Ausbau von zentralen Beratungsstellen weiter voranzutreiben, um die als aufwändig und kompliziert erlebte Informationssuche während des Integrationsprozesses zu vereinfachen.

Darüber hinaus sind weitere Kursangebote zu entwickeln, um ÄiM einen Überblick über die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems zu verschaffen. Dabei sollte die deutsche Klinikstruktur, Hierarchien und Abläufe im Klinikum, sowie Unterschiede einzelner Fachbereiche behandelt werden. Auch Informationen zum deutschen Krankenkassen- und Abrechnungssystem, sowie zum deutschen Versicherungssystem sollten in diesem Zusammenhang gegeben werden.

Da ÄiM persönliche Unterstützung bei ihrer Integration bereits vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit am deutschen Klinikum benötigen, wäre es hilfreich von staatlicher Seite ein zentral organisiertes Mentoringprogramm für ÄiM etablieren. Denn in den Interviews wurde persönliche Unterstützung durch private Kontakte und aus dem beruflichen Umfeld als besonders positiv für die berufliche Integration erlebt. Dadurch kann die hohe psychische Belastung der ÄiM verringert und deren berufliche Entwicklung gefördert werden.

Für die Verbesserung der Einarbeitung der ÄiM sind geregelte Strukturen an den Kliniken von Vorteil. Dafür wäre es gut zu Beginn einen individuellen Einarbeitungsplan mit den neuen ÄiM auszuarbeiten, um diese beim Erwerb von notwendigen fachlichen Kompetenzen, durch Weiterbildungen oder unter Anleitung von Kolleginnen und Kollegen, zu unterstützen.

Da sich gute Sprachkenntnisse zudem als unentbehrlich für die gelingende berufliche Integration erwiesen und sie einen großen Einfluss auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten haben, sollten zudem Sprachkurse entweder am Klinikum selbst oder in Kooperationen mit anderen Kursanbietern zur Verbesserung der sprachlichen Präzision der beschäftigten ÄiM angeboten werden. An den Kliniken selbst stehen oft nicht genügend finanzielle Mittel dafür zur Verfügung. Daher sollte die berufsbegleitende sprachliche Weiterbildung der ÄiM aus Bundesmitteln bezuschusst werden.

Weitere Vorbereitungskurse für die Fachsprachen- und Kenntnisprüfung, wie sie bereits von der Charité hervorragend konzipiert wurden, sind zudem flächendeckend auszuweiten, sodass auch ÄiM in ländlichen und strukturschwachen Regionen Zugang zu diesen Programmen haben.

Um die berufliche Integration weiter zu verbessern, sollten spezielle Praktika Formate, ähnlich dem praktischen Jahr für deutsche Medizinstudierende in Vorbereitung auf die selbständige ärztliche Tätigkeit der ÄiM an deutschen Kliniken von staatlicher Seite geschaffen werden, um in einem geschützten Rahmen sprachliche und fachliche Kompetenzen auszubauen. Zudem sollten diese Praktika von staatlicher Seite finanziell unterstützt werden, um eine Grundsicherung der ÄiM sicherzustellen und um die Bereitschaft der Kliniken zu erhöhen, solche Plätze anzubieten.

Für die strukturierte Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen sind im nächsten Schritt weitere Studien mit weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzten sowie Trainerinnen und Trainern sinnvoll. Für die Etablierung solcher Programme sollten im Rahmen des Projekts Empowerment für Diversität verschiedene Akteure, wie staatliche Einrichtungen, Ärztekammern, Landesprüfungsämter, Kursanbieter und Kliniken zusammengebracht und ein gemeinsames Konzept ausgearbeitet werden. Die Programme benötigen dabei Flexibilität und die Möglichkeit, sich an die unterschiedlichen Voraussetzungen und vorhandenen Kenntnisse der ÄiM anzupassen. Zusätzlich sollte die Übersichtlichkeit der Integrationsprogramme besser gestaltet werden, sodass sie für ÄiM einfacher auffindbar und zugänglich sind. Darüber hinaus kann jeder im Einzelnen durch mehr Verständnis und persönliche Unterstützung zu einem gelingenden Start der ÄiM in Deutschland beitragen. Abschließend lässt sich sagen, dass die Qualität der bereits angebotenen Programme zur Förderung der beruflichen Integration sehr gut ist, jedoch sollte das Kursangebot noch erweitert und flächendeckend ausgebaut werden.

Anhang

Anhang 1 Einseiter Rekrutierung Interviewpartner:innen

Hochschule für Technik Stuttgart

Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen für migrierte Ärztinnen und Ärzte (ÄiM)

Bachelorthesis Melanie Daul

Hintergrund:
Durch den zunehmenden Ärztemangel gewinnt die Integration von ÄiM immer mehr an Bedeutung. Um ÄiM möglichst umfassend auf ihre eigenverantwortliche und selbstständige Tätigkeiten in deutschen Kliniken vorzubereiten ist es wichtig, diese durch die Implementierung spezifischer Maßnahmen von vornherein in ihrer Verantwortung zu unterstützen und auftretende Integrationsbarrieren abzubauen.

Forschungsfragen im Rahmen der 45-minütigen Interviews:
- Welche Instrumente, Maßnahmen und Programme begünstigen die Integration aus Sicht der ÄiM?
- Wie effektiv sind die aktuell existierenden Programme zur Förderung der beruflichen Integration von ÄiM?



Aus den gewonnenen Forschungsergebnissen sollen anschließend Empfehlungen für das Projekt Empowerment für Diversität - Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung der Charité, zur Weiterentwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen für ÄiM und der Verbesserung der Versorgungspraxis ausgesprochen werden.

Kontaktdaten Interviewleiterin:
Melanie Daul, Bachelor Wirtschaftspsychologie 6. Semester
Hochschule für Technik Stuttgart, Schellingstraße 24, 70174 Stuttgart
E-Mail: 02dame1bwp@hft-stuttgart.de

Anhang 2 Interviewleitfaden

Hochschule für Technik Stuttgart

Bachelor-Studiengang Wirtschaftspsychologie

Interviewleitfaden
im Rahmen der Bachelorthesis zur Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen für migrierte Ärztinnen und Ärzte mit Fokus auf Kinder- und Frauenkliniken

Gesamtdauer Interview ca. 45 min

Interview Leiterin: Melanie Daul

Interview Partner:in:

Stand 19.04.2023

Interviewablauf

1	**Begrüßung und Vorstellung**	**2 min**
2	**Soziodemografische Eigenschaften**	**4 min**
3	**Soziale Beziehungen**	**2 min**
4	**Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren**	**7 min**
5	**Integrationsunterstützung durch das Klinikum**	**13 min**
6	**Integrationsunterstützende Kursangebote**	**8 min**
7	**Sonstige Integrationsunterstützung**	**6 min**
8	**Abschluss**	**3 min**
Gesamtdauer		**45 min**

Hinweis:

Es handelt sich um ein semistrukturiertes Interview. Das Interview orientiert sich an den im Vorfeld überlegten **Leitfragen**. Im Verlauf des Gesprächs kann aber von diesen, zugunsten weiterer Erkenntnisse, abgewichen werden. Optionale vertiefende Fragestellungen sind im Interviewleitfaden grau markiert.

Begrüßung und Vorstellung 2 min

- Begrüßung Interview Partner:in
- Hinweis auf die Aufzeichnung
- Expliziter Hinweis auf Anonymisierung der Daten: Datenschutz

- Vorstellung Interview Leiterin:
  Vor- und Nachname, Wirtschaftspsychologiestudentin an der Hochschule für Technik Stuttgart

- Thema des Interviews:
  Weiterentwicklung von Integrationsprogrammen für migrierte Ärztinnen und Ärzte mit Fokus auf Kinder- und Frauenkliniken,
  Bachelorthesis in Kooperation mit dem Projekt Empowerment für Diversität - Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung der Charité

1 Soziodemografische Eigenschaften 4 min

Leitfrage 1a: Sie hatten mir vorab mitgeteilt, dass Sie ursprünglich aus xy stammen. Können Sie mir mehr über Ihre Ausbildung und Arbeit als Ärztin/ Arzt in Ihrem Herkunftsland erzählen? 2 min

- Wo wurden welche Ausbildungsschritte gemacht? (Studium, Facharztausbildung)
- Wie lange haben Sie in Ihrem Herkunftsland bereits im ärztlichen Dienst gearbeitet?
- In welcher Position und in welchem Fachgebiet haben Sie in Ihrem Herkunftsland bereits als Ärztin/Arzt gearbeitet?

Leitfrage 1b: Können Sie mir von Ihrem Start als Ärztin/ Arzt in Deutschland berichten? 2 min

- Seit wann leben Sie in Deutschland?
- Seit wann sind Sie in Deutschland als Ärztin/Arzt im Fachgebiet xy tätig?
- Seit wann sind Sie in der Klinik xy beschäftigt?

2 Soziale Beziehungen 2 min

Leitfrage 2: Wie würden Sie Ihr soziales Umfeld hier in Deutschland im Vergleich zu Ihrem Herkunftsland beschreiben?

- Wie würden Sie Ihre aktuelle Vernetzung in Deutschland beschreiben? (Familie, Freund:innen, Nachbar:innen, Kolleg:innen, Vereine, Sport, Religion)
- Welche sozialen Beziehungen haben Sie in Ihrem Herkunftsland gepflegt?
- Haben Sie Beziehungen zu Menschen aus Ihrem Herkunftsland, die in Deutschland wohnen?

3 Integrationsschwierigkeiten und Integrationsbarrieren 7 min

Leitfrage 3a: Wie haben Sie Ihre Anfangszeit als Ärztin/Arzt in Deutschland erlebt? 2 min

- Was ist Ihnen beim Start an Ihrer ersten deutschen Klinik positiv aufgefallen?
- Woher stammen Ihre Kollegen?
- Wie würden Sie generell Ihr Arbeitsumfeld bewerten? – Arbeitsbedingungen im Vergleich

Leitfrage 3b: Welche Herausforderungen haben Sie beim Start als Ärztin/ Arzt in Deutschland erlebt? 5 min

- Was erschwerte zu Beginn Ihre Arbeit als Ärztin/ Arzt in Deutschland? (Sprache, kulturelle Unterschiede, Zusammenarbeit mit Kolleg:innen, Rollenverständnis)
  - Welche Unterstützung- und Förderungsangebote hätten Sie sich gewünscht?
- Wie haben Sie die (sprachliche) Kommunikation als ausländische Ärztin/ ausländischer Arzt in Deutschland erlebt? (mit Patient:innen, Kolleg:innen, sonstigen Stellen)
  - Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?
- Wie schätzen Sie Ihre fachlichen Kompetenzen im Vergleich zu in Deutschland ausgebildeten Kolleg:innen ein?
  - Welche Angebote sollte es geben, damit Sie Ihre Kompetenzen besser einbringen und ggf. auch ausbauen könnten?
- Wie haben Sie sich im deutschen (Gesundheits-)system zurecht gefunden?
  - Welche Maßnahmen hätten Ihnen geholfen, um sich besser im deutschen System zurechtzufinden?
- Wie haben Sie den Prozess bei der Anerkennung Ihres Berufsabschlusses in Deutschland wahrgenommen?
  - Wie könnten dabei aufgetretene Schwierigkeiten abgebaut werden?

- Wie haben Sie den Kontakt mit den Behörden erlebt?
  - Wodurch hätten Ihre Erfahrungen mit den Behörden verbessert werden können?
- Was waren für Sie wichtige Unterstützungsangebote während Ihrer Anfangszeit?
- Welche der vorhandenen Unterstützungsangebote für migrierte Ärzt:innen würden Sie als nicht so gut bewerten?

4 Integrationsunterstützung durch das Klinikum 13 min

Leitfrage 4a: Durch welche Personen oder Programme wurden Sie beim Start an Ihrer ersten deutschen Klinik unterstützt? 5 min

- Welche Personen am Klinikum haben Ihnen in Ihrer Anfangszeit geholfen?
  - Worin haben Sie diese Personen unterstützt?
- Gab es an der ersten deutschen Klinik, an der Sie gearbeitet haben, ein Mentoringprogramm?
  - Wenn ja, haben Sie dieses genutzt?
    - War das Programm speziell für migrierte Ärzt:innen konzipiert oder für alle Ärzt:innen am Klinikum gedacht?
    - Worin hat Ihnen das Mentoring geholfen? (Sprachprobleme, neue Arbeitsbedingungen, Überforderung, Einsamkeit)
    - Wie würden Sie das Mentoringprogramm, auf einer Skala von 1 gar nicht empfehlen bis 7 sehr empfehlen, einordnen?
    - Wie könnte das Mentoringprogramm noch verbessert werden?
    - Auf was sollte beim Mentoring von migrierten Ärzt:innen an Kinder- und Frauenkliniken besonders geachtet werden?
  - Wenn nein, wie müsst ein Mentoringprogramm gestaltet sein, damit Sie es nutzen würden?
- Gibt es an Ihrem derzeitigen Klinikum ein Mentoringprogramm?
- Welche sonstigen Vernetzungs- und Unterstützmöglichkeiten haben Sie darüber hinaus erlebt? (Peer Programm, Supervision)

Leitfrage 4b: Wie war der Start an Ihrer ersten deutschen Klinik organisiert? 5 min

- Haben Sie eine Willkommensbroschüre mit hilfreichen Informationen und Links erhalten?
- Gab es eine Begrüßungsveranstaltung für neue Beschäftigte an Ihrer Klinik?

    - Wenn ja, welche Informationen haben Sie dabei erhalten? (Leitbild, Organisation, Fachgebiete, Ansprechpartner)
    - Bot die Veranstaltung Ihnen die Möglichkeit sich mit anderen Kolleg:innen auszutauschen?
    - Wenn erlebt, wie hilfreich empfanden Sie diese Veranstaltung auf einer Skala von 1 gar nicht hilfreich bis 7 sehr hilfreich?
    - Welche weiteren Themen sollten Ihrer Meinung nach aufgenommen werden?
- Gab es gezielte Maßnahmen, um Ärzte aus dem Ausland auf Ihren Arbeitsalltag am deutschen Klinikum vorzubereiten?
- Haben Sie eine Einführung ins deutsche Gesundheitssystem erhalten? (Krankenkasse, Arzneimittel, Gesundheitsberufe)
    - Wenn ja, von wem?
        - Als wie hilfreich empfanden Sie diese auf einer Skala von 1-7?
    - Wenn nein, von wem sollte eine solche Einführung Ihrer Meinung nach erflogen?
    - Worauf sollte bei der Einführung in das deutsche Gesundheitssystem geachtet werden, um migrierte Ärzt:innen bestmöglich, auf Ihren Arbeitsalltag in Ihrem Fachgebiet vorzubereiten?
- Wie haben Sie Ihre Einarbeitungsphase erlebt?
    - Gabe es einen Einarbeitungsplan?
        - Wenn ja, was wurde im Plan festgelegt? (Zeitplan, Tätigkeiten, Zuständigkeiten, Befugnisse, organisatorisch Einordnung)
        - Als wie hilfreich empfanden Sie diesen auf einer Skala von 1-7?
    - Haben Sie während der Einarbeitung regelmäßig Feedback erhalten?
    - Als wie gut empfanden Sie Ihre Einarbeitung auf einer Skala von 1 gar nicht gut bis 7 sehr gut?

- Welche weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Einarbeitung migrierter Ärzt:innen wären sinnvoll?

Leitfrage 4c: Welche laufende Unterstützungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen werden von Ihrem Arbeitgeber organisiert? 3 min

- Werden an Ihrem Klinikum regelmäßig Mitarbeitergespräche durchgeführt?
  - Wird dabei reflektiert, worin Sie mehr Unterstützung benötigen?
  - Als wie hilfreich beurteilen Sie das Mitarbeitergespräch auf einer Skala von 1 gar nicht hilfreich bis 7 sehr hilfreich?
- Informiert Sie Ihre Klinik regelmäßig über Weiterbildungsmöglichkeiten?
  - Wenn ja, welche?
    - Welche weiteren Informationen würden Sie gerne erhalten? (fachliche Fortbildungen,…)
  - Wenn nein, welche Informationen würden Sie gerne erhalten?
- Wie integriert fühlen Sie sich an Ihrem Klinikum auf einer Skala von 1 gar nicht integriert bis 7 sehr integriert?
  - Welche weiteren Unterstützungsangebote und -netzwerke würden Sie sich zur Verbesserung Ihrer Integration an Ihrem Klinikum wünschen?

5 Integrationsunterstützende Kursangebote 8 min

Leitfrage 5: Berichten Sie mir doch davon, welche Kursangebote oder Lehrgänge Sie für Ihre Integration in Deutschland genutzt haben/ nutzen.

- Warum haben Sie den Kurs xy besucht? (Motivation)
- Wie zufrieden waren Sie mit dem Kursangebot?

- Welche Sprachkursangebote haben Sie vor und während Ihrer Zeit in Deutschland genutzt?
  - Als wie hilfreich empfanden Sie den Sprachkurs, auf einer Skala von 1 gar nicht hilfreich bis 7 sehr hilfreich?
  - Was würden Sie sich wüschen, um noch mehr aus dem Sprachkurs mitnehmen zu können?
  - Konnten Sie sich im Rahmen des Sprachkurses mit weiteren Kolleg:innen vernetzen?

- Haben Sie einen Kurs zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung, zur Erlangung der Approbation, besucht?
  - Welchen Kursanbieter haben Sie dafür gewählt und warum?
    - Wie zufrieden waren Sie mit diesem Kurs auf einer Skala von 1 gar nicht zufrieden bis 7 sehr zufrieden?
    - Was hätten Sie sich gewünscht, um noch mehr aus dem Kurs mitnehmen zu können?
  - Konnten Sie im Rahmen des Kurses wertvolle Kontakte knüpfen?

- Haben Sie ein Kommunikationstraining besucht?
  - Wenn ja, von wem wurden diese organisiert und veranstaltet?
  - Gibt es diesbezüglich auch spezifische Trainingsangebote von Seiten Ihres Arbeitgebers?
  - Als wie hilfreich haben Sie das Training auf einer Skala von 1-7 empfunden?

- Wie sollte das Training gestaltet sein, damit Sie noch mehr daraus mitnehmen können?

- Haben Sie an einem interkulturellen Kompetenztraining teilgenommen?
  - Wenn ja, von wem wurden dieses organisiert und veranstaltet?
  - Was konnten Sie daraus mitnehmen?
  - Welche Themen sollten dabei zukünftig verstärkt thematisiert werden? (z.B. medizinisch-kulturelle Unterschiede)
  - Für wie sinnvoll betrachten Sie solche Trainings sowohl für einheimische als auch für migrierte Ärzte auf einer Skala von 1-7?

- Haben Sie bereits an antirassistischen Trainings teilgenommen, um sich gegen rassistische Diskriminierung wehren zu können?
  - Als wie sinnvoll erachten Sie solche Trainings für einheimische als auch für migrierte Ärzte auf einer Skala von 1-7?

6 Sonstige Integrationsunterstützung 6 min

Leitfrage 6: Von wem haben Sie darüber hinaus noch weitere Unterstützung bei Ihrer Integration erhalten?

- Wer hat Ihnen bei Fragen zur Organisation Ihres Privat- und Berufslebens in Deutschland weitergeholfen? (Visum- und Approbationsantrag, Einwohnermeldeamt, Versicherungen, Krankenkasse, Unterkunft, Arbeitsstelle)
- Haben Sie Hilfe von Vermittlungsagenturen in Anspruch genommen?
  - Wenn ja, worin hat Sie die Agentur unterstützt?
  - Als wie hilfreich bewerten Sie die Unterstützung durch die Agentur auf einer Skala von 1 gar nicht hilfreich bis 7 sehr hilfreich?
- Welche Unterstützung haben Sie von Seiten des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erfahren?
  - Wie könnte diese verbessert werden?
- Bekamen Sie Hilfe oder Informationen durch die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter?
  - Wenn ja, worin wurden Sie unterstützt?
  - Wenn nein, welche Unterstützungshilfen sollten angeboten werden?
- Welche Unterstützung haben Sie von Seiten der Ärztekammer oder sonstigen Netzwerken wie bspw. dem IQ Netzwerk erfahren?
  - Wie könnte diese verbessert werden?
- Welche Agenturen, Organisationen oder Verbände würden Sie migrierenden Ärzt:innen zur Unterstützung im Integrationsprozess weiterempfehlen?
- Welche Bedeutung haben aus Ihrer Perspektive eigene private Beziehungen für die Integration in Deutschland?
- Welche Bedeutung hatten und haben für Sie Social Media in dieser Hinsicht?

7 Abschluss 3 min

- Welche weiteren Maßnahmen oder Programme würden Sie sich abschließend wünschen, um die Integration migrierter Ärzt:innen zu verbessern?
  - Wie sollten diese Angebote gestaltet werden?
    1. (z.B. gemeinsame Kurse mit deutschen Kollegen, Häufigkeit)
  - Welche Akteure sollen dafür aktiv werden?
- Gibt es noch etwas, was Sie wichtig finden und was bisher nicht angesprochen wurde?
- Wenn Sie noch einmal vor der Entscheidung stünden: Würden Sie wieder nach Deutschland gehen?

- Dank und Verabschiedung

Anhang 3 Interviewleitfaden Gresser

zur soziokulturellen und beruflichen Integration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung in Deutschland

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**)

Anmerkung: Gresser (2023)

Anhang 4 Kategoriensystem

Soziodemografische Eigenschaften

- **Herkunftsland**
- **Ausbildung und ärztliche Tätigkeit im Herkunftsland**
- **Fachgebiet**

Soziale Vernetzung

Integrationsschwierigkeiten

- **Approbation**
- **Sprache**
- **Deutsches Gesundheitssystem**
  - Fachlich Unterschiede
  - Hospitation
- **Psychische Belastung**
- **Kulturelle Unterschiede**
  - Zusammenarbeit mit Kollegen
- **Diskriminierung**

Deutsches Klinikum

- **Besonderheiten in Kinder- und Frauenkliniken**
- **Kollegiale Unterstützung**
  - Mentoring
  - Sonstige Vernetzungsmöglichkeiten
- **Onboarding Maßnahmen**
  - Einarbeitung und Feedback
- **Personalentwicklungsmaßnahmen**

Kursangebote

- **Sprache**
- **Kenntnisprüfung**
- **Sonstige Kursangebote**

Sonstige Unterstützung

- **BAMF**
- **Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter**
- **Förderprogramm IQ**
- **Private Beziehungen**
- **Soziale Medien**

Gewünschte Unterstützung

Anhang 5 Eigenschaften des Samples

Teil 1

Befragte:r	Geschlecht w/m/d	Herkunftsland	Wohnhaft in Deutschland seit	Medizinstudium im Herkunftsland abgeschlossen	Hospitation
A01	W	Italien	2005/ 2006	Nein	Nein
A02	W	England	ca. 09/2016	Ja	Ja
A03	W	Türkei	2004	Nein	-
A04	M	Kamerun	2017	Nein, in Ghana	Nein
A05	W	Russland	2017	Ja	Ja
A06	M	Jordanien	10/2019	Ja	Ja
A07	W	Türkei	03/2023	Ja	Ja
A08	M	Ukraine	2015	Nein	Ja
A09	W	Russland	12/2019	Ja	Ja

Teil 2

Befragte:r	Aktuelles Klinikum	Aktuelles Bundesland	Aktueller Fachbereich	Aktuelle Position	Soziale Beziehungen in der Anfangszeit
A01	Uniklinik	Baden-Württemberg	Kinder- und Jugendmedizin	Oberärztin	Schwester
A02	Uniklinik	Baden-Württemberg	Kinder- und Jugendmedizin	Assistenzärztin	Partner, Familie, Freunde
A03	Uniklinik	Baden-Württemberg	Kinder- und Jugendmedizin	Fachärztin	Studienkollegen aus Heimatland und WG-Mitbewohner
A04	Allgemeinklink	Berlin	Innere Medizin	Assistenzarzt	Keine zu Beginn
A05	Allgemeinklink	Berlin	Innere Medizin	Assistenzärztin	Einreise zusammen mit Partner gleicher Nationalität

A06	Uniklinik	Nordrhein-Westfalen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Assistenzarzt	Studienkollegen aus Heimatland
A07	Psychiatrische Klinik	Nordrhein-Westfalen	Kinderpsychiatrie	Assistenzärztin	Befreundete Ärztinnen aus Heimatland, Einreise mit Tochter
A08	Psychiatrische Klinik	Bade-Württemberg	Psychiatrie (Wechsel der Fachrichtung aus Unzufriedenheit, früher Radiologe)	Assistenzarzt	Einreise zusammen mit Partnerin gleicher Nationalität, Ärztefreunde, Studienkollegen aus Heimatland, Kolleg:innen, Mentor in Deutschland
A09	Psychiatrische Klinik	Baden-Württemberg	Psychiatrie	Assistenzärztin	Schwester

Anhang 6 Kenntnisse und berufliches Anerkennungsverfahren der Probanden

Belegte Prüfungen der befragten ÄiM sind mit X in der Tabelle gekennzeichnet.

Befragte:r	Sprachkenntnisse bei Ankunft in Deutschland	Fachsprachenprüfung bei Ärztekammer abgeleistet	Teilnahme an Vorbereitungskurs, Anbieter, finanziell gefördert durch	Kenntnisprüfung abgeleistet	Teilnahme an Vorbereitungskurs, Anbieter, finanziell gefördert durch
A01	Bilingual aufgewachsen und Abitur an deutscher Schule	Nein, da Abschluss an deutschsprachiger Hochschule		Nein, da Medizinstudium in Deutschland absolviert	
A02	Keine	(X) Fachsprachen-kenntnisse wurden durch Telc Test des Goethe Instituts anerkannt		Nein, da Gleichwertigkeit des ausländischen Studiums bei Ausbildung in EU (England zum Zeitpunkt der Migration) anerkannt wurde	
A03	Abitur an deutscher Schule	Nein, da Abschluss an deutschsprachiger Hochschule		Nein, da Medizinstudium in Deutschland absolviert	

A04	Keine	X	X, ChIA, IQ	X	X, ChIA, IQ
A05	Keine	X	X, ChIA, IQ	X	X, ChIA, IQ
A06	GER Niveau C1	X		Nein, da Gleichwertigkeit des Studiums in Jordanien während Coronapandemie in Deutschland anerkannt wurde	
A07	GER Niveau C1	X		Nein, Gutachterverfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit läuft noch; derzeit mit gültiger Berufserlaubnis als Ärztin tätig	
A08	Keine	X		Nein, da nach Gutachten die Gleichwertigkeit des Studiums in Verbindung mit zwei Praktika anerkannt wurde	
A09	Keine	X	X, Anbieter in Hamburg, BAMF	X	X, FIA, IQ

Anhang 7 Genutzte Mittel der Probanden zum Spracherwerb

Genutzte Mittel der befragten ÄiM zum Spracherwerb sind mit X in der Tabelle gekennzeichnet. Wenn aus den Interviews die Kursanbieter bekannt wurden, sind diese und weitere Anmerkungen zu genutzten Mitteln in der Tabelle vermerkt.

Befragte:r	Deutschkurs	Fachsprachenkurs	Privater Sprech-partner	Deutsch App	Privatunterricht	Sonstige
A01						
A02			X		X	Ehepartner, Schwiegereltern, Hospitation
A03						
A04		X				
A05	X Volkshochschule, WIPA in Berlin	X				
A06	X Kurs im Herkunftsland		X			
A07			X	X*	X und X*	Telegramm
A08	X					Kollegin
A09	X *UNS in Hamburg*	X				Hospitation, Pflegedienst

Literaturverzeichnis

Baker, C. (2022). *NHS staff from overseas: Statistics*. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7783/CBP-7783.pdf

Becker, R., & Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: The case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *46*(9), 1737–1755. https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1561249

Bever, D., Borowski, D., Deppe, J., Kohlenbach, M., Kranz, P., Plassmann, S., & Snippe, A. (2015). *Praxisguide Deutsch im Krankenhaus: Die sprachliche Integration internationaler Ärztinnen und Ärzte*.

Blum, M. (2021). *Ärztestatistik: Mehr Köpfe, nicht mehr Arztstunden*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/218674/Aerztestatistik-Mehr-Koepfe-nicht-mehr-Arztstunden

Bundesagentur für Arbeit. (2023). *Deutsch lernen*. https://www.arbeitsagentur.de/fuer-menschen-aus-dem-ausland/deutsch-lernen

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (o. J.-a). *Deutsch für den Beruf*. BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen 4. Juni 2023, von https://www.BAMF.de/DE/Themen/Integration/ZugewanderteTeilnehmende/DeutschBeruf/deutsch-beruf.html?nn=282656

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (o. J.-b). *Digitale Deutschlernangebote*. BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen 20. April 2023, von https://www.BAMF.de/DE/Themen/MigrationAufenthalt/ZuwandererDrittstaaten/Migrathek/Vorintegration/vorintegration-node.html

Bundesärztekammer. (2022). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022*.

Bundesärzteordnung [BÄO], (2019). https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html

Bundesinstitut für Berufsbildung. (o. J.-a). *Anerkennung in Deutschland—Finanzielle Förderung*. Anerkennung in Deutschland - Finanzielle Förderung.

Abgerufen 30. Mai 2023, von https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/pro/finanzielle-foerderung.php

Bundesinstitut für Berufsbildung. (o. J.-b). *Anerkennung in Deutschland—Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung*. Anerkennung in Deutschland - Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung. Abgerufen 17. April 2023, von https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/pro/zsba.php

Bundesinstitut für Berufsbildung. (2019). *Die Kenntnisprüfung im Anerkennungsverfahren bei den akademischen Heilberufen (Schwerpunkt Humanmedizin)—Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings*. https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/10614

Bundesministerium für Gesundheit. (2015, Dezember 21). *Zuwanderer im Gesundheitswesen*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/dezember-2015/prognos-studie.html

Bundesministerium für Gesundheit. (2023, April 14). *Vielfalt stärken – Gesundheit fördern*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/migration-und-integration/vielfalt-staerken-gesundheit-foerdern.html

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. (o. J.). *Make it in Germany*. Abgerufen 17. April 2023, von https://www.make-it-in-germany.com/de/

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (o. J.-a). *Fachsprachenkurse Medizin und Facharztprogramm*. Charité International Academy. Abgerufen 15. April 2023, von https://academy.charite.de/projekte/

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (o. J.-b). *Portal für Mentoring an der Charité*. Portal für Mentoring an der Charité. Abgerufen 7. April 2023, von https://mentoring.charite.de/

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (o. J.-c). *Titelseite Charité*. Abgerufen 6. Juni 2023, von https://www.charite.de/

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (2019). *Handbuch für ausländische*

Ärztinnen und Ärzte (3. Aufl.). https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal_relaunch/international/dokumente/190703_Handbuch_für_ausländische_Ärzte_3.pdf

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (2021). *Integrationsmanagementkonzept*. https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal_relaunch/international/dokumente/Recruiting_Pflegende/Konzept_Integrationsmanagement_deutsch.pdf

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (2023). *Kursangebot der Charité International Academy*. Charité International Academy. https://academy.charite.de/kursangebot/

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Datenerhebung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 321–577). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5_10

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf

Feldman, M. D., Arean, P. A., Marshall, S. J., Lovett, M., & O'Sullivan, P. (2010). Does mentoring matter: Results from a survey of faculty mentees at a large health sciences university. *Medical Education Online*, *15*. https://doi.org/10.3402/meo.v15i0.5063

Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine*, *34*(5). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12038717/

Frei, E., Stamm, M., & Buddeberg-Fischer, B. (2010). Mentoring programs for medical students—A review of the PubMed literature 2000—2008. *BMC Medical Education*, *10*(32). https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-32

Ghorfa Arab-German Chamber of Commerce and Industry (Hrsg.). (2015). *Medical Specialist Training in Berlin*.

https://academy.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/ohne_AZ/sonstige/academy/Medical_Specialist_Training_Charite.pdf

Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer. (2021). *Was ist eigentlich das Netzwerk IQ?* https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-de/experten/newsletter/was-ist-eigentlich-das-netzwerk-iq--1952740

Glinos, I. A. (2015). Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy*, *119*(12), 1529–1536. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.010

Gresser, A. J. (2023). *Soziokulturelle und berufliche Integration von ausländischen Ärzt*innen in der ambulanten Versorgung in Deutschland* [Dissertation, Universität Tübingen]. https://doi.org/10.15496/publikation-78282

Heponiemi, T., Hietapakka, L., Lehtoaro, S., & Aalto, A.-M. (2018). Foreign-born physicians' perceptions of discrimination and stress in Finland: A cross-sectional questionnaire study. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3256-x

Hohmann, I., Glaesmer, H., & Nesterko, Y. (2018). Zugewanderte Ärzte: Chancen und Herausforderungen im deutschen Klinikalltag. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *68*(12), 506–515. https://doi.org/10.1055/s-0043-121635

Institut für Interkulturelle Kommunikation. (o. J.). *Projektbeschreibung IMED-KOMM-EU*. Abgerufen 15. April 2023, von https://www.imed-komm.eu/node/2

Integrationskurs BAMF. (o. J.). BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen 20. April 2023, von https://www.BAMF.de/DE/Themen/Integration/ZugewanderteTeilnehmende/Integrationskurse/InhaltAblauf/inhaltablauf-node.html

IQ-Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch (Hrsg.). (2019). *Konzept für den Spezialkurs „Akademische Heilberufe“*. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Berufsbezsprachf-ESF-BAMF/BSK-Konzepte/konzept-akademische-heilberufe.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Jalal, M., Bardhan, K. D., Sanders, D., & Illing, J. (2019). INTERNATIONAL: Overseas doctors of the NHS: migration, transition, challenges and towards resolution. *Future Healthcare Journal*, *6*(1), 76–81. https://doi.org/10.7861/futurehosp.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*.

Jansen, E., Schnepf, T., & Hänel, P. (2015). Divergierende berufliche Sozialisation von migrierten Ärzten. *Public Health Forum*, *23*(2), 116–118. https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0042

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2016). *Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland*. https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023, März 23). *Arztzeit-Mangel*. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). https://www.kbv.de/html/themen_38343.php#

Klette, K. (2023, Januar 21). Ärztemangel: Mutter aus Renningen erhält Absage von 50 Kinderärzten. *Stuttgarter Zeitung*. https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.aerztemangel-mutter-aus-renningen-erhaelt-absage-von-50-kinderaerzten.9bacb155-c8d1-4a81-b940-d08dfde70d17.html

Klingler, C. (2019). *Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte: Die Perspektiven der Migranten und des aufnehmenden Systems*.

Klingler, C., Ismail, F., Marckmann, G., & Kuehlmeyer, K. (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. *Human Resources for Health*, *14*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12960-016-0153-4

Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!*

Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung (5. Aufl.). Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf

Kuratorium Deutsche Altershilfe. (o. J.). *Patenschaften und Mentoringprogramm—Persönliche Begleitung im Beruf*. https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi/patenschaft-mentoring/

Landesärztekammer Baden-Württemberg. (o. J.). *Fachsprachenprüfung*. Abgerufen 15. April 2023, von https://www.aerztekammer-bw.de/fachsprachenpruefung

Lau, T., & Osterloh, F. (2022). *Ärztemangel: Schlechte Aussichten*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/225635/Aerztemangel-Schlechte-Aussichten

Locher, V. (2022). *Eine qualitative Untersuchung zu forciert migrierten Ärztinnen und Ärzten im deutschen Gesundheitswesen*.

Lorenz, M., & Rohrschneider, U. (2015). Einarbeitung und Integration neuer Mitarbeiter. In M. Lorenz & U. Rohrschneider (Hrsg.), *Erfolgreiche Personalauswahl: Sicher, schnell und durchdacht* (S. 147–153). Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4766-6_8

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. https://content-select.com/de/portal/media/view/552557d1-12fc-4367-a17f-4cc3b0dd2d03?forceauth=1

Ognyanova, D., Maier, C., Young, R., & Busse, R. (2014). *Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study* (S. 203). https://www.researchgate.net/publication/261949941_Why_do_health_professionals_leave_Germany_and_what_attracts_foreigners_A_qualitative_study

passage. (o. J.). *Betriebliches Sprachmentoring*. Deutsch am Arbeitsplatz. Abgerufen 21. April 2023, von https://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fuer-betriebe/betriebliches-sprachmentoring

Phillips, G., Lee, D., Shailin, S., O'Reilly, G., & Cameron, P. (2019). The Pacific Emergency Medicine Mentoring Program: A model for medical mentoring in

the Pacific region. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, *31*(6), 1092–1100. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13366

Protschka, J., & Hillienhof, A. (2014). Fachsprachprüfung: Einheitliche Sprachtests beschlossen. *Deutsches Ärzteblatt*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/160992/Fachsprachpruefung-Einheitliche-Sprachtests-beschlossen

Richter-Kuhlmann, E. (2019). Gleichwertigkeits- oder Kenntnisprüfung: Einheitliche Standards. *Deutsches Ärzteblatt*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/206861/Gleichwertigkeits-oder-Kenntnispruefung-Einheitliche-Standards

saarland.innovation&standort. (o. J.). *Sprachstandsmessung (C1): Vorbereitungskurs zur Kenntnisprüfung für Humanmedizin | INGE Praxishandbuch*. Abgerufen 15. April 2023, von https://handbuch-inge.de/werkzeug/sprachstandsmessung-niveau-c1-vorbereitungskurs-zur-kenntnispruefung-fuer-humanmedizin/, https://handbuch-inge.de/werkzeug/sprachstandsmessung-niveau-c1-vorbereitungskurs-zur-kenntnispruefung-fuer-humanmedizin/

Schmidt, S., & Gresser, U. (2014). Entwicklung und Konsequenzen des Ärztemangels in Bayern. *Versicherungsmedizin / herausgegeben von Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen e.V. und Verband der Privaten Krankenversicherung e.V*, *66*, 25–29.

Schumann, M., Sepke, M., & Peters, H. (2022). Doctors on the move 2: A qualitative study on the social integration of middle eastern physicians following their migration to Germany. *Globalization and health*, *18*(1), 78. MEDLINE. https://doi.org/10.1186/s12992-022-00871-z

Siebert, U. (o. J.). *Inter- und transkulturelle Kompetenzen für migrierte Ärzt*innen*. Abgerufen 4. Juni 2023, von https://siebert-interkulturell.de/fachspezifische-fortbildungen-fuer-migrierte-aerzte.html

Spyra, K., Jansen, E., & Marquardt, M. (2023). *Mediziner:innen mit ausländischem Abschluss in deutschen Rehabilitationseinrichtungen – eine quantitative Querschnittsstudie* (0421/40-64-50–84; S. 152).

Stephan-Odenthal, M. (2019). Einfluss des demographischen Wandels auf die Urologie. *Der Urologe*, *58*(1), 54–58. https://doi.org/10.1007/s00120-018-0836-7

Steven, A., Oxley, J., & Fleming, W. (2008). Mentoring for NHS doctors: Perceived benefits across the personal–professional interface. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *101*(11), 552–557. https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.080153

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Wegerich, C. (2015). Instrumente der Personalentwicklung. In C. Wegerich (Hrsg.), *Strategische Personalentwicklung in der Praxis: Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten, Praxisbeispiele* (S. 37–86). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-43699-8_4