

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte & Theorie der Medizin an der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

**Herausforderungen in der  
Integration migrierter Ärzte:**  
—————  
**Die Perspektiven der Migranten und  
des aufnehmenden Systems**

**Dissertation**

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von  
Corinna Klingler  
aus Bochum  
in 2019



**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität München**

**Berichterstatter:** Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

---

**Mitberichterstatter:** Prof. Dr. Claudia Bausewein, PhD MSc

Prof. Dr. Dennis Nowak

Priv.-Doz. Eva Rehfuess, PhD

**Dekan:** Herr Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

**Tag der mündlichen Prüfung:** 25.04.2019



# **Eidesstattliche Versicherung**

Ich, **Corinna Klingler**, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

## **Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte: Die Perspektiven der Migranten und des aufnehmenden Systems**

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Berlin, 14.05.2019

Ort, Datum

Corinna Klingler

Unterschrift Doktorandin



---

# INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	i
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	iii
EINLEITUNG .....	1
Hintergrund der gewählten Fragestellung .....	1
Das Forschungsprojekt und leitende Forschungsfragen .....	4
Beschreibung des Eigenanteils an der Forschungstätigkeit.....	7
Ausblick.....	9
LITERATURVERZEICHNIS .....	12
ZUSAMMENFASSUNG.....	16
SUMMARY .....	18
VERÖFFENTLICHUNGEN (Angabe der Fundstellen).....	21
DANKSAGUNGEN .....	22



---

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw.	beziehungsweise / respectively
COREQ	konsolidierte Kriterien für die Berichterstattung von qualitativen Forschungsprojekten / Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
EEA	Europäischer Wirtschaftsraum / European Economic Area
EU	Europäische Union / European Union
FB&FT	im Ausland geboren und ausgebildet / foreign-born and foreign-trained
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung / Organization for Economic Co-operation and Development
PS	Professionsstandards / Professional standards
UK	Vereinigtes Königreich / United Kingdom
USA	Vereinigte Staaten von Amerika / United States of America
WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization
z.B.	zum Beispiel / for example



# EINLEITUNG

## Hintergrund der gewählten Fragestellung

Im Jahre 2017 praktizierten in Deutschland 45.370 Ärzte und Ärztinnen<sup>1</sup> mit ausländischer Staatsbürgerschaft, das sind ca. 12% aller berufstätigen Ärzte in Deutschland. Die Anzahl der ausländischen Ärzte hat sich dabei im letzten Jahrzehnt mehr als verdoppelt [1]. Einer der Gründe für diese Entwicklung ist, dass Krankenhäuser teilweise kein oder nur sehr schwer adäquates Personal für die ärztlichen Tätigkeiten finden [2, 3]. Um den Schwierigkeiten in der Stellenbesetzung zu begegnen, haben insbesondere Kliniken in weniger attraktiven, ländlichen Regionen begonnen, vermehrt ärztliche Mitarbeiter im Ausland zu rekrutieren [4]. Sofern die Prognosen valide sind, wird sich der Ärztemangel in den kommenden Jahren noch verschärfen und damit auch die Probleme in der Stellenbesetzung [5]. Daher wird die Anzahl migrierter Ärzte<sup>2</sup> in Deutschland tendenziell auch weiter zunehmen. Das deutsche Gesundheitssystem bzw. die in ihm beschäftigten Akteure werden aus diesem Grund zunehmend mit der Frage konfrontiert sein, wie die Integration von migriertem ärztlichem Personal gestaltet wird und werden soll.

In vielen Ländern mit hohen Einwanderungsraten wird – im Gegensatz zu Deutschland – seit langem zu Integration von migriertem Gesundheitspersonal geforscht [6]. Das mag nicht zuletzt daran liegen, dass diese häufig prozentual noch bedeutend mehr ausländisches Personal beschäftigen als dies in Deutschland der Fall ist. So findet man allein in Europa mehrere Länder, in denen 30% oder mehr der praktizierenden Ärzte im Ausland ausgebildet worden sind. Beispiele sind Norwegen, Irland oder Großbritannien [7]. In der internationalen Literatur wird beschrieben, dass migrierte Ärzte bzw. ihre Kollegen mit verschiedenen Integrationsbarrieren konfrontiert sind. Die beiden Publikationen dieser Dissertation bieten einen umfassenden Überblick über die einschlägige Literatur, der hier nicht vorweggenommen werden soll. Die beschriebenen Herausforderungen reichen jedoch von Weiterbildungsbedarf, der durch bestehende Angebote nicht abgedeckt wird, über Schwierigkeiten überhaupt eine Ausbildungsstelle für die Assistenzarztzeit zu finden bis hin

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden lediglich die männliche Form verwendet, wobei sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter beziehen.

<sup>2</sup> Wenn im Rahmen dieser Arbeit von migrierten Ärzten gesprochen wird, sind damit Ärzte gemeint, die im Ausland geboren und ausgebildet worden sind und sich entschlossen haben, in Deutschland zu praktizieren. Dazu liegen in Deutschland jedoch keine Zahlen vor, weshalb die Zahlen der Bundesärztekammer mit Bezug zur Staatsbürgerschaft als Näherungswerte verwendet werden.

zu fehlender Anerkennung und anderen Teamkonflikten [8-21]. Auch Ansätze zur Reduktion bestimmter Integrationsbarrieren wurden im internationalen Kontext entwickelt [22]. Die Erkenntnisse aus anderen Ländern lassen sich aber nicht ohne Weiteres auf den deutschen Kontext übertragen, da u.a. die Gesundheits- und Ausbildungssysteme anders strukturiert sind und sich dadurch andere Problemkonstellationen ergeben, für die sich andere Lösungsansätze als effektiv erweisen können. Als diese Arbeit 2013 begonnen wurde, lagen nach Kenntnis der Autorin keine empirischen Studien zur Integration migrierter Ärzte in Deutschland und zu den Erfahrungen der an der Integration Beteiligten vor. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Studien konzentrierten sich auf die Anzahl und Verteilung migrierter Ärzte in Deutschland sowie ihre Gründe für die Migrationsentscheidung [4, 23, 24]. In der journalistischen Berichterstattung in Deutschland fand man gleichzeitig vermehrt Hinweise auf ungelöste Herausforderungen in der Integration [25-27]. Die vorliegende Forschungsarbeit sollte einen Beitrag dazu leisten, diese Forschungslücke zu schließen, und einen ersten Einblick in – im deutschen Kontext – bestehende Integrationsbarrieren liefern.

Der Begriff der Integration wird insbesondere im politischen, aber auch im wissenschaftlichen Diskurs mit unterschiedlichen Bedeutungen aufgeladen und bedarf daher einer Konkretisierung. Im Kontext der vorliegenden Arbeit geht es nicht um soziale Integration, also um die Knüpfung bedeutsamer sozialer Kontakte mit Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft, sondern ausschließlich um berufliche bzw. professionelle Integration. Die Arbeit basiert dabei auf der normativen Annahme, dass es für eine gelungene berufliche Integration nicht ausreicht, einen Arbeitsplatz im angestrebten Bereich zu finden. Vielmehr kann eine berufliche Integration nur dann als erfolgreich gelten, wenn der betreffende Migrant so in seinem Arbeitskontext aufgenommen wird, dass er erfolgreich praktizieren und sich als Arzt sowie als Mensch entfalten kann [28, 29].<sup>3</sup> Eine grundlegende Voraussetzung für gelungene Integration im Gesundheitskontext ist deshalb beispielsweise, dass der Arzt so in das – anfänglich unbekanntes bzw. fremde – System eingeführt wird, dass er seine Aufgaben ohne Schwierigkeiten erledigen kann. Problematisch wäre es, wenn der Arzt aufgrund seiner fehlenden Systemkenntnis ausschließlich ausgewählte einfache Tätigkeiten (wie zum Beispiel die Assistenz bei Operationen) übertragen bekäme und keine Bemühungen unternommen würden, ihn weiter zu qualifizieren. Dies würde unweigerlich dazu führen, dass der betreffende Arzt in seiner beruflichen Entwicklung stagniert. Ebenso bedeutsam für

---

<sup>3</sup> In den zitierten englischen Publikationen wird der Begriff „thrive“ verwendet, für den es jedoch kein Äquivalent in der deutschen Sprache gibt. Der Begriff der Entfaltung scheint jedoch hinreichende Ähnlichkeit aufzuweisen.

Integration ist die Ausgestaltung der Beziehungen innerhalb des Versorgungsteams, da beispielsweise eine soziale Isolation des Arztes durch seine Kollegen unweigerlich Auswirkungen auf seine persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten haben wird. Schließlich ist Integration nicht mit Assimilation gleichzusetzen, also einem Konzept von Aufnahme, das die gesamte Verantwortung für mögliche Anpassungsleistungen beim Migranten verortet. Vielmehr wird Integration hier als Prozess verstanden, der sowohl von Seiten des migrierten Arztes als auch vom aufnehmenden System Offenheit für Veränderungen und entsprechende Bemühungen verlangt [30].

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Integration von migriertem Gesundheitspersonal ist von hoher normativer Bedeutung. Häufig orientieren sich medizinethische Debatten an dem prinzipienethischen Ansatz von Beauchamp & Childress [31]. Demnach müssen sich Versorgungssysteme und deren Akteure an den Prinzipien der Fürsorge, des Nicht-Schadens, des Respektes vor der Autonomie und der Gerechtigkeit orientieren. Am Beispiel des Prinzips des Nicht-Schadens soll kurz illustriert werden, wieso beim Integrationsthema durchaus eine hohe normative Relevanz unterstellt werden kann. So erscheint es beispielsweise aus der Perspektive dieses Prinzips problematisch, wenn die Integration eines migrierten Arztes sich so gestaltet, dass er bei der Erlangung relevanten kontextspezifischen Wissens (zu denken wäre da an sprachliche Fähigkeiten, aber auch Kenntnisse hinsichtlich des organisationalen Aufbaus des Gesundheitssystems) keine Unterstützung erhält, gleichzeitig von ihm aber erwartet wird, von Anfang an eigenverantwortlich und selbstständig mit Patienten zu arbeiten. In solchen Konstellationen kann es mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Fehldiagnosen und möglicherweise auch zu Fehlbehandlungen kommen, die dem Patienten schaden können. Aber auch das Wohlbefinden des migrierten Arztes selber ist ein schützenswertes Gut, das durch Diskriminierungserfahrungen oder auch anfängliche Überforderung empfindlich eingeschränkt werden kann (was sich im Übrigen dann auch wieder negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte [32]).<sup>4</sup> Insofern ist es aus ethischer Perspektive von großer Bedeutung zu verstehen, inwiefern berufliche Integration gelingt, an welchen Stellen Barrieren bestehen, wie diese möglicherweise abgebaut werden können und wer für die Implementierung spezifischer Maßnahmen Verantwortung übernehmen sollte.

---

<sup>4</sup> Ähnliche Argumentationen könnte man auch aus Perspektive anderer theoretischer Ansätze sowohl aus der Ethik wie auch der politischen Philosophie konstruieren. Der prinzipienethische Ansatz ist hier zur Verdeutlichung der normativen Relevanz nur deshalb gewählt worden, weil er in medizinethischen Debatten so weit verbreitet ist.

Das vorliegende Forschungsprojekt konzentriert sich dabei auf die Analyse bestehender Integrationsbarrieren. Es kann der (normativen) Versorgungsforschung [33] zugerechnet werden, die sich um die Evaluation und Verbesserung bestehender Strukturen und organisatorischer Abläufe im Gesundheitswesen bemüht. Es ergeben sich daher aus den Ergebnissen auch Implikationen, die für die Praxis relevant sein können. Die Hoffnung war (und ist), dass die vorliegenden Publikationen von Entscheidungsträgern sowohl auf politischer Ebene als auch auf Ebene der Krankenhäuser aufgegriffen werden und die Entwicklung evidenzbasierter Integrationsmaßnahmen informieren. Mit einem Artikel in einem praxisorientierten Journal – dem Deutschen Ärzteblatt – hat sich die Autorin daher auch um die Dissemination ihrer Ergebnisse außerhalb der wissenschaftlichen Öffentlichkeit bemüht [34]. Dabei war dieses Forschungsprojekt von der Überzeugung geleitet, dass ohne ein vertieftes Verständnis bestehender Herausforderungen keine effektiven Strategien zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation entwickelt werden können. Aber auch wenn die Arbeiten primär auf eine Problemanalyse abzielten, wurden aus Gründen der Praxisrelevanz zusätzlich erste Vorschläge zu einem besseren Umgang mit bestehenden Herausforderungen entwickelt und im Rahmen der Diskussionsteile dargestellt.

### **Das Forschungsprojekt und leitende Forschungsfragen**

Das Ziel des dieser Dissertation zugrundeliegenden Forschungsprojektes war es besser zu verstehen, wie sich die Integration migrierter Ärzte in Deutschland darstellt bzw. wodurch im deutschen Kontext die Integration erschwert wird. Konkret lautete die übergeordnete Fragestellung: *Welche Herausforderungen stellen sich in der Integration von migriertem ärztlichem Personal in deutschen Krankenhäusern?* Der Fokus wurde auf das Krankenhaus als Arbeitsumgebung gelegt, da die meisten migrierten Ärzte in diesem Kontext tätig sind bzw. waren [35].

Wie oben bereits erwähnt, muss Integration von zwei Seiten realisiert werden – vom migrierten Arzt selbst, aber auch von relevanten Akteuren des aufnehmenden Gesundheitssystems. Dementsprechend müssen beide Perspektiven einbezogen werden, wenn die Herausforderungen verstanden und angemessene Integrationsmaßnahmen entwickelt werden sollen. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes sollten daher beide Sichtweisen auf Herausforderungen in der Integration Abbildung finden. Das Promotionsprojekt gliedert sich dementsprechend in zwei Teilstudien, die auf der Grundlage qualitativer Interviews die verschiedenen Perspektiven rekonstruieren.

### 1. Studie: Die Perspektive der migrierten Ärzte

In der ersten empirischen Studie wurde die Perspektive der migrierten Ärzte untersucht. Ziel war es, einen möglichst breiten Überblick über die vielfältigen Herausforderungen zu geben, die sich bei der Integration in das neue Arbeitsumfeld für migriertes ärztliches Personal stellen können – auch wenn diese sich nicht in jedem Einzelfall realisieren müssen. Die Barrieren können dabei sowohl bei den Ärzten selbst (z.B. fehlendes kontextspezifisches Wissen) als auch beim aufnehmenden System oder dessen Vertretern (z.B. abwertende Haltungen und Kommentare gegenüber migrierten Ärzten) vorliegen. Konkret lautete die Forschungsfrage: *Welche Schwierigkeiten erleben migrierte Ärzte, wenn sie in deutschen Krankenhäusern praktizieren (wollen)?*<sup>5</sup> Die Ausrichtung der Studie war dabei vor allem deskriptiv.<sup>6</sup> Die Wahrnehmungen der Teilnehmer sollten rekonstruiert werden, um ein besseres Verständnis für ihr Erleben zu generieren. Um die Forschungsfrage angemessen zu beantworten, wurden qualitative Leitfadeninterviews mit migrierten Ärzten geführt, wobei auf Variation von Ausbildungsland und medizinischer Fachrichtung geachtet wurde (maximum variation sampling) [37]. Die Interviews wurden gegenstandsangemessen mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet [38]. Die Ergebnisse der Studie wurden in folgender Publikation veröffentlicht:

- Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human Resources for Health*. 2016;14:57.

### 2. Studie: Die Perspektive des aufnehmenden Systems

Die zweite Studie untersuchte die Perspektive der Akteure des aufnehmenden Systems. Ursprünglich war geplant, die Ergebnisse der ersten Studie durch die Befragung von

---

<sup>5</sup> Die Fragestellung wurde absichtsvoll weit gefasst, da nicht sinnvoll differenziert werden kann, welche Schwierigkeiten für migrierte Ärzte im neuen System mit der Migration/Integration zusammenhängen und welche nicht. Ärgert sich ein migrierter Arzt beispielsweise über die Arbeitsverteilung zwischen Krankenpflegern und Ärzten per se oder ist seine Sichtweise davon beeinflusst, dass er von seinem Ausbildungssystem etwas anderes gewohnt ist? Es erschien daher methodisch angemessener, alle wahrgenommenen Schwierigkeiten unabhängig von den möglichen Ursachen zu berichten als kaum verlässlich zu objektivierende Ausschlussentscheidungen zu treffen.

<sup>6</sup> Grundsätzlich kann man in der qualitativen Forschung zwischen zwei Analyseinstellungen unterscheiden: einer *deskriptiv* ausgerichteten, die subjektive Meinungen und Deutungen rekonstruieren will, und *interpretativ* ausgerichteten Forschungsprojekten, die latente Sinnstrukturen, die dem Handeln und Denken zugrunde liegen, sichtbar machen wollen [36] – wobei nach Ansicht der Autorin diese beiden Ausrichtungen eher als Endpunkte eines Spektrums verschiedener Ansätze zu verstehen sind.

Vertretern des aufnehmenden Systems im Sinne einer perspektivischen Triangulation<sup>7</sup> zu validieren [39] sowie Unterschiede in der Wahrnehmung und damit Möglichkeiten für Konflikte und Missverständnisse aufzuzeigen. Es hatte sich aber in der ersten Studie und in weiteren, in der Zwischenzeit durchgeführten Studien [40-43] gezeigt, dass Haltungen und Abwertungen von Kollegen und anderen relevanten Akteuren als besonders signifikante Barrieren von den Teilnehmenden erlebt worden waren. Die Zielsetzung der zweiten empirischen Studie wurde daher erweitert. Die Studie sollte mehr leisten als die durch Akteure des aufnehmenden Systems wahrgenommenen Barrieren in der Zusammenarbeit mit migrierten Ärzten zu beschreiben – wobei die Studie auch diesbezüglich Einblicke liefert. Vielmehr sollten nun auch die den geäußerten Meinungen und Haltungen zugrundeliegenden Meinungsbildungsprozesse und Begründungsmuster rekonstruiert und kritisch hinsichtlich ihres möglicherweise negativen Einflusses auf die Integration migrierter Ärzte geprüft werden. Negative Meinungen und Haltungen können nämlich nicht nur von migrierten Ärzten als verletzend empfunden werden, sondern zudem auch zu Integrationsbarrieren werden, indem sie die Implementierung notwendiger Maßnahmen verhindern oder verzögern. Damit möchte diese Studie nicht nur eine empirische, sondern auch eine analytisch-normative Frage beantworten.<sup>8</sup> Die leitende empirische Fragestellung war: *Wie sehen relevante Akteure des aufnehmenden Systems migrierte Ärzte und ihre Integration?* Folgende analytisch-normative Fragestellung wurde zusätzlich untersucht: *Inwiefern sind gefundene Denkmuster vor dem Hintergrund des oben explizierten Verständnisses von gelungener Integration möglicherweise problematisch?*

Als relevante Akteure galten dabei alle Personen, die den Arbeitskontext von migrierten Ärzten direkt oder indirekt beeinflussen. Deshalb wurden sowohl Akteure aus dem Krankenhauskontext als auch aus dem politischen Kontext rekrutiert, die sich mit dem Thema der ärztlichen Integration beschäftigen bzw. mit migrierten Ärzten zusammenarbeiten. Da es in dieser Arbeit um die Rekonstruktion von Meinungen und dahinterliegenden Rechtfertigungsprozessen ging, war die Zielsetzung der Studie wesentlich interpretativer und ging weit über die systematische Erfassung geäußerter Standpunkte hinaus. Daher wurden zwar auch hier qualitative Leitfadeninterviews geführt, diese wurden jedoch mit Methoden

---

<sup>7</sup> Triangulation bezeichnet die Betrachtung eines Forschungsobjektes aus verschiedenen (methodischen, personellen oder zeitlichen) Perspektiven [39]. Durch einen Vergleich und Austauschprozess sollen die Ergebnisse der Forschung validiert werden.

<sup>8</sup> Die beiden Forschungsfragen bauen aufeinander auf und werden in den Publikationen auch getrennt voneinander diskutiert. Die empirische Fragestellung wird im Ergebnisteil besprochen während die analytisch-normative Fragestellung ihre Beantwortung eher im Diskussionsteil findet.

der Grounded Theory ausgewertet [44, 45].<sup>9</sup> Die Ergebnisse der Studie wurden in der folgenden Publikation veröffentlicht:

- Klingler C, Ismail F, Marckmann G, Kuehlmeier K. Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. PLoS ONE. 2018;13(2):e0193010.

Einen kurzen Überblick über die Ergebnisse der beiden Studien bietet die Zusammenfassung ab Seite 16.

## **Beschreibung des Eigenanteils an der Forschungstätigkeit**

Wie in der Promotionsordnung für kumulative Arbeiten gefordert, wird im Folgenden der Eigenanteil der Doktorandin an dem vorliegenden Forschungsprojekt beschrieben. Das Forschungsvorhaben als Ganzes wurde von der Autorin der Dissertation (CK) eigenständig konzipiert. Dies umfasste die Entwicklung der übergeordneten Problemstellung und der leitenden Fragestellungen der beiden empirischen Studien. Die Autorin konnte zudem eigenständig eine Promotionsförderung bei der Studienstiftung des deutschen Volkes zur Finanzierung des Dissertationsprojektes einwerben.

### *Studie 1*

Die Konzeption, Durchführung, Auswertung und Publikation der Studie lag bei der Doktorandin. Sie konzipierte das Studiendesign (inklusive Samplingstrategie und Interviewleitfaden), organisierte die Rekrutierung der Studienteilnehmer, führte die Interviews und bereitete sie auf, analysierte die Daten und konzipierte, verfasste und überarbeitete das Manuskript. Ihr oblag außerdem die Leitung der Studie, was die Akquise von Drittmitteln u.a. zur Finanzierung der mit der Interviewführung verbundenen Reisetätigkeit sowie die Stellung eines Ethikantrags umfasste. Ihr Betreuer Prof. Dr. Georg Marckmann (GM) unterstützte das Projekt durch inhaltliche wie methodische Supervision und eine kritische Durchsicht des entstandenen Manuskriptes. Zudem profitierte das Projekt von der Zusammenarbeit mit folgenden Partnern: (1) verschiedene Landesärztekammern, die bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer als Gatekeeper fungierten, (2) einem privaten Anbieter (audiotranskription.de), der die Transkription der Interviews übernahm sowie (3)

---

<sup>9</sup> Die zwei Publikationen enthalten detaillierte Beschreibungen und Begründungen des methodischen Vorgehens. Eine vertiefte Darstellung verwendeter Methoden erscheint daher an dieser Stelle überflüssig.

einer Studentin der Soziologie, die als wissenschaftliche Hilfskraft einen Teil der Interviews gemeinsam mit CK auswertete, um so die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Analyse – ein wichtiges Qualitätskriterium qualitativer Forschungsprojekte [38, 46] – sicherzustellen.

### *Studie 2*

Je interpretativer die Ausrichtung einer sozioempirischen Studie ist, desto wichtiger wird es, den Einfluss eigener Vorannahmen kritisch zu hinterfragen und die eigenen Interpretationen intersubjektiv abzusichern, was grundsätzlich nur im Austausch mit anderen Wissenschaftlern möglich ist. CK kooperierte deshalb in dieser Studie mit einer weiteren Forscherin, Dr. Katja Kühlmeyer (KK). Bei der Datenerhebung war zudem eine zweite Doktorandin, Fatiha Ismail (FI), beteiligt (Betreuung: GM, KK und CK), die auf Grundlage eines anderen Teils der erhobenen Daten eine eigene Fragestellung<sup>10</sup> untersucht.

Die Leitung der Studie (was wiederum die Akquise von Drittmitteln gemeinsam mit GM sowie Verfassen des Ethikantrags beinhaltete) und Koordination des Forschungsprozesses oblag CK. CK erarbeitete Samplingstrategie und Interviewleitfaden, die von KK überarbeitet wurden. CK und KK rekrutierten die Interviewpartner. Die Interviews übernahm zum Großteil FI, die von KK und CK in der Interviewführung geschult wurde. Die übrigen Interviews führten KK und CK. Transkribiert wurden die Interviews von einer wissenschaftlichen Hilfskraft. FI kontrollierte und anonymisierte die Transkripte. Die Auswertung verlief in mehreren Schritten, in denen jeweils unterschiedliche Ko-Autoren eingebunden waren. In einer ersten Phase wurden die Fragestellung schärfende und die spätere Analyse strukturierende Vorarbeiten geleistet, an denen FI, KK und CK beteiligt waren. Auf dieser Grundlage analysierten KK und CK einen Großteil der Interviews und entwickelten in intensivem Austausch ein Modell, das von CK unter (Re-)Kodierung aller Interviews ausdifferenziert und konsolidiert und von GM validiert wurde. CK erarbeitete ein Konzept für das Manuskript, wobei KK zur Konzeptualisierung des Methoden- und Ergebnisteils beitrug. Das Manuskript wurde von CK verfasst und von allen Autoren überarbeitet. Die Revision nach Peer-Review übernahm CK.

---

<sup>10</sup> Frau Ismail untersucht in ihrem Promotionsprojekt Einschätzungen der verschiedenen, an der Integration beteiligten Gruppen zur Frage der Zuschreibung von Verantwortung für die Umsetzung von Integrationsmaßnahmen.

## Ausblick

Das Forschungsprojekt gibt einen breiten Überblick über den Status quo der Integration von migriertem ärztlichem Personal und schließt damit eine wichtige Lücke in der wissenschaftlichen Forschungslandschaft. Hier sollten jedoch die wissenschaftlichen Bemühungen nicht stehenbleiben, denn – wie oben bereits angedeutet – sieht sich diese Studie als Teil eines Forschungsprogramms<sup>11</sup> dessen langfristiges und pragmatisches Ziel die Verbesserung der Integration von migrierten Ärzten ist. Dazu sind weitere Schritte nicht nur von Seiten politischer und institutioneller Akteure, sondern auch von Seiten der Wissenschaft notwendig.

Diesbezüglich wäre es zunächst hilfreich, den Wissensbestand über den Ist-Zustand zu vertiefen und zu verbreitern, was die Entwicklung gezielter(er) und damit effektiver(er) Maßnahmen zur Überwindung von Integrationsbarrieren unterstützen würde. Um weitere, durchaus bedeutsame Herausforderungen in der Integration sichtbar zu machen, erscheint es dabei vor allem lohnenswert, die verschiedenen, in den beiden Publikationen beschriebenen Perspektiven einem direkten Vergleich zu unterziehen. Dies konnte leider im Rahmen der vorliegenden Publikationen nicht geleistet werden. Im kursorischen Vergleich zeigte sich jedoch, dass vielfach von beiden Seiten ähnliche Probleme angesprochen wurden. Allerdings wurden diese Probleme teilweise anders verstanden bzw. anders verortet. So äußerten beispielsweise beide Seiten, dass das System der Facharztausbildung in Deutschland für migrierte Ärzte eine Herausforderung darstelle. Jedoch kritisierten betroffene migrierte Ärzte die Organisation der Facharztausbildung als unzureichend, während manche Akteure des aufnehmenden Systems eher die migrierten Ärzte für ihre als unangemessen wahrgenommenen Forderungen nach mehr Unterstützung und Anleitung in der Ausbildung kritisierten. Die Nebeneinanderstellung der beiden Publikationen ermöglicht daher die Identifizierung einer zusätzlichen Schwierigkeit in der Integration: Ein unterschiedliches Verständnis der Ursachen der wahrgenommenen Probleme und damit auch implizit andere Vorstellungen vom angemessenen Umgang mit den benannten Herausforderungen. Diese perspektivischen Unterschiede sollten bei der Entwicklung einer Integrationsstrategie beachtet werden und bedürfen daher ebenfalls einer umfassenden Analyse.

---

<sup>11</sup> Forschungsprogramm wird dabei in Anlehnung an die wissenschaftstheoretischen Überlegungen von Imre Lakatos [47] als wachsendes System von Wissensbeständen bestehend aus empirischen wie theoretischen Aussagen verstanden.

Des Weiteren konzentrierte sich insbesondere die erste Studie der vorliegenden Dissertation aus pragmatischen Gründen auf bestimmte Fachgebiete. Es mag durchaus sein, dass andere Kontexte weitere oder spezifische Herausforderungen aufweisen. So hat beispielsweise eine Studie zur Integration im Rehabilitationswesen gezeigt, dass migrierte Ärzte hier mit der zusätzlichen Schwierigkeit konfrontiert sind, dass ihre sprachlichen Defizite zur Durchsetzung von Patienteninteressen (z.B. frühzeitige Berentung) instrumentalisiert werden [48]. Diese kontextspezifischen Herausforderungen bedürfen ebenfalls der Konkretisierung.

In einem nächsten Schritt wird es notwendig sein, konkrete Maßnahmen zu entwickeln, um Integrationsbarrieren abzubauen. In diesem Bereich sind bereits vielversprechende Ansätze zu verzeichnen. So haben einige der großen deutschen Universitätskliniken (wie beispielsweise die Charité im Rahmen der Charité International Academy<sup>12</sup> oder die LMU mit dem Projekt MED-International LMU<sup>13</sup>) aber auch private Anbieter (wie beispielsweise das VIA Institut in Nürnberg<sup>14</sup>) Lernangebote entwickelt, die migrierten Ärzten den Einstieg in das neue System insbesondere sprachlich erleichtern sollen. Sowohl diese Beispiele, als auch eine (nicht-repräsentative) qualitative Studie mit verschiedenen Krankenhäusern [42] weisen jedoch darauf hin, dass diese Angebote sich vornehmlich auf den Erwerb von kontextspezifischem Wissen konzentrieren. Teilweise wird auch Unterstützung beim Umgang mit praktischen Herausforderungen (z.B. Wohnungssuche) angeboten [42]. Wie die Studien der vorliegenden Dissertation gezeigt haben, sind dies aber nicht die einzigen Herausforderungen, sondern Barrieren bestehen auch auf Seiten des aufnehmenden Systems. Beispiele sind Vorurteile, Misstrauen und wenig Verständnis für anfänglich ungenügende Orientierung im neuen Arbeitsumfeld. Diese scheinen allerdings bislang nur unzureichend adressiert zu werden. Wissenschaftliche Anschlussprojekte sollten sich daher insbesondere der Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen widmen, die an der Seite des aufnehmenden Systems ansetzen.

Eine auf Systemebene bestehende Barriere mag dabei von besonderer Bedeutung sein: Kliniken scheinen ihrem migrierten Personal trotz bestehender Konzepte häufig keine spezifischen Unterstützungsangebote insbesondere zur Erlangung kontextspezifischer Kompetenzen zu unterbreiten. Fehlende Unterstützung von Seiten der Kliniken wurde nicht nur in der vorliegenden Dissertation, sondern auch in weiteren Studien beschrieben [41, 49]. Wissenschaftliche Forschung kann hier hilfreich sein, um die Motivationslage der

---

<sup>12</sup> <https://academy.charite.de/kursangebot/>

<sup>13</sup> <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/MED-International-LMU/de/ueber-med-international-lmu/index.html>

<sup>14</sup> Siehe: <https://via-institut.de/aerztekurseerfolge/>

Entscheidungsträger besser verstehen und adressieren zu können. Liegt die Untätigkeit in fehlenden Ressourcen, fehlendem Wissen oder darin begründet, dass die Kliniken die Unterbreitung von Weiterbildungsangeboten nicht als ihre Aufgabe ansehen? Möglicherweise ergeben sich daraus weitere normativ-analytische Problemstellungen, die der wissenschaftlichen Klärung bedürfen – wie die Frage nach der gerechten Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. Auch diese Fragestellungen sollten analysiert werden, wenn das Forschungsprogramm, als Teil dessen sich diese Arbeit sieht, langfristig die gewünschten Erfolge zeitigen soll.

## LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesärztekammer. Ärzttestistik 2017; veröffentlicht 2018.  
<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestistik/aerzttestistik-2017/>  
[cited 2018 Sep 18].
2. Blum K, Löffert S. Ärztemangel im Krankenhaus: Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; 2010.
3. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010. <https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerzttestistik/20.pdf> [cited 2018 Sep 18].
4. Ognyanova D, Busse R. A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors. In: Wismar M, Maier CB, Glinoz IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 211-42.
5. Burkhart M, Ostwald D, Ehrhard T. 112 - und niemand hilft. Frankfurt: PricewaterhouseCoopers; 2012.
6. Rao NR, Kramer M, Saunders R, Twemlow SW, Lomax JW, Dewan MJ, et al. An annotated bibliography of professional literature on international medical graduates. *Academic psychiatry*. 2007;31(1):68-83.
7. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). International Migration Outlook 2015. Paris: OECD Publishing; 2015.
8. Pilotto LS, Duncan GF, Anderson-Wurf J. Issues for clinicians training international medical graduates: a systematic review. *The Medical journal of Australia*. 2007;187(4):225-8.
9. Michalski K, Farhan N, Motschall E, Vach W, Boeker M. Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. *PloS one*. 2017;12(7):e0181330.
10. Fiscella K, Roman-Diaz M, Lue BH, Botelho R, Frankel R. 'Being a foreigner, I may be punished if I make a small mistake': assessing transcultural experiences in caring for patients. *Family practice*. 1997;14(2):112-6.
11. Hall P, Keely E, Dojeiji S, Byszewski A, Marks M. Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical teacher*. 2004;26(2):120-5.
12. Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Medical education*. 2008;42(1):53-60.

13. Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J, Taylor R. Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: a qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012;105(4):157-65.
14. Humphries N, Tyrrell E, McAleese S, Bidwell P, Thomas S, Normand C, et al. A cycle of brain gain, waste and drain - a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human resources for health*. 2013;11:63.
15. Chen PG, Curry LA, Bernheim SM, Berg D, Gozu A, Nunez-Smith M. Professional challenges of non-U.S.-born international medical graduates and recommendations for support during residency training. *Academic medicine*. 2011;86(11):1383-8.
16. Skjeggstad E, Sandal GM, Gulbrandsen P. International medical graduates' perceptions of entering the profession in Norway. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*. 2015;135(12-13):1129-32.
17. Wojczewski S, Pentz S, Blacklock C, Hoffmann K, Peersman W, Nkomazana O, et al. African female physicians and nurses in the global care chain: Qualitative explorations from five destination countries. *PloS one*. 2015;10(6):e0129464.
18. Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, Kutalek R. "Why should I have come here?" - A qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC health services research*. 2015;15:74.
19. Lockyer J, Fidler H, de Gara C, Keefe J. Learning to practice in Canada: the hidden curriculum of international medical graduates. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2010;30(1):37-43.
20. Boström KW, Öhlander M. A troubled elite? Stories about migration and establishing professionalism as a Polish doctor in Sweden. *COMCAD Arbeitspapiere - Working Papers*; 2012. <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2535099> [cited 2018 Sep 18].
21. Searight HR, Gafford J. Behavioral science education and the international medical graduate. *Academic medicine*. 2006;81(2):164-70.
22. Lineberry M, Osta A, Barnes M, Tas V, Atchon K, Schwartz A. Educational interventions for international medical graduates: a review and agenda. *Medical education*. 2015;49(9):863-79.
23. Ognyanova D, Young R, Maier CB, Busse R. Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study. In: Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J, editors. *Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses*. Geneva: World Health Organization; 2014. p.203-32.
24. Hoesch K. Was bewegt Mediziner? Die Migration von Ärzten und Pflegepersonal nach Deutschland und Großbritannien. Münster: LIT Verlag; 2009.
25. Elger K, Hackenbroch V. Radebrechen am Krankenbett. *Der Spiegel*: Januar 9, 2012.
26. Flintrop J. Integration ausländischer Ärzte: Neben sprachlichen gibt es auch kulturelle Hürden. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2009;106(10):438-9.

27. Hibbeler B. Fachkräftemangel: Ausländische Ärzte schließen die Lücke. Deutsches Ärzteblatt International. 2013;110(5):172-5.
28. Johnson K, Baupal B. Assessing the workforce integration of internationally educated health professionals. Canadian Society for Medical Laboratory Science; 2011. [https://www.csmls.org/csmls/media/documents/publications/CSMLS-KS-0001\\_WFI\\_Report\\_ENG.pdf](https://www.csmls.org/csmls/media/documents/publications/CSMLS-KS-0001_WFI_Report_ENG.pdf) [cited 2018 Sep 18].
29. Covell CL, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. Human resources for health. 2016;14(1):38.
30. Raghuram P. Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. Journal of clinical nursing. 2007;16(12):2246-51.
31. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York, Oxford: Oxford University Press; 2009.
32. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. 374(9702):1714-21.
33. Strech D, Marckmann G. Normative Versorgungsforschung: eine orientierende Einführung in Themen, Methoden und den Status quo in Deutschland. Gesundheits- und Sozialpolitik. 2012;66(2):8-15.
34. Klingler C, Marckmann G. Integration im Gesundheitswesen: Ärzte fühlen sich oft allein gelassen. Deutsches Ärzteblatt International. 2017;114(7):308-10.
35. Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich; veröffentlicht 2017. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/> [cited 2018 Sep 18].
36. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4th ed. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014.
37. Patton MQ. Purposeful Sampling. In: Qualitative Research and Evaluation Methods. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 230-47.
38. Schreier M. Qualitative content analysis in practice. London: Sage; 2012.
39. Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 9th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2012. p. 309-18.
40. Jansen E, Schnepf T, Hänel P. Divergierende berufliche Sozialisation von migrierten Ärzten. Public Health Forum. 2015;23(2):116-8.
41. Kovacheva V, Grewe M. Workplace integration of migrant health workers in Germany. Qualitative findings on experiences in two Hamburg hospitals. [http://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2014/09/National-Research-Report-Germany\\_EDITED-1.pdf](http://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2014/09/National-Research-Report-Germany_EDITED-1.pdf) [cited 2018 Sep 18].

42. Klein J. Transferring professional knowledge and skills: The case of Central and Eastern European migrant physicians in German hospitals. Opladen: Budrich UniPress; 2016.
43. Pantenburg B, Kitze K, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Job satisfaction of foreign-national physicians working in patient care: a cross-sectional study in Saxony, Germany. *Journal of occupational medicine and toxicology*. 2016;11(1):41.
44. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. 2nd ed. London: Sage; 2014.
45. Clarke AE. *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
46. Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4th ed. Heidelberg: Springer; 2006.
47. Musgrave A, Pigden C. Imre Lakatos. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*; 2016. <https://plato.stanford.edu/entries/lakatos/> [cited 2018 Sep 18].
48. Jansen E, Hanel P, Klingler C. Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public health*. 2018;160:1-9.
49. Schmidt S, Gresser U. [Development and consequences of physician shortages in Bavaria]. *Versicherungsmedizin*. 2014;66(1):25-9.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Anzahl der migrierten Ärzte, die in Deutschland praktizieren, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Eine Änderung dieses Trends ist vor dem Hintergrund eines prognostizierten Ärztemangels nicht absehbar. In anderen Ländern hat sich gezeigt, dass die Integration von migriertem Gesundheitspersonal häufig nicht unproblematisch ist und die Ärzte sowie das aufnehmende System mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert sind. In Deutschland war die Studienlage zu Integrationsbarrieren für diese Gruppe lange unzureichend. Vor diesem Hintergrund sollten zwei empirische Untersuchungen Schwierigkeiten sichtbar und damit auch behebbar machen. Um ein umfassendes Bild zu erlangen, sollten die Perspektiven von beiden am Integrationsprozess beteiligten Seiten Berücksichtigung finden – den migrierten Ärzten und relevanten Akteuren des aufnehmenden Systems.

In einer ersten qualitativen Interviewstudie wurden 20 migrierte Ärzte aus verschiedenen Ländern und Fachgebieten zu ihren Erlebnissen befragt. Der Fokus lag dabei auf Schwierigkeiten, mit denen sie sich in der Interaktion mit dem deutschen Gesundheitssystem konfrontiert sahen. Die Teilnehmer beschrieben Herausforderungen in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen, ihre eigenen Kompetenzen sowie die Institutionen des Gesundheitssystems. Zwischenmenschliche Interaktionen wurden insbesondere dadurch belastet, dass sie sich durch Mitarbeiter wie Patienten aufgrund ihres Migrationshintergrundes abgewertet bzw. diskriminiert fühlten. Teilnehmer beschrieben ebenfalls als schwierig, dass Kollegen wie Patienten ihren fachlichen Fähigkeiten misstrauten. Probleme bereitete auch, dass sich viele Teilnehmer nur unzureichend auf die ärztliche Tätigkeit in Deutschland vorbereitet fühlten, da ihnen kontextspezifisches Wissen (in Bezug auf Sprache, Kultur, fachliche Erfahrung und Organisationsstruktur) zumindest anfänglich fehlte. Letztlich wurden auch bestimmte Institutionen des Gesundheitssystems als Integrationsbarriere wahrgenommen: So wurden Verfahren zur Anerkennung von Abschlüssen als langwierig und undurchschaubar beschrieben. Ein weiteres Beispiel stellen bestimmte Normen und etablierte Prozesse wie die Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Schwestern dar, die als frustrierend erlebt wurden – verstärkt dadurch, dass Teilnehmer im Ausbildungsland eine andere Organisationskultur kennengelernt hatten.

In einer zweiten Studie wurden 25 Vertreter verschiedener Akteursgruppen des aufnehmenden Systems interviewt. Es sollten dabei alle Gruppen vertreten sein, die direkt

oder indirekt den Arbeitskontext von migrierten Ärzten und dadurch die Integrationserfahrung beeinflussen können. Auch aus ihrer Perspektive sollten Erfahrungen mit der Integration von migriertem Personal beschrieben werden. Darüber hinaus sollten geäußerte Meinungen aber auch kritisch hinterfragt und dahinterliegende Denkmuster und Rechtfertigungsstrukturen rekonstruiert werden, da in der ersten Studie die Haltungen gegenüber migriertem Personal als Integrationsbarriere – zumindest aus Perspektive der migrierten Ärzte – identifiziert worden waren. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Teilnehmer tatsächlich zur Problematisierung der Arbeitsleistung von migrierten Ärzten neigte. Dabei wurden die Aussagen durch eine interne Referenz auf – aus Perspektive der Teilnehmer – allgemein anerkannte Professionsstandards begründet. Professionsstandards definieren, welche(s) Handlung, Haltung oder Kompetenzlevel optimal wäre, legen aber auch einen Toleranzbereich fest, der unter bestimmten Bedingungen angepasst werden kann. Bestimmte Ärzte oder Ärztegruppen (am häufigsten die Gruppen der muslimischen und arabischen Ärzte) wurden von Teilnehmern kritisiert, weil sie sich mutmaßlich außerhalb des Toleranzbereiches bewegten. Es wurde eine Anpassung an die implizierten Verhaltens- wie auch die fachlichen Standards erwartet. Des Weiteren wurden verschiedene Strategien (Minimierung, Homogenisierung und Qualitätsmanagement) zur Sicherung der Professionsstandards vorgeschlagen.

Die Äußerungen und dahinterliegenden Haltungen werden in der Publikation vor dem Hintergrund eines spezifischen Verständnisses von gelungener Integration kritisch diskutiert. Insbesondere wird problematisiert, dass (a) teilweise auf bestimmte, nicht allgemein etablierte Professionsstandards rekurriert wird, die ausschließlich auf migrierte Ärzte angewendet werden, (b) nur von den migrierten Ärzten, aber nicht vom aufnehmenden System und seinen Repräsentanten Lern- und Anpassungsbereitschaft gefordert wird, (c) unzulässige Generalisierungen über alle oder spezifische Gruppen unter den migrierten Ärzten getroffen werden und (d) möglicherweise unangemessene Anpassungen am Toleranzbereich vorgenommen werden aufgrund von Schwierigkeiten in der Stellenbesetzung. Auch die vorgeschlagenen Lösungsstrategien werden kritisch in Bezug auf ihre Diskriminierungstendenzen diskutiert.

Beide Studien unternehmen den Versuch zumindest erste Vorschläge zum besseren Umgang mit den beschriebenen Herausforderungen zu unterbreiten. So werden die Möglichkeiten von interkulturellen Trainings für Versorgungsteams, Weiterbildungsmaßnahmen für migriertes Personal, genauso wie Ethikkodizes für Krankenhäuser diskutiert, aber auch vor unzulässigen Generalisierungen und Ansätzen gewarnt, die wenig Flexibilität für die Unterschiede des individuellen Falles zulassen.

## SUMMARY

The number of migrant physicians practicing in Germany has been increasing continuously for the last two decades. This trend is unlikely to reverse as an aggravation of the existing physician shortage is to be expected. Research in other countries has shown that integration of migrant health personnel is not without difficulties and that migrant physicians as well as the system receiving them are facing various challenges. For a long time hardly any research had been conducted in Germany on (barriers to) integration for migrant doctors. To close this gap, two empirical studies were conducted describing difficulties in integration and thereby laying the groundwork for overcoming them. To paint a comprehensive picture of the situation, the perspectives of both sides involved in integration were studied – those of migrant physicians as well as those of relevant actors in the receiving system.

In the first study, 20 migrant physicians varying in country of training and speciality were interviewed about their experiences with working in Germany. The interviews focused on difficulties experienced when interacting with the German healthcare system. Participants mentioned challenges with interpersonal interactions, their own competencies and institutions of the healthcare system. Interpersonal relations were burdened by experiences of devaluation and discrimination based on physicians' migration backgrounds. Participants also struggled with colleagues and patients not trusting in their clinical competencies. In addition, many participants felt insufficiently prepared for practicing in Germany because they were lacking setting-specific knowledge and skills (regarding language, culture, clinical experience and organizational aspects) at least at the beginning of their professional career in Germany. Lastly, certain institutions of the healthcare system were perceived as barriers to integration: Licensure procedures, for example, were perceived as lengthy and opaque. Another example would be certain norms and established practices regulating medical practice that were frustrating for some participants – like the allocation of tasks between physicians and nurses. Their frustration was likely intensified by them having experienced a different organizational system in their countries of training.

As part of the second study, 25 representatives of different stakeholder groups of the receiving system were interviewed. We were interested in the perspectives of those stakeholders shaping – directly or indirectly – the work environment of migrant physicians and consequently their integration experience. The study was interested in understanding their experiences working with migrant doctors. However, in addition, opinions shared were to be

further analysed to reconstruct underlying patterns of interpretation and justification allowing their critical discussion. This step seemed important as the first study had shown attitudes towards migrant health personnel to be important barriers to integration – at least from the perspective of participating physicians. It became apparent that participants indeed tended to problematize the work performance of migrant doctors. They justified their statements by referring to presumably established – from the perspective of participants – professional standards. Professional standards define which behaviour, attitude or ability level should optimally be displayed, but also determine a tolerance range which can be adapted under certain circumstances. Certain physicians or physician groups (most often physicians of Muslim belief or Arab background) were criticized by participants for not upholding professional standards. An expectation that migrant doctors have to adapt to these assumed behavioral as well as skill/knowledge standards was generally implied. In addition, participants proposed different strategies (minimization, homogenization and quality management) for ensuring adherence to professional standards.

Raised opinions and underlying patterns of interpretation and justification are critically discussed in the publication against the backdrop of a specific understanding of successful integration. The discussion focuses on four problematic aspects: (a) that sometimes participants referred to professional standards that are demonstrably not established and exclusively applied to migrant physicians, (b) that willingness to learn and adapt is only requested of migrant physicians, but not of the receiving system and its actors, (c) that participants made illegitimate generalization about all or certain groups of migrant physicians, and (d) that the tolerance range of certain – indeed established – professional standards is adapted, possibly inadequately so, to accommodate the difficulties experienced in finding adequate health personnel. Moreover, the proposed management strategies are critically discussed in relation to their inherent tendencies to discriminate against migrant doctors.

Both studies attempt to provide at least first ideas for how to address described challenges. Different measures like intercultural trainings for care teams, educational interventions for migrant health personnel as well as ethics codes for hospitals are discussed. Furthermore, both publications warn against illegitimate generalization and approaches that leave little room for accommodating the specificities of individual cases.



# VERÖFFENTLICHUNGEN

## ANGABE DER FUNDSTELLEN

### 1. Empirische Studie:

Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human Resources for Health*. 2016;14:57; doi:10.1186/s12960-016-0153-4.

Verfügbar unter: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0153-4> (abgerufen am 12. Mai 2019).

### 2. Empirische Studie:

Klingler C, Ismail F, Marckmann G, Kuehlmeier K. Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0193010; doi: 10.1371/journal.pone.0193010.

Verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0193010> (abgerufen am 12. Mai 2019).

## DANKSAGUNGEN

Es gibt einige Menschen, ohne die diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre und einige, ohne die diese Dissertation ganz anders aussähe als sie dies heute tut. Es liegt ein langer Weg hinter mir und ich bin mir nicht sicher, ob ich wirklich alle wichtigen Einflüsse identifiziert habe. Ich entschuldige mich vorab bei denen, die ich an dieser Stelle nicht angemessen bedacht habe.

Mein größter Dank gebührt ohne Frage meinem Doktorvater Prof. Dr. Georg Marckmann. Ich bin ihm sehr dankbar für die Freiheit mich auszuprobieren, die ich an seinem Institut genießen durfte, für sein Vertrauen in meine Projekte und meine Fähigkeiten und insbesondere auch dafür, dass er mir als bereichernder Gesprächspartner immer zur Seite stand. Auch Dr. Katja Kühlmeyer bin ich dankbar für die Begleitung auf diesem langen, manchmal steinigen Weg. Ohne ihren methodischen Rat wäre ich an der einen oder anderen Stelle verzweifelt. Ich bin besonders dankbar, dass sie das Abenteuer einer gemeinsamen Interviewstudie mit mir angetreten ist und ich im Austausch mit ihr viel mehr in meinen Daten sehen konnte als ich das alleine geschafft hätte. Und auch für den persönlichen Austausch, die gemeinsamen Seminare sowie vergnüglichen Abende bin ich dankbar. Auch meiner dritten Ko-Autorin Fatiha Ismail möchte ich danken, insbesondere dafür, dass sie den Löwenanteil der manchmal anstrengenden Interviews geführt hat.

Danken möchte ich insbesondere auch den Teilnehmern meiner Studien, die sich die Zeit genommen haben, ihre Geschichten und Sichtweisen mit mir zu teilen. Ich bin dankbar, dass sie mir das Vertrauen entgegengebracht haben, mit diesen Schätzen respektvoll umzugehen. Ich hoffe, dass sie mir auch das ein oder andere kritische Wort verzeihen.

Dankbar bin ich auch all denen, die durch finanzielle Zuwendungen diese Promotion ermöglicht haben: der Studienstiftung des deutschen Volkes, der Friedrich-Baur-Stiftung, der Münchener Universitätsgesellschaft und der Brocher Foundation, die mir zwei Monate ungestörten Denkens, in wunderschöner Umgebung am Genfer See ermöglicht hat.

Erwähnen möchte ich auch Dr. Michael Schwarzenau, der mich durch seine Kontakte bei der Rekrutierung immens unterstützt hat und es mir dann auch noch ermöglicht hat, meine Ergebnisse vor der Geschäftsführerkonferenz der Landesärztekammern vorzustellen. Er hat so meine Hoffnung genährt, dass die Ergebnisse meiner Arbeit nicht ungelesen und unberücksichtigt in der wissenschaftlichen Literaturwüste verschwinden.

Ich empfinde außerdem große Dankbarkeit gegenüber Prof. Dr. Margrit Schreier, die mit „Qualitative Content Analysis in Practice“ ein äußerst praxisorientiertes Buch geschrieben hat und mir damit und mit ihren Rückmeldungen im Rahmen einer Winter School die Berührungspunkte mit der qualitativen Forschung genommen hat.

Zu großem Dank bin ich auch den Teilnehmern zahlreicher Veranstaltungen verpflichtet, auf denen ich meine Forschung vorstellen durfte. Ich kann hier unmöglich alle Konferenzen auflisten, möchte aber ausdrücklich Prof. Dr. Hella von Unger und den Teilnehmenden ihrer

qualitativen Forschungswerkstatt danken sowie den Teilnehmern der qualitativen Forschungswerkstatt am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, den Teilnehmern des institutseigenen Forschungskolloquiums sowie der qualitativen Forschungskolloquien der Studienstiftung.

Auch einige Einzelpersonen haben sich auf den kritischen Austausch mit mir eingelassen und ich bin ihnen unendlich dankbar, dass sie ihre Gedanken mit mir geteilt haben. Zu diesen Personen zählen insbesondere Pia Becker, Silke Ohlmeier, Dr. Lisa Pfadenhauer, Dr. Dr. Orsolya Friedrich, PD Dr. Nina Wild, Anna Doppelhammer, Dr. Sabine Petri, Dr. Galia Assadi, Dr. Sandra Thiersch, Dr. Laura Schang.

Einen besonderen Dank möchte ich außerdem meiner Schwester Janina aussprechen, Leidensgenossin auf dem langen Weg der Promotion. Ohne ihre Unterstützung, ihren Glauben an mich, ihre Aufmunterungen und unsere Mittwochs-Updates, die mich durch die dunkelsten Zeiten dieser Promotion getragen haben, hätte ich diese niemals zu Ende führen können. Von Herzen Danke! Auch meiner Schwester Rena und meinen Eltern möchte ich für all die kleinen und großen Dinge danken, die mich durch diese Zeit getragen haben – von Ermunterung über Hilfestellung bis zu Ablenkung. Dank gebührt auch meiner Moma, die immer ein offenes Ohr hatte. Leider konnte sie diesen Weg nicht bis zum Ende mit mir gehen.

Und dann gibt es noch ein paar weitere Menschen, die meine Promotionszeit unvergesslich gemacht haben. Danke an Rebecca, Julia und Rahel für unvergessliche Dinner-Abende. Danke an Lisa und Christian für die nie versiegende Gastfreundschaft. Danke an Tilman, Hendryk, Hendrik, Mareike und Georg für die notwendige Portion Wahnsinn. Danke an Vânia, Jessica, Marie und Theresa für emotionale Unterstützung. Und Sandya Prasad möchte ich ganz besonders dafür danken, dass ich ihr wunderbares Dachzimmer zum Arbeiten an der Promotion nutzen durfte und mich auch in Genf zuhause fühlen konnte.

Zu guter Letzt möchte ich meinem Partner Philipp für all seine Unterstützung danken, aber es geht mir wie Annette von Droste-Hülshoff: Wo man am meisten fühlt, weiß man nicht viel zu sagen.