

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Charité Mitte  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

D I S S E R T A T I O N

Interkulturelle Öffnung und Interkulturelle Kompetenz bei  
niedergelassenen Psychiater\*innen und Hausärzt\*innen  
in Berlin und Dresden

Intercultural opening and intercultural competence of  
psychiatrists and general practitioners in Berlin and Dresden

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von  
Julia Elisabeth Junghanss  
aus Basel (CH)

Datum der Promotion: 17.09.2021

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Abstrakt .....	6
Abstract .....	8
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>10</b>
1.1 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland .....	10
1.2 Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem .....	11
1.3 Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem: <i>Interkulturelle Öffnung</i> .....	13
1.4 Anforderungen an Behandelnde: <i>Interkulturelle Kompetenz</i> .....	15
1.5 Kritik an den Konzepten <i>Interkulturelle Kompetenz</i> und <i>Interkulturelle Öffnung</i> .....	19
1.6 Studienlage in Deutschland .....	20
1.7 Offene Forschungsgebiete.....	20
1.8 Ziele und Fragestellungen.....	23
<b>2 Methodik.....</b>	<b>24</b>
2.1 Studiendesign .....	24
2.2 Übersicht über den Studienablauf.....	24
2.3 Quantitativer Studienteil.....	25
2.4 Qualitativer Studienteil .....	29
2.5 Ethikvotum.....	33
<b>3 Ergebnisse .....</b>	<b>34</b>
3.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung .....	34
3.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung .....	59
3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	73
<b>4 Diskussion .....</b>	<b>79</b>
4.1 Demografie und Praxisstruktur .....	79
4.2 Patient*innen mit Migrationshintergrund.....	80
4.3 Herausforderungen in der Behandlung .....	82
4.4 Aspekte <i>Interkultureller Öffnung</i> .....	83
4.5 Aspekte <i>Interkultureller Kompetenz</i> .....	90
4.6 Interkulturelle Fort- und Ausbildung .....	94
4.7 Limitationen .....	96

<b>4.8 Resümee und Ausblick.....</b>	<b>98</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>
<b>Lebenslauf.....</b>	<b>109</b>
<b>Eidstaatliche Versicherung .....</b>	<b>111</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>112</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Schwerpunktland der Patient*innen mit Migrationshintergrund.....	39
Abbildung 2 Herausforderungen in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund.....	40
Abbildung 3 Zuweisungswege von Patient*innen mit Migrationshintergrund .....	43
Abbildung 4 Kooperationen mit migrant*innenspezifischen Einrichtungen .....	46
Abbildung 5 Interkulturelle Kontakte der Ärzt*innen .....	48
Abbildung 6 Zugangsbarrieren für Patient*innen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem .....	50
Abbildung 7 Behandlungsabbrüche.....	51
Abbildung 8 Vertrautheit mit dem Konzept <i>Interkulturelle Kompetenz</i> .....	52
Abbildung 9 Einschätzung zur Bereitschaft Mitarbeitenden sich auf Patient*innen mit Migrationshintergrund einzulassen.....	55
Abbildung 10 Teilnahme und Interesse an Fortbildungen zu interkulturellen Themen..	56
Abbildung 11 Wünsche für eine verbesserte Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund.....	57
Abbildung 12 Zusammenfassung Aspekte <i>Interkulturelle Öffnung</i> und <i>Interkultureller Kompetenz</i> aus qualitativem Studienteil .....	68
Abbildung 13 Verteilung Wünsche und Vorschläge nach Subkategorie .....	72

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Bestimmung der Stichprobe .....	28
Tabelle 2 Hauptkategorien .....	32
Tabelle 3 Beteiligung an der quantitativen Befragung.....	35
Tabelle 4 Demografische Beschreibung der Gesamtstichprobe .....	36
Tabelle 5 Logistische Regressionsanalyse. Demografische Beschreibung der Gesamtstichprobe .....	37
Tabelle 6 Praxisstruktur und Arbeitsverhältnis .....	37
Tabelle 7 Logistische Regressionsanalyse. Praxisstruktur .....	38
Tabelle 8 Patient*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal (n=88) .....	41
Tabelle 9 Logistische Regressionsanalyse. Repräsentation von Patient*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen .....	42
Tabelle 10 Sprachkompetenz der Studienteilnehmenden und des Praxispersonals ....	44
Tabelle 11 Fremdsprachiges Informationsmaterial .....	45
Tabelle 12 Logistische Regressionsanalyse. Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen .....	47
Tabelle 13 Logistische Regressionsanalyse. Interkulturelles Wissen .....	49
Tabelle 14 Gründe für Zugangsbarrieren für Patient*innen mit Migrationshintergrund (n=49).....	50
Tabelle 15 Logistische Regressionsanalyse. Vertrautheit mit dem Konzept <i>Interkulturelle Kompetenz</i> .....	52
Tabelle 16 Bestandteile Interkultureller Kompetenz .....	53
Tabelle 17 Logistische Regressionsanalyse. Teilnahme und Interesse an interkulturellen Fortbildungen .....	57
Tabelle 18 Wünsche der Ärzt*innen für sich als Patient*innen im Ausland (n=63) .....	58
Tabelle 19 Demografische Angaben zu den interviewten Ärzt*innen.....	59
Tabelle 20 Categoriesystem Patient*innen mit Migrationshintergrund in den ärztlichen Praxen .....	60
Tabelle 21 Categoriesystem Herausforderungen .....	61
Tabelle 22 Categoriesystem Aspekte <i>Interkulturelle Öffnung</i> .....	63
Tabelle 23 Categoriesystem Aspekte <i>Interkulturelle Kompetenz</i> .....	66
Tabelle 24 Categoriesystem Einschätzung von Kolleg*innen durch Ärzt*innen .....	68
Tabelle 25 Categoriesystem Wünsche und Vorschläge .....	70

## Abstrakt

**Hintergrund:** Patient\*innen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland mit Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem konfrontiert. Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsangeboten werden seit langem gefordert. Ziel der Studie ist es, interkulturelle Öffnung sowie interkulturelle Kompetenzen bei niedergelassenen Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen in zwei deutschen Großstädten, Berlin und Dresden, zu explorieren.

**Methodik:** Gewählt wurde ein *Mixed-Method-Design* bestehend aus einem standardisierten Fragebogen und semistrukturierten Leitfadeninterviews.

Aus den in den Registern der kassenärztlichen Vereinigungen Berlins und Sachsens gelisteten Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen wurde eine Zufallsstichprobe (n=337) gezogen und postalisch zur Studienteilnahme eingeladen. Die Fragebogenergebnisse wurden deskriptiv und mittels logistischer Regression bezüglich Subgruppenunterschiede ausgewertet. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Analyse nach Kuckartz unter Verwendung des Softwareprogramms MAXQDA 2018 ausgewertet.

**Ergebnisse:** 88 Ärzt\*innen beteiligten sich an der Befragung, mit 10 Ärzt\*innen wurden vertiefende Einzelinterviews durchgeführt. 58,0% der Befragten waren weiblich. Über zwei Drittel der Studienteilnehmenden waren älter als 50 Jahre. 59,1% arbeiteten mehr als 10 Jahre im derzeitigen Arbeitsverhältnis. Einen Migrationshintergrund hatten 20,5% aller Studienteilnehmenden, deutlich mehr Berliner (29,1%) als Dresdner Ärzt\*innen (6,1%). 90,9% der Befragten hatten Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal behandelt, 77,7% gaben an, maximal ein Viertel ihrer im letzten Quartal behandelten Patient\*innen habe einen Migrationshintergrund gehabt. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und ein divergierendes Krankheitsverständnis waren Hauptherausforderungen. Laiendolmetschende und non-verbale Verständigung wurden häufiger eingesetzt als professionell Dolmetschende. Die Migrationsgründe ihrer Patient\*innen kannten zwei Drittel (66,0%) aller Befragten. Obwohl die Mehrheit sich aufgeschlossen gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund zeigte, wurden auch Vorbehalte bis hin zu Ablehnung deutlich. Interesse an interkulturellen

Fortbildungen war bei 55,7% vorhanden. Großen Anklang fanden interaktive Fortbildungsformate. Wünsche zu einer verbesserten Versorgung betrafen in erster Linie die sprachliche Verständigung und wurden mehrheitlich an das Gesundheitssystem gerichtet.

**Schlussfolgerungen:** Interkulturelle Öffnung und Kompetenzen waren in der untersuchten Ärzteschaft nicht durchgehend erkennbar. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit bereits durchgeführten Studien in Deutschland. Bereits angemahnte Maßnahmen wie die Etablierung professioneller Dolmetscherdienste und eine stärkere Förderung interkultureller Kompetenzen in der ärztlichen Aus- und Fortbildung sind dringend erforderlich.

## Abstract

**Background:** Migrants face barriers accessing the German healthcare system. Steps to improve health care utilisation have been in demand for a long time. The aim of the study is to explore cross-cultural opening and intercultural competence of general practitioners and psychiatrists in Berlin and Dresden.

**Methods:** A mixed-method-design was used with a standardized questionnaire and semi-structured interviews. A random sample of 337 general practitioners and psychiatrists was drawn from the registers of the “*Kassenärztliche Vereinigung*” of Berlin und Sachsen and invited by mail to participate in the study. The results of the questionnaire were analysed descriptively and by logistic regression for subgroup differences. The recorded interviews were transcribed and analysed with the content-structured qualitative method of Kuckartz using the software MAXQDA 2018.

**Results:** 88 physicians took part in the questionnaire part of the study. Following this, semi-structured face-to-face interviews were conducted with 10 physicians. 58,0% of the study participants were female. More than two thirds of the study participants were above 50 years and 59,1% had worked for more than 10 years in their current positions. 20,5% were migrants themselves, the proportion of migrants was higher in Berlin (29,1%) than in Dresden (6,1%). 90,9% had treated migrants during the past 3 months; in 77,7% of the study participant’s practices up to 25% of their patients were migrants. Language barriers and divergent health beliefs were perceived as the main challenges. Professional interpreters were rarely employed compared to ad hoc interpreters and non-verbal communication. Two thirds (66,0%) of the physicians were aware of the reasons for their patients’ migration. Even though the majority of physicians regarded themselves open towards patients with different cultural backgrounds, some had reservations and a few were critical towards migrant patients and their concerns. 55,7% showed interest in intercultural education programs, in particular those with an interactive component. Addressing communication deficits was regarded as a priority. The responsibility for taking action lies primarily with the German health care system.

**Conclusions:** Intercultural opening and competence appeared incompletely developed in the study population of general practitioners and psychiatrists in Berlin and Dresden.

These results reflect the outcomes of other similar studies conducted in Germany. Institutionalized professional interpreter services and facilitation of intercultural competence in medical training and continuous education are urgently required.

# 1 Einleitung

## 1.1 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Deutschland hat sich während der letzten Jahrzehnte zu einem Einwanderungsland entwickelt, dessen kulturelle und sprachliche Identität zunehmend an Diversität gewinnt. Im Jahr 2018 lebten 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund<sup>1</sup> in Deutschland und machten damit rund ein Viertel der Bevölkerung aus. Im Vergleich zu den vorherigen Jahren ist in Deutschland ein Zuwachs von Menschen mit Migrationshintergrund zu beobachten. Längst lässt sich Nationalität nicht mehr an Ethnizität festmachen, etwa die Hälfte der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft seit Geburt (Statistisches Bundesamt, 2019c).

Globale Krisen und Kriege führen zu Migrationsbewegungen, welche auch Deutschland betreffen. Im Jahr 2018 lebten 1,8 Millionen Schutzsuchende, also Menschen, deren Aufenthalt durch humanitäre Gründe bedingt ist, in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2019a). Menschen mit Migrationshintergrund sind insgesamt als heterogene Gruppe zu betrachten, die sich anhand zahlreicher Aspekte wie beispielsweise Herkunftsländern, Sprachen, Religionen, Migrationsgenerationen und Migrationsursachen sowie sozioökonomischen und Bildungshintergründen unterscheidet.

---

<sup>1</sup> Die aktuelle Definition des Statistischen Bundesamtes für Migrationshintergrund lautet: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“  
Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 1 Reihe 2.2, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus, Wiesbaden 2019

## **1.2 Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem**

### **1.2.1 Gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland**

Im Hinblick darauf, den gesundheitlichen Anliegen von Patient\*innen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, fassen Frank et al. (2017, S.7) zusammen, dass der *„Gesundheitszustand [von Menschen mit Migrationshintergrund] in etwa dem der Menschen ohne Migrationshintergrund [entspricht]. Jedoch können einzelne Erkrankungen je nach Herkunftsland oder Migrationserfahrung häufiger oder seltener auftreten. Um Aussagen zur Gesundheitssituation bei Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, ist eine differenzierte Betrachtung notwendig“*.

Präventions-, diagnose- und therapierrelevante Unterschiede für die hausärztliche und psychiatrische Praxis sind beispielsweise die erhöhte Prävalenz von Hepatitis B bei einigen Migrantengruppen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (Frank et al., 2017; Kohls, 2011) sowie Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt von depressiven und psychosomatischen Erkrankungen betroffen sind (Aichberger et al., 2012; Bermejo et al., 2010; Rommel et al., 2015).

Besonders vulnerabel ist die Gruppe der Geflüchteten, beziehungsweise Personen mit ungesichertem rechtlichen Aufenthaltsstatus: Es gibt Hinweise darauf, dass Asylsuchende vermehrt von posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen sind (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). In einer aktuellen Studie unter Berliner Asylsuchenden konnte festgestellt werden, dass eine hohe Rate Geflüchteter von psychischer Belastung betroffen ist, ohne jedoch in psychiatrischer Behandlung zu sein (Winkler et al., 2019).

### **1.2.2 Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsangeboten**

Steinhäuser et al. (2014) weisen auf eine Fehlversorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in einigen Bereichen hin. Einige Behandlungsangebote scheinen von Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen zu werden. Dazu gehören Angebote der Akutversorgung wie

Notfallambulanzen (Brozoska & Razum, 2014; Norredam et al, 2009) sowie psychiatrische Institutsambulanzen (Schouler-Ocak et al., 2010).

In anderen Bereichen wurde eine geringere Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben: hierzu zählen präventive und rehabilitative medizinische Angebote. (Brozoska & Razum, 2014; Frank et al., 2017; Kohls, 2011; Rommel et al., 2015)

Bungartz et al. (2011) stellen Studienergebnisse zur Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Fokus, welche zum Teil widersprüchlich sind. Einerseits gibt es Hinweise, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund hausärztliche Versorgungsangebote zugunsten von Notaufnahmen seltener in Anspruch nehmen (Kohls, 2011), wohingegen andere Daten auf eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ähnliche häufige (Zeeb et al., 2004) oder sogar häufigere Inanspruchnahme (Butler, 2009; Norredam et al., 2009) hindeuten.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund liegen Unterschiede für stationäre und ambulante Behandlungsangebote vor. Während in einer national durchgeführten, repräsentativen Befragung Patient\*innen mit Migrationshintergrund in stationären psychiatrischen Behandlungsangebote gemäß ihres Bevölkerungsanteiles repräsentiert waren (Schouler-Ocak et al., 2008), liegen für ambulante psychotherapeutische Angebote Daten vor, die auf eine Unterrepräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund für diese Behandlungsangebote hindeuten (Möske et al., 2012; Odening et al., 2013). Dies gilt jedoch nicht, wie oben bereits aufgeführt, für psychiatrische Institutsambulanzen, in denen Patient\*innen mit Migrationshintergrund laut einer repräsentativen Studie aus 2008 mit 32,5% überrepräsentiert waren (Schouler-Ocak et al., 2010).

Bermejo et al (2012) betonen, dass neben mit dem Migrationshintergrund assoziierte Faktoren wie Sprachbarrieren, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland und kulturelle Einstellung zu Gesundheitsfragen, auch soziologische Faktoren *„wie sozioökonomischer Status, (...), die Schichtzugehörigkeit und hiermit zusammenhängend auch die Wohn- und Arbeitssituation“* zu Unterschieden in der

Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten führen, und dass diese bei Untersuchungen stärker miteinbezogen werden müssen.

### **1.2.3 Zugangsbarrieren zum medizinischen Versorgungssystem**

Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland weist, wie bereits skizziert, im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung in manchen Bereichen auf eine Fehlversorgung hin.

In diesem Zusammenhang werden diverse Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund zum medizinischen Versorgungssystem diskutiert. In ihrer *Analyse zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland* fassen die Autor\*innen Zugangsbarrieren auf mehreren Ebenen zusammen: „*der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann aufgrund von Sprachbarrieren, Informationslücken, kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen und Diskriminierungserfahrungen erschwert sein.*“ (Frank et al, 2017, S.11 *bezugnehmend auf* Maier et al., 2015; Penka et al., 2012; Razum et al., 2004)

Hinzu kommt, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung verstärkt von einer prekären sozioökonomischen Lage (geringere Ausstattung mit finanziellen Ressourcen, geringere Bildungsressourcen) betroffen sind, was unabhängig vom Migrationshintergrund eine Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem darstellt. Sie sind demnach oftmals mehrfacher Benachteiligung ausgesetzt (Spallek & Razum, 2009).

## **1.3 Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem: *Interkulturelle Öffnung***

### **1.3.1 Überblick über das Konzept**

Das Konzept der *Interkulturellen Öffnung* wurde in den 1990er Jahren in Deutschland zunächst im Zusammenhang mit ausländerpädagogischen Ansätzen sozialer Dienste diskutiert (Barwig & Hinz-Rommel, 1995) und bald auch im Bezug auf die psychiatrisch-

psychotherapeutische Versorgung thematisiert: die *12 Sonnenberger Leitlinien* wurden im Jahr 2002 auf Basis der *Interkulturellen Öffnung* entwickelt und dienten als Richtlinien zur Integration von Migrant\*innen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Es wurde dabei die Devise verfolgt, dass „*es nicht um die einseitige Anpassung der Migrantenpopulation an das Gesundheitssystem [geht], sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems in allen seinen Bereichen, wie z.B. im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantenpopulation.*“ (Machleidt, 2002, S. 1208) Ziel war dabei, Menschen mit Migrationshintergrund mit denselben hohen Qualitätsstandards zu behandeln wie autochthone Patient\*innen (Machleidt, 2002).

Das Konzept fand zunehmend politischen Zuspruch und wird beispielsweise im Nationalen Integrationsplan von 2007 sowie in verschiedenen Gesetzen auf Landesebene erwähnt (Penka et al., 2015; Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2007).

In der Literatur wird betont, dass Maßnahmen zur *Interkulturellen Öffnung* auf mehreren Ebenen stattfinden, die Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung einer Einrichtung miteinschließen müssen, und dass *Interkulturelle Öffnung* eine Leitungsaufgabe sein muss (Penka et al., 2012; Schouler-Ocak et al., 2012). *Interkulturelle Öffnung* meint ferner, bestehende Angebote der Regelversorgung migrant\*innensensibel auszurichten statt neue migrant\*innenspezifische Angebote zu etablieren (Brozoska & Razum, 2014).

### **1.3.2 Aspekte Interkultureller Öffnung**

Mit den *12 Sonnenberger Leitlinien* wurde die Notwendigkeit *Interkultureller Öffnung* für die psychosoziale Versorgung in Deutschland bereits thematisiert und einige Aspekte, wie die Bildung multikultureller Behandlungsteams und der Einsatz professionell Dolmetschender bei Sprachbarrieren, gefordert (Machleidt, 2002).

Wissenschaftsbasierte Standards für die Implementierung in die Praxis lagen jedoch lange nicht vor (Penka et al., 2012). Penka et al. entwickelten vor diesem Hintergrund auf Basis einer Delphi-Expertenbefragung ein umfassendes Erhebungsinstrument zur

Erfassung *Interkultureller Öffnung* von Institutionen der psychosozialen Versorgung. Folgende Aspekte werden darin zusammengefasst (Penka et al., 2012):

- Dokumentation der Inanspruchnahme von Angeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund
- sprachliche Verständigungsmöglichkeiten (Einsatz von Dolmetschenden, Kulturmediation, nichtdeutsche muttersprachliche Kompetenzen sowie Fremdsprachenkenntnisse von Mitarbeitenden)
- migrant\*nnenspezifische Informationsmaterialien (zum Beispiel mehrsprachige Informationen zum Angebot)
- migrant\*innenspezifische Ausstattung und Angebote (zum Beispiel nicht-deutschsprachige Zeitschriften in Wartezimmern, mehrsprachige visuelle Beschriftung vor bzw. in der Einrichtung)
- migrant\*innenspezifische Behandlungen
- migrant\*innenspezifische Nachsorgekonzepte
- Mitarbeitende mit Migrationshintergrund
- Berücksichtigung von Bewerber\*innen mit Migrationshintergrund in Stellenausschreibungen und Einstellungspraxis
- Kooperationen mit migrant\*innenspezifischen Einrichtungen
- Empowerment und Partizipation (Unterstützung beim Aufbau von und Vermittlung zu Selbsthilfegruppen von Menschen mit Migrationshintergrund)
- Fortbildungen zu interkulturellen Kompetenz und Teamarbeit (Teilnahme an Fortbildungen, von der Leitungsebene gewollte Teilnahme, interkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden)
- konzeptionelle Verankerung von *Interkultureller Öffnung*
- *Interkulturelle Öffnung* als Leitungsaufgabe

## **1.4 Anforderungen an Behandelnde: *Interkulturelle Kompetenz***

### **1.4.1 Überblick über das Konzept**

Die Forderung nach *Interkultureller Kompetenz* bei Gesundheitspersonal wird im Zusammenhang mit dem Abbau von Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationshintergrund häufig thematisiert (Schouler-Ocak et al., 2012; von Lersner et al., 2016). Das Konzept findet seit Ende

des 20. Jahrhunderts zunehmend auch außerhalb des angloamerikanischen Raum Erwähnung (Kirmayer, 2016; Napier et al, 2014).

*Interkulturelle Kompetenz* wird in der ersten der 12 *Sonnenberger Leitlinien* thematisiert: es wird darin eine „*Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensivität und Kulturkompetenz*“ gefordert (Machleidt, 2002, S.1209). Eine Erleichterung des Zugangs zur Regelversorgung erfordert also zum einen eine Öffnung der Institutionen, schließt jedoch auch die individuelle Verantwortung der Behandelnden mit ein (Machleidt, 2002).

#### **1.4.2 Aspekte interkultureller Kompetenz**

Unter der Annahme, dass „*Wahrnehmen, Urteilen und Handeln immer auch kulturell bedingt sind*“ (Schouler-Ocak & Aichberger, 2015, S.181) ist *Interkulturelle Kompetenz* im medizinischen Zusammenhang dort notwendig, wo „*Behandler und Patient unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben, um den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden und eigene Vorurteile oder Befangenheiten ablegen zu können*“. (ebd.)

Es herrscht teilweise Unklarheit darüber, was genau unter dem Terminus *Interkulturelle Kompetenz* zu verstehen ist, denn es existieren zahlreiche Definitionen.

Verschiedene Autor\*innen der medizinisch-psychotherapeutischen Migrationsforschung (Bernhard et al., 2015; Schouler-Ocak, Graef-Calliess, et al., 2015; von Lersner, 2017) beziehen sich auf die Einteilung von *Interkultureller Kompetenz* nach Sue et al. (1982), welche aus *Knowledge* (=Wissen), *Skills* (=Fähigkeiten) und *attitude* (= Haltung) besteht.

#### **Knowledge = Wissen**

Hierunter werden nicht unbedingt konkrete „*Kenntnisse des Behandelnden zu Kultur und Weltbild des Patienten*“ gefasst, denn dies kann die Gefahr von Stereotypisierung und Vorurteilen bergen (von Lersner, 2017, S.286). Es geht vielmehr um ein allgemeineres Bewusstsein dafür, dass Beziehungen zwischen Ärzt\*in und Patient\*in durch die jeweilige Herkunft und kulturelle Prägung beeinflusst wird (Schouler-Ocak,

Graef-Calliess, et al., 2015). Diese können sich in kulturell divergierenden Krankheitssymptomen, Erklärungsmodellen für Krankheiten und Vorstellungen von Ärzt\*in- und Patient\*innenrolle widerspiegeln (Qureshi et al., 2008). Interkulturelle Unterschiede ließen sich zum Beispiel in der Somatisierungsneigung von psychischen Erkrankungen feststellen. Während die Körpermetaphorik bei psychischen Leiden in verschiedenen Kulturen verbreitet ist, scheinen Unterschiede in der genauen Zuschreibung zu einzelnen Körperregionen zu bestehen. Bhugra und Mastrogianni weisen im Bezug auf depressive Erkrankungen darauf hin, dass sich „*idoms of distress*“ zwischen Kulturen unterscheiden können. Diese spezifischen Ausdrücke von Stress als solche erkennen und richtig bewerten zu können ist für Behandelnde wichtig, nicht nur um eine adäquate Therapie anbieten, sondern auch um eine vertrauensvolle Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung herstellen zu können (Bhugra & Mastrogianni, 2004).

Ferner werden Wissen über Unterschiede in der Kommunikation, über Rassismus (Qureshi et al., 2008) sowie über Zugangsbarrieren für Menschen aus kulturellen Minderheiten zu *Interkulturellen Kompetenz* gezählt (Sue et al., 1982). Auch Wissen über pharmakokinetische und pharmakodynamische Unterschiede zählt zur *Interkulturellen Kompetenz* (Qureshi et al., 2008). Differenzen zwischen Ethnien können beispielsweise zu unterschiedlichen Wirkspiegeln und Verträglichkeit von Medikamenten führen (Assion & Reinbold, 2011; Brandl & Eckermann, 2017).

### **Skills = Fertigkeiten**

Hierunter wird die Vertrautheit mit kultursensiblen Interventionstechniken verstanden (von Lersner, 2017). Dazu zählt die Vertrautheit mit kultursensibler Kommunikation, zu welcher beispielsweise der Einbezug von Sprach- und Kulturvermittelnden oder das offene Ansprechen von Vorurteilen gehören (Qureshi et al., 2008). Ebenso gehört hierzu die Fähigkeit, Behandlung und Therapie kultursensibel anzupassen (Qureshi et al., 2008; Schouler-Ocak, Graef-Calliess, et al., 2015). Hilfreich können dabei kultursensible Anamnesebögen, wie beispielsweise das *Cultural Formulation Interview (CFI)* des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* sein (Schouler-Ocak et al., 2015).

## **Beliefs and attitudes = Haltung**

Die Arbeit mit Patient\*innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten wird durch die Haltung der Behandelnden geprägt, welche auch durch (unbewusste) Vorurteile und Stereotypen beeinflusst wird (Qureshi et al., 2008; Schouler-Ocak, Graef-Calliess, et al., 2015; von Lersner, 2017).

Essentiell sind daher die *„Exploration und Reflexion der eigenen kulturellen Eingebundenheit des Behandlers sowie deren Einfluss auf die Wahrnehmung des Patienten und die Beziehungsgestaltung“* (von Lersner, 2017, S.286), die Reflexion eigener (unbewusster) Vorurteile und die Bereitschaft sich auf divergierende Einstellungen einzulassen (Napier et al., 2014; Qureshi et al., 2008; Schouler-Ocak et al., 2015; Sue et al., 1982). Ferner wird zur *Interkulturellen Kompetenz* Offenheit, Interesse und respektvolle Neugier gegenüber Menschen aus anderen kulturellen Kontexten gezählt (Oestereich & Hegemann, 2010).

Zwei ergänzende Erklärungen scheinen zum Verständnis des Konzeptes außerdem relevant:

*Interkulturelle Kompetenz* wird auch als Teilaspekt professioneller Kompetenz (Qureshi et al., 2008) oder sozialer Kompetenz (Schouler-Ocak et al., 2012) verstanden. Die drei Grundpfeiler *Interkultureller Kompetenz* sowie viele Teilaspekte (beispielweise Offenheit und Neugier oder eine Reflexion eigener Prägungen und Wertevorstellungen) sind nicht nur in der Arbeit mit Menschen aus anderen kulturellen Kontexten relevant. Vielmehr stellen sie Kompetenzen im täglichen Umgang mit Menschen allgemein und in der ärztlichen Arbeit mit Patient\*innen im Speziellen dar (Grützmann et al., 2012; von Lersner, 2017). Grützmann et al. (2012, S.329) stellen ergänzend fest: *„Wenn jedoch Aspekte wie Migrationshintergründe, sprachliche Hürden oder unterschiedliche religiöse Werte hinzukommen, greifen aufgrund dieser Komplexität gewohnte kommunikative Muster oftmals nicht. Daher werden diese Situationen tendenziell als konflikthafter und belastender wahrgenommen als intrakulturelle Begegnungen, weshalb hier eine kultursensible Haltung von noch größerer Bedeutung ist.“*

Ebenso wichtig erscheint der Hinweis, dass es sich bei *Interkultureller Kompetenz* nicht um eine einmal erlernbare Fähigkeit handelt, sondern diese vielmehr als Kontinuum verstanden werden muss (Grützmann et al., 2012; Schouler-Ocak et al., 2015).

## 1.5 Kritik an den Konzepten *Interkultureller Öffnung* und *Interkultureller Kompetenz*

In der Fachliteratur werden die Konzepte *Interkulturelle Öffnung* und *Interkulturelle Kompetenz* kritisch diskutiert. Auf einige Kritikpunkte soll im Folgenden eingegangen werden.

Ein Kritikpunkt bezieht sich auf den Kulturbegriff, welcher in beiden Konzepten zu finden ist. Kleinman und Benson (2006) kritisieren, dass *Kultur* im medizinischen Bereich häufig mit *Ethnizität*, *Nationalität* oder *Sprache* gleichgesetzt wird. Dass sich kulturelle Unterschiede beispielsweise aufgrund unterschiedlicher soziodemografischer Faktoren wie Geschlecht oder Alter auch innerhalb von ethnisch einheitlichen Gruppen finden lassen können, bliebe dabei unberücksichtigt. Dies berge die Gefahr kulturellrelativistischer Argumentationen und damit der Reproduktion von Stereotypisierung und Diskriminierung (Kleinman & Benson, 2006). Ähnliches merken Penka et al. (2015) im Bezug auf das Konzept der *Interkulturellen Öffnung* kritisch an und verlangen eine stärkere Thematisierung sozialwissenschaftlicher Debatten in der Medizin und Psychologie.

Ein weiterer Kritikpunkt thematisiert die Uneinigkeit darüber, was unter dem Terminus *Interkulturelle Kompetenz* genau zu verstehen ist (Kleinman & Benson, 2006; Napier et al., 2014). Steinhäuser et al. (2014) bemerken, dass schon bei der Begrifflichkeit zahlreiche Varianten bestehen, die von *interkultureller Kompetenz*, *transkultureller Kompetenz* und *kulturelle Kompetenz* über *Kultursensibilität* reichen. Die Autor\*innen kritisieren, dass die unterschiedlichen Bezeichnungen oft kommentarlos gebraucht würden und werfen die Frage auf, ob sich bei hinter den verschiedenen Bezeichnungen überhaupt das gleiche Konzept verberge.

Ein weiterer Einwand betrifft die Verwendung des Begriffs *Kompetenz*, da dieser „den Eindruck erwecken könne, es handele sich hierbei um einen Kriterienkatalog, den es lediglich gelte auswendig zu lernen“ (Grützmann et al., 2012).

## 1.6 Studienlage in Deutschland

Nationale Studien zum Stand *Interkultureller Öffnung* und *Interkultureller Kompetenz* nahmen bisher vor allem die psychosoziale Versorgung in den Fokus und wurden in deutschen Großstädten wie Berlin und Hamburg durchgeführt. Penka et al. (2015) untersuchten psychosoziale Einrichtungen in einem innerstädtischen Bezirk Berlins. Zwei weitere Studien befassten sich mit dem Stand *Interkulturellen Öffnung* in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg (Möske et al., 2012) und Berlin (Odening et al. 2013). Die Autor\*innen stimmten darin überein, dass wesentliche Aspekte *Interkultureller Öffnung* noch nicht genügend umgesetzt sind (Möske et al., 2012; Odening et al. 2013; Penka et al., 2015).

Ferner liegen einzelne nationale qualitative Studien vor, welche Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von stationär und ambulant tätigen Ärzt\*innen (Karger et al., 2017) und Hausärzt\*innen (Gerlach et al. 2008) gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund erhoben. Die Autor\*innen fanden Hinweise für stereotypes Denken und eine Verantwortungsdelegation für das Gelingen der Behandlung an Patient\*innen mit Migrationshintergrund in der befragten Ärzt\*innenschaft.

## 1.7 Offene Forschungsgebiete

Weitere nationale Untersuchungen zum Stand interkultureller Öffnung und Kompetenz bei Behandelnden wurden mehrfach gefordert (Odening et al., 2013; Schouler-Ocak und Aichberger, 2015). Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.6 zitierten Studien ergeben sich Fragestellungen, die den Einblick in die Gesundheitsversorgung von Migrant\*innen unter dem Blickwinkel der interkulturellen Öffnung und Kompetenz erweitern und vertiefen können.

Ein Großteil der medizinischen Grundversorgung wird in Deutschland durch den ambulanten Sektor abgedeckt (Bungartz et al., 2011) . Laut einem Bericht des Robert Koch-Institutes über die *Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland* nehmen über 90% der Frauen und knapp 85% der Männer innerhalb eines

Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch (Prütz & Rommel, 2017). Die Ausdehnung von Untersuchungen zu interkultureller Öffnung und Kompetenz auf niedergelassene Ärzt\*innen erscheint vor diesem Hintergrund außerordentlich relevant.

Da der Migrationsprozess mit großen psychischen Belastungen einhergehen kann (Bustamante et al., 2018; Fazel et al., 2005), liegt es nahe, dass Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen häufig in die medizinische Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund involviert sind.

Oft sind es jedoch Hausärzt\*innen, über welche der erste Kontakt zur Gesundheitsversorgung stattfindet und welche als „Gatekeeper“ für vielfältige Gesundheitsprobleme fungieren (Bungartz et al., 2011). In den *12 Sonnenberger Leitlinien* wurden neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen auch explizit die allgemeinmedizinische Regelversorgung bezüglich interkultureller Öffnung adressiert (Machleidt, 2002). Dennoch standen Hausärzt\*innen bisher nicht im Zentrum des Interesses der Migrationsforschung. Es wurde bereits gefordert, die Allgemeinmedizin stärker in den Fokus der Migrationsforschung zu rücken (Bungartz et al., 2011).

Da Großstädte Brenn- und Entwicklungspunkte interkulturellen Zusammenlebens sind, sind Untersuchungen zu interkultureller Öffnung und Kompetenz dort besonders relevant. Interessant erscheint dabei eine vergleichende Untersuchung von Großstädten, die sich anhand spezifischer Kriterien voneinander unterscheiden, wie zum Beispiel Berlin und Dresden. Ein deutlicher Unterschied stellt der Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der jeweiligen Stadtbevölkerung dar: Im Jahr 2018 hatten in Berlin mit einem Anteil von 34,1% an der gesamten Berliner Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich viele Menschen einen Migrationshintergrund im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt, wo der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2018 bei 20,5% lag (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018; Statistisches Bundesamt, 2019b). In Dresden hingegen hatte im Jahr 2018 ein Anteil von 11,3% der Dresdner Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Oertel, 2018), dieser Anteil war im bundesweiten Vergleich somit unterdurchschnittlich. Ein weiterer möglicherweise auch in Bezug auf die Migrationsforschung relevanter Aspekt ist, dass Nachrichten aus Dresden von Berichten über einwanderungskritische Stimmen und fremdenfeindliche Demonstrationen jedoch

auch von Protestbewegungen gegen diese geprägt waren („Gegner und Anhänger von Pegida mobilisieren Zehntausende“. In: ZEIT ONLINE vom 19.10.2015). Eine repräsentative Studie der *Bertelsmann Stiftung* aus dem Jahr 2017 stellte Vorbehalte der deutschen Bevölkerung insgesamt gegenüber Einwanderung fest. Die Ergebnisse der Studie weisen zusätzlich darauf hin, dass Menschen in den alten Bundesländern gegenüber Einwanderung positiver eingestellt sind als Menschen in den neuen Bundesländern (Kober, 2017).

## 1.8 Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit verfolgt drei Ziele:

1. Erfassung und Vergleich *Interkultureller Öffnung* und *Interkultureller Kompetenzen* im niedergelassenen medizinischen Sektor am Beispiel von zwei medizinischen Fachrichtungen (hausärztliche sowie psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung) in Berlin und Dresden
2. Erfassung von Herausforderungen für niedergelassene Ärzt\*innen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf mögliche praxisrelevante Konzeptentwicklungen
3. Erfassung der Wünsche und Vorschläge der Behandelnden zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf mögliche praxisrelevante Konzeptentwicklungen

Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

1. Was sind demografische Charakteristika von niedergelassenen Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen in Berlin und Dresden?
2. Was sind demografische Charakteristika der behandelten Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen?
3. Welche Aspekte *Interkultureller Öffnung* in Arztpraxen und *Interkultureller Kompetenzen* bei Behandelnden werden umgesetzt bzw. sind vorhanden?
4. Was sind Fortbildungsbedarfe, Wünsche und Vorschläge der Behandelnden für eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund?

## 2 Methodik

### 2.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie, bei welcher ein *Mixed-Method Design* eingesetzt wurde.

Unter einem Mixed-Method Design wird nach Flick (2009, S.228) die „*pragmatische Verknüpfung von qualitativer und quantitativer Forschung*“ verstanden. Nach Kuckartz (2012) stellt der Einsatz von *Mixed-Method-Designs* ein Gütekriterium in der Beurteilung von Forschungsmethoden dar, da „*sich vielfältigere Perspektiven auf den Forschungsgegenstand [ergeben] und damit auch die Möglichkeit, die Verallgemeinerbarkeit zu erhöhen.*“ (Kuckartz, 2012; S. 218). Bezogen auf die Integrations- und Migrationsforschung merken Graef-Calliess und Schouler-Ocak an, dass „*der vorwiegend quantitative Ansatz in der Medizin [...] dringend um einen qualitativen Ansatz ergänzt und bereichert werden*“ sollte. (Graef-Calliess & Schouler-Ocak, 2017, S.VIII).

Im quantitativen Ansatz wurde ein standardisierter Fragebogen eingesetzt. Ziel war, wichtige Aspekte interkultureller Öffnung und Kompetenz zu erfassen und Unterschiede bei Subgruppen (Hausärzt\*innen vs. Psychiater\*innen sowie Berliner Ärzt\*innen vs. Dresdner Ärzt\*innen) mittels statistischer Auswertung zu explorieren.

Im qualitativen Ansatz wurden mithilfe einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse Einzelinterviews ausgewertet. Ziel war eine Vertiefung und Ergänzung von Themenschwerpunkten der quantitativen Befragung.

### 2.2 Übersicht über den Studienablauf

Einer Zufallsstichprobe, bestehend aus niedergelassenen Psychiater\*innen und Hausärzt\*innen in Berlin und Dresden, wurden im Januar und April 2018 die Studienunterlagen (Anschreiben, Studieninformation, Einverständniserklärung, Fragebogen) zugesendet und ein frankierter Rücksendeumschlag beigelegt. Nach Ablauf der Rücksendefrist wurde den angeschriebenen Ärzt\*Innen ein Erinnerungsschreiben mit der erneuten Bitte um Studienteilnahme zugeschickt. Die

Bereitschaft, zusätzlich an einem vertiefenden Einzelinterview teilzunehmen, konnte fakultativ angegeben werden.

Zehn Interviews wurden im Mai 2018 als Face-to-Face Interviews durchgeführt. Die Studienteilnehmenden erhielten keine Aufwandsentschädigung.

## **2.3 Quantitativer Studienteil**

### **2.3.1 Fragebogenentwicklung**

Der in dieser Studie verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an den *Fragebogen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin* (Bundespsychotherapeutenkammer Berlin, 2010 *dort in Anlehnung an* Mösko, Gil-Martinez, Schulz, 2010 und Gavranidou und Kahraman, 2004) und das Erhebungsinstrument IKÖ\_P1 zum *Stand interkultureller Öffnung psychosozialer Versorgungseinrichtungen* (Penka et al., 2012) erstellt. Eine erste Fassung des Fragebogens wurde von einer kleinen Gruppe von Ärzt\*innen pilotiert und anschließend überarbeitet.

Der finale Fragebogen beinhaltete 60 Items und bestand aus 10 Rubriken zu (1) demografische Angaben der Studienteilnehmenden; (2) Angaben zur ärztlichen Tätigkeit; (3) Angaben zur Praxis; (4) demografische Angaben über Patient\*innen mit Migrationshintergrund; (5) Angaben zur ärztlichen Betreuung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund; (6) Angaben zu Schwierigkeiten in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund; (7) Angaben zur Haltung gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund; (8) Einschätzung zur interkulturellen Kompetenz; (9) Fragen zu Teilnahme und Interesse an interkulturellen Fortbildungen; (10) Wünsche für die Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund. Manche Items beinhalteten die Möglichkeit von Freitexteingaben.

### **2.3.2 Operationalisierung *Migrationshintergrund***

Die aktuelle geltende Definition des Statistischen Bundesamtes lautet:

*„Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.*

*Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen:*

- 1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer;*
- 2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;*
- 3. (Spät-)Aussiedler;*
- 4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.“* (Statistisches Bundesamt, 2019b)

Davon abweichend wurde in bereits vorliegenden Studien zu *Interkultureller Öffnung* in Anlehnung an den Mikrozensus 2011 (Statistisches Bundesamt, 2013) eine abweichende Definition für *Migrationshintergrund* verwendet. Als Mensch mit Migrationshintergrund wurde demnach jede Person verstanden, die selbst in einem anderen Land als Deutschland geboren wurde und/oder die selbst in Deutschland geboren wurde, aber von der mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde und/oder die (auch) mit einer anderen Muttersprache als Deutsch aufgewachsen ist (Möske et al., 2012; Odening et al., 2013; Schenk et al., 2006).

Dem Fragebogen zugrunde liegt grundsätzlich die aktuelle Definition von *Migrationshintergrund* des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2019b). Diese wurde auf dem Fragebogen abgedruckt und diente der Erläuterung für die Studienteilnehmenden. Für die Auswertung des Anteiles der Studienteilnehmenden mit Migrationshintergrund wurde die zweite Definition von Migrationshintergrund verwendet, um einen Vergleich mit bisher in Deutschland durchgeführten Studien zu ermöglichen. Dafür wurden das Geburtsland und die Muttersprache der Studienteilnehmenden sowie das Geburtsland der Eltern der Studienteilnehmenden berücksichtigt.

### **2.3.3 Datenerhebung**

In die Studie eingeschlossen wurden niedergelassene Psychiater\*innen und Hausärzt\*innen in Berlin und Dresden. Die Ärzt\*innen wurden über die Ärztereister der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (<https://asu.kvs-sachsen.de/arztsuche/>) und Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (<https://www.kvberlin.de/60arztsuche/schnellsuche.html>) im November 2017 ermittelt. Zunächst wurden alle durch die Suchmaschinen gefundenen Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen in Berlin und Dresden je zwei Untergruppen zugeordnet: Die Hausärzt\*innen wurden je nach Adresse ihres Praxissitzes der Gruppe *Stadtteile mit hohem Migrant\*innenanteil* bzw. *Stadtteile mit niedrigem Migrant\*innenanteil* zugeordnet. Analog wurde mit den Psychiater\*innen verfahren.

Die Einteilung der Stadtteile erfolgte städtespezifisch auf Basis der Anteile von in Berlin bzw. Dresden lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. In Berlin lag der durchschnittliche Migrant\*innenanteil im Jahr 2016 bei 31,4% (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017, S.12). Berliner Ärzt\*innen, welche ihren Praxissitz in Stadtteilen hatten, in denen der Migrant\*innenanteil höher bzw. niedriger als 31,4% war, wurden der Gruppe *Ärzt\*innen mit Praxissitz in Stadtteilen mit hohem bzw. niedrigem Migrant\*innenanteil* zugeordnet. In Dresden wurde analog verfahren, wobei zur Gruppeneinteilung der dortige durchschnittliche Migrant\*innenanteil im Jahr 2016 von 10,6% verwendet wurde (Landeshauptstadt Dresden Kommunale Statistikstelle, 2016, S.72).

Befanden sich über 50 Ärzt\*innen in einer dieser Untergruppen (z.B. „Hausärzt\*innen Berlin – Praxissitz in Stadtteil mit hohem Migrant\*innenanteil“), wurden daraus zufällig 50 ausgewählt und angeschrieben. Befanden sich unter 50 Ärzt\*innen in einer Untergruppe (z.B. Psychiater\*innen Dresden – Praxissitz in Stadtteil mit niedrigem Migrant\*innenanteil), wurden alle Ärzt\*innen dieser Untergruppe angeschrieben. Insgesamt wurden 337 Ärzt\*innen die Studienunterlagen zugeschickt (Tabelle 1).

**Tabelle 1 Übersicht Bestimmung der Stichprobe**

	Ärzt*innen mit Praxissitz in Stadtteilen mit hohem Migrant*innenanteil	Ärzt*innen mit Praxissitz in Stadtteilen mit niedrigem Migrant*innenanteil	Gesamt
Hausärzt*innen Berlin	961	742	1703
• angeschrieben	• 50	• 50	• 100
Psychiat*innen Berlin	83	47	124
• angeschrieben	• 50	• 47	• 97
Hausärzt*innen Dresden	101	122	223
• angeschrieben	• 50	• 50	• 100
Psychiat*innen Dresden	22	18	40
• angeschrieben	• 22	• 18	• 40
Gesamt	1167	929	2090
• angeschrieben	• 172	• 165	• 337

### 2.3.4 Datenspeicherung

Die Daten der Befragung mittels Fragebogen wurden in das Statistikprogramm SPSS 25.0 eingegeben und anonymisiert gespeichert. Es erfolgte eine zweifache Eingabe der Ergebnisse und im Falle von abweichenden Resultaten ein erneuter Abgleich mit den Primärdaten.

Gemäß den Auflagen des Datenschutzes werden die codierten Daten sowie eine einzige Liste, durch welche ein Rückschluss auf die Identität der Studienteilnehmenden möglich ist, in einem abschließbaren Schrank der Studienleiterin, zu der nur sie einen Schlüssel hat, aufbewahrt.

### 2.3.5 Datenauswertung

Die Items des Fragebogens wurden inhaltlich sortiert und den Kategorien *Demografie*, *Patient\*innen mit Migrationshintergrund*, *Aspekte Interkulturelle Öffnung*, *Aspekte Interkulturelle Kompetenz*, *Fortbildungen*, *Wünsche und Bedürfnisse* zugeordnet und einer deskriptiven Einzelauswertung unterzogen. Für einzelne Items wurden Unterschiede der Subgruppen mittels logistischer Regressionsanalyse auf statistische Signifikanz überprüft.

In einem explorativen Ansatz wurde der Einfluss der Variablen Stadt, Fachrichtung, Geschlecht und Migrationshintergrund der Ärzt\*innen auf *Herausforderungen in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund* geprüft. Es wurde eine multiple logistische Regression mit allen dazugehörigen Zweiweginteraktionen berechnet und schrittweise ein Modell mittels *Akaike-Informationskriterium (AIC)* ausgewählt (Akaike, 1987). Dieses identifiziert ein Modell, das die maximale Varianz mit der kleinsten Anzahl von Variablen erklärt. Der kritische p-Wert für die gesamten Vergleiche wurde mittels FDR korrigiert (Benjamini & Hochberg, 1995). Da 12 Variablen getestet wurden, war der neue kritische Alphaswert auf 0,008 gesetzt.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Softwareprogramms SPSS Version 25.0 und R.

## **2.4 Qualitativer Studienteil**

### **2.4.1 Entwicklung des Interviewleitfadens**

Grundgerüst für die vertiefenden Einzelinterviews bildete ein Interview-Leitfaden. Ziel war es relevante Aspekte der Fragestellung zu vertiefen bzw. neue Aspekte aufzugreifen. Den Befragten wurden dazu zur differenzierten Darstellung ihrer Erfahrungen und Sichtweisen gebeten.

Nach einer ersten Auswertung der Fragebögen wurden vertiefende Themenschwerpunkte vor dem Hintergrund der Fragestellungen identifiziert. Der Fokus lag dabei auf den im Folgenden aufgeführten Schlüsselthemen, welche von einem vertiefenden Interview, in dem die Befragten eigene Akzente setzen und Haltungen zum Ausdruck bringen konnten, besonders profitierten. Anschließend wurden Fragen gesammelt, verdichtet und thematisch gruppiert. Der finale Interviewleitfaden umfasste sechs Fragen zu den Themenschwerpunkten (1) häufige Beratungsanlässe von Patient\*innen mit Migrationshintergrund, (2) Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund, (3) Umgang mit Schwierigkeiten, (4) Wünsche und Vorschläge (5) Fortbildungen (6) Anmerkungen.

#### **2.4.2 Rekrutierung von Interviewpartner\*innen**

Insgesamt gaben zwölf Ärzt\*innen in den Fragebögen an, sich für ein vertiefendes Interview zur Verfügung zu stellen und wurden per Mail kontaktiert. Mit sieben konnte ein Gesprächstermin vereinbart werden, weitere drei Ärzt\*innen wurden neu rekrutiert und im Nachhinein in die Studie eingeschlossen.

#### **2.4.3 Datenerhebung**

Die Gespräche mit je fünf Ärzt\*innen in Berlin und Dresden wurden als Einzelinterviews im Mai 2018 in deren Praxen durchgeführt. Vor Beginn der Interviews wurden die Studienteilnehmenden mündlich und schriftlich über die Studie informiert und nach ihrem Einverständnis für die Teilnahme gefragt. Die Teilnehmenden bestätigten ihr Einverständnis durch Unterschrift auf den vorbereiteten Einverständniserklärungen. Die Interviews wurden auf einem digitalen Tonträger aufgezeichnet. Während der Gespräche wurden parallel handschriftlich Notizen zu relevanten Gesprächspunkten und Beobachtungen zur non-verbalen Kommunikation festgehalten. Als Grundlage für die Interviews diente der Leitfaden, wobei auf die vom Interviewten angesprochenen Themen individuell eingegangen wurde. Alle Interviews wurden von der Autorin durchgeführt. Die Interviewdauer mit Berliner Ärzt\*innen betrug durchschnittlich 24 Minuten und mit Dresdner Ärzt\*innen durchschnittlich 17 Minuten.

Die aufgenommenen Gespräche wurden anonymisiert auf dem digitalen Tonträger gespeichert. Eine Zuordnung der aufgenommenen Gespräche zur Identität der Interviewten ist nur mithilfe einer Liste möglich, welche sich in einem verschlossenen Schrank bei der Studienleitung befindet.

#### **2.4.4 Datenauswertung**

##### **Transkription**

Um die Interviews systematisch auswerten zu können, wurden die Audiodateien in Schriftdokumente transkribiert. Gemäß den Standards der wissenschaftlichen Transkription wurde das Gesagte wortwörtlich niedergeschrieben. Gesprächspausen ab vier Sekunden wurden durch eine Zahl in Klammern, unvollständige Sätze mit einem Gedankenstrich kenntlich gemacht, Fremdgeräusche durch eckige Klammern versehen. Stellen, bei denen die transkribierende Person unsicher war, wurden in Klammern

eingefasst und mit einem Fragezeichen gekennzeichnet. Unverständliche Stellen wurden mit Zeitstempeln versehen. Die Transkription erfolgte nach dem vier-Augen-Prinzip.

Die anonymisierten Audiodateien wurden extern zur Transkription in Auftrag gegeben. Durch das Abspielen der Audiodateien und den Vergleich der fertigen Transkripte mit dem Gehörten durch die Autorin wurde die Qualität der Transkripte überprüft. Nach abgeschlossener Transkription wurden die Audioaufnahmen gelöscht.

### **Ablauf und Organisation der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse**

Das transkribierte Textmaterial wurde systematisiert, indem die für die Forschungsfrage relevanten Dateneinheiten dem sukzessiv gebildeten Categoriesystem zugeordnet und anschließend kategoriebasiert ausgewertet wurden. Dafür wurde der von Kuckartz (2012) vorgeschlagene Ablauf einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Analyse verwendet:

- Phase 1: Initiierende Textarbeit, Markieren wichtiger Textstellen und Schreiben von Memos
- Phase 2: Entwickeln von thematischen Hauptkategorien
- Phase 3: Erster Codierungsprozess: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien
- Phase 4: Zusammenstellen aller mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen
- Phase 5: Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material
- Phase 6: Zweiter Codierungsprozess: Codieren des kompletten Materials mit den ausdifferenzierten Kategorien
- Phase 7: Analyse: Fall- und themenbezogene Zusammenfassungen, kategoriebasierte Auswertung.

Die Hauptkategorien wurden mehrheitlich aus den Fragen des Interviewleitfadens gebildet und um Subkategorien ergänzt. Eine Darstellung dieser Hauptkategorien kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2 Hauptkategorien

Kategorie	Frage im Interviewleitfaden
<b>häufige Beratungsanlässe</b>	Was sind die Hauptprobleme der Patient*innen mit Migrationshintergrund, die zu Ihnen in die Praxis kommen?
<b>Herausforderungen</b>	Einige der von uns befragten Ärzt*innen gaben im Fragebogen an, dass sie Schwierigkeiten mit Patient*innen mit Migrationshintergrund erleben. Wie ist es in Ihrer Praxis?
<b>Aspekte interkultureller Öffnung und interkultureller Kompetenz</b>	Wie gehen Sie mit Schwierigkeiten um?
<b>Wünsche und Vorschläge</b>	Was sind Ihre Wünsche für eine verbesserte Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund?
<b>Fortbildung</b>	Wie könnte eine Fortbildung mit dem Schwerpunkt <i>interkulturelle Kompetenzschulung für Ärzt*innen</i> aussehen, an der Sie gerne teilnehmen würden?
<b>Offene Kategorie</b>	Gibt es irgendetwas, das in unserem Fragebogen bzw. in diesem Interview zu diesem Thema nicht berücksichtigt wurde, was jedoch nach Ihrer Erfahrung wichtig ist und Sie gerne noch sagen würden?

Um die Güte des Kodierungsprozesses zu erhöhen, wurde auf die *Intracoder-Reliabilität* (Kuckartz 2012, S.207) zurückgegriffen. Das komplette Material wurde von derselben Person (der Autorin der vorliegenden Arbeit) in zeitlichem Abstand wiederholt kodiert. Dabei ergaben sich wenige Abweichungen, welche zu einer kritischen Diskussion der entsprechenden Kategorie und zur Überarbeitung der Kategorie führten.

Die inhaltlich-strukturierende qualitative Analyse wurde mithilfe des Softwareprogramms für qualitative Datenanalyse MAXQDA 2018 realisiert.

## **Originalzitate**

Durch das Einfügen von Originalzitate der Interviewten sollen häufig genannte Aspekte illustriert sowie auf Interpretationen hinweisende Formulierungen oder Extremmeinungen dargestellt werden. Die Kennzeichnung der Zitate erfolgte durch einen Verschlüsselungscode, bestehend aus zwei Großbuchstaben und einer Zahl (zum Beispiel B-01-P). Dabei steht der erste Großbuchstabe für die Stadt (B für Berlin, D für Dresden), die Zahl nummeriert die Interviewten (1-10), der letzte Großbuchstabe kennzeichnet die Fachrichtung des Interviewten (P für Psychiater\*in, H für Hausarzt\*in).

## **2.5 Ethikvotum**

Für die vorliegende Studie wurde ein positives Votum durch die Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin erteilt (Antragsnummer EA4/097/17).

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung**

Es erfolgt zunächst eine Darstellung der Studienbeteiligung und eine demografische Beschreibung der Stichprobe. Es schließt sich die deskriptive inhaltsbasierte Einzelauswertung der Items anhand der Fragestellungen an:

- Beschreibung der in den Praxen behandelten Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund
- Aspekte *Interkultureller Öffnung*
- Aspekte *Interkultureller Kompetenz*
- Bedarf an Aus- und Fortbildungen zum interkulturellen Themenkomplex
- Wünsche der Befragten zu einer verbesserten Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund

Bei ausgewählten Items erfolgt eine vergleichende Analyse der Ergebnisse von folgenden Subgruppen:

- Vergleich der Ergebnisse von Berliner Befragten mit Dresdner Befragten
- Vergleich der Ergebnisse von Psychiater\*innen mit Hausärzt\*innen

#### **3.1.1 Studienbeteiligung**

Insgesamt beteiligten sich 88 Ärzt\*innen am quantitativen Studienteil. 85 Ärzt\*innen sendeten die Fragebögen ausgefüllt zurück, 3 weitere Ärzt\*innen wurden im Rahmen der qualitativen Interviews nachträglich eingeschlossen. Gemessen an insgesamt 337 angeschriebenen Ärzt\*innen lag die Rücklaufquote bei 25,2% (Tabelle 3).

**Tabelle 3 Beteiligung an der quantitativen Befragung**

Variable	Ausprägung	Responder		Non-Responder		Insgesamt	
		n	%	n	%	n	%
Stadt	Berlin	55	27,9	142	72,1	197	100
	Dresden	30	21,4	110	78,6	140	100
Fachrichtung	Psychiater*innen	49	35,8	88	64,2	137	100
	Hausärzt*innen	36	18,0	164	82,0	200	100
Geschlecht	männlich	38	30,6	86	69,4	124	100
	weiblich	47	22,1	166	77,9	213	100
Migrantenanteil	hoch	47	27,3	125	72,7	172	100
Praxisstandort	niedrig	38	23,0	127	77,0	165	100
Gesamt		85	25,2	252	74,8	337	100

### 3.1.2 Demografische Beschreibung der Stichprobe

Psychiater\*innen bildeten mit rund 55,7% (n=49) die knappe Mehrheit der Studienteilnehmenden. Berliner Ärzt\*innen (62,5%; n=55) waren häufiger vertreten als Dresdner Ärzt\*innen. Der Tabelle 4 sind weitere demografische Angaben zur Gesamtstichprobe zu entnehmen.

**Tabelle 4 Demografische Beschreibung der Gesamtstichprobe**

Variable	Ausprägung	Berlin	Dresden	Psychiater*	Hausärzte*	Gesamt
		(n=55)	(n=33)	(n=49)	(n=39)	(n=88)
		Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Geschlecht	männlich	36,4	51,5	42,9	41,0	42,0
	weiblich	63,6	48,5	57,1	59,0	58,0
Alter	bis 30	0	0	0	0	0
	31-40	3,6	15,2	4,1	12,8	8,0
	41-50	7,3	48,5	8,2	41,0	22,7
	51-60	60,0	21,2	53,1	35,9	45,5
	über 60	29,1	15,2	34,7	10,3	23,9
Migrationshintergrund	Ja	29,1	6,1	24,5	15,4	20,5
	Nein	70,9	93,9	75,5	84,6	79,5

\*gemeint sind in dieser Tabelle und in den folgenden Tabellen Psychiater\*innen bzw. Hausärzt\*innen

Für die Bestimmung des Migrationshintergrundes wurden das Geburtsland und die Muttersprache der Ärzt\*innen sowie das Geburtsland der Eltern berücksichtigt. In Berlin hatten die Befragten mit Migrationshintergrund Wurzeln in Österreich (n=3), Tschechien (n=3), Türkei (n=2), Polen, Russland, ehemalige UdSSR, Iran, Pakistan und Rumänien (je n=1); in Dresden in Ägypten und Russland (je n=1).

Deutliche Unterschiede der Teilstichproben konnten bezüglich des Alters sowie des Migrationshintergrundes festgestellt werden (vgl. Tabelle 5).

Unter Kontrolle der Variable *Fachrichtung* waren Berliner Ärzt\*innen signifikant älter (Alter >51 Jahre: n=49; 89,1%) und hatten häufiger einen Migrationshintergrund (n=16; 29,1%) als Dresdner Ärzt\*innen (Alter >51 Jahre: n= 12; 36,4%; Migrationshintergrund: n=2; 6,1%). Unter Kontrolle der Variable *Stadt* fiel im Vergleich der Fachrichtungen auf, dass teilnehmende Psychiater\*innen signifikant älter (Alter >51 Jahre: n= 43; 87,8%) waren als teilnehmende Hausärzt\*innen (Alter >51 Jahre: n=18; 46,2%).

**Tabelle 5 Logistische Regressionsanalyse. Demografische Beschreibung der Gesamtstichprobe**

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht	Stadt	-0,668	0,146	0,513	0,208	1,262
	Fachrichtung	0,215	0,634	1,240	0,511	3,088
Alter	Stadt	2,829	<0,001	16,927	4,612	62,127
	Fachrichtung	2,322	0,001	10,194	2,728	38,098
Migrations-hintergrund	Stadt	1,788	0,024	5,978	1,259	28,390
	Fachrichtung	0,320	0,582	1,377	0,442	4,290

### 3.1.3 Praxisstruktur

Der Tabelle 6 können Angaben der Befragten zur Praxisstruktur und ihrem Arbeitsverhältnis entnommen werden.

**Tabelle 6 Praxisstruktur und Arbeitsverhältnis**

Variable	Ausprägung	Berlin	Dresden	Psychiater	Hausärzte	Gesamt
		(n=55)	(n=33)	(n=49)	(n=39)	(n=88)
		Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Praxis	Gem.praxis*	23,6	42,4	26,5	35,9	30,7
	Einzelpraxis	74,5	57,6	71,4	64,1	68,2
	keine Angabe	1,8	0,0	2,0	0,0	1,1
Art Arbeitsverhältnis	selbstständig	92,7	72,7	89,8	79,5	85,2
	angestellt	7,3	27,3	10,2	20,5	14,8
Dauer Arbeitsverhältnis	bis 10 Jahre	27,3	63,6	30,6	53,8	40,9
	11-20 Jahre	49,1	18,2	53,1	17,9	37,5
	über 20 Jahre	23,6	18,2	16,3	28,2	21,6
Zusatz-qualifikationen	Ja	70,9	60,6	63,3	71,8	67,0
	Nein	25,5	39,4	34,7	25,6	30,7
	keine Angabe	3,6	0,0	2,0	2,6	2,3

\*Gem.praxis = Gemeinschaftspraxis

Die Teilstichproben unterschieden sich bezüglich Art und Dauer des Arbeitsverhältnisses sowie der Anzahl der behandelten Patient\*innen pro Quartal. Mittels logistischer Regressionsanalyse unter Kontrolle der Variable *Fachrichtung* (vgl. Tabelle 7) konnte festgestellt werden, dass Berliner Befragte signifikant häufiger in einem selbstständigen Arbeitsverhältnis arbeiteten (n=51; 92,7%) und im Schnitt deutlich länger in ihrem derzeitigen Arbeitsverhältnis beschäftigt waren (> 20 Jahre: n=13; 23,6%) als Dresdner Studienteilnehmende (selbstständiges Arbeitsverhältnis: n=24; 72,7%; Arbeitsverhältnis > 20 Jahre: n=6; 18,2%).

**Tabelle 7 Logistische Regressionsanalyse. Praxisstruktur**

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Art Praxis	Stadt	0,792	0,101	2,208	0,856	5,700
	Fachrichtung	0,262	0,587	1,299	0,506	3,339
Art Arbeitsverhältnis	Stadt	1,461	0,027	4,309	1,180	15,736
	Fachrichtung	0,557	0,388	1,745	0,494	6,167
Dauer Arbeitsverhältnis	Stadt	1,426	0,003	4,161	1,620	10,688
	Fachrichtung	0,775	0,102	2,170	0,857	5,494

Insgesamt 80 (90,9%) Studienteilnehmende kamen der Aufforderung nach, die Anzahl der von ihnen im letzten abgeschlossenen Quartal behandelten Patient\*innen zu schätzen. Die Spannweite der Schätzungen war sehr groß, so reichte die Anzahl der behandelten Patient\*innen bei Hausärzt\*innen von 16 bis 3200 und bei Psychiater\*innen von 18 und 1350. Insbesondere bei Psychiater\*innen zeigte sich ein heterogenes Bild in der Häufigkeitsverteilung der Patientenzahlen. So schätzten jeweils 18 der 45 Psychiater\*innen (40%) bis zu 200 bzw. mehr als 800 Patient\*innen im letzten Quartal behandelt zu haben.

### 3.1.4 Charakterisierung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund durch die Studienteilnehmenden

#### Schwerpunktländer

Abbildung 1 zeigt den Anteil der Ärzt\*innen mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal, welche ein Schwerpunktland ihrer Patient\*Innen ausmachen konnte. Die in Berlin am häufigsten genannten Schwerpunktländer waren die Türkei (n=13; 48,1%) und Syrien (n=4; 14,8%). In Dresden wurde als Schwerpunktland mehrfach Syrien genannt (n=7; 63,6%), gefolgt von Russland und Vietnam (je n=2; 18,1%).

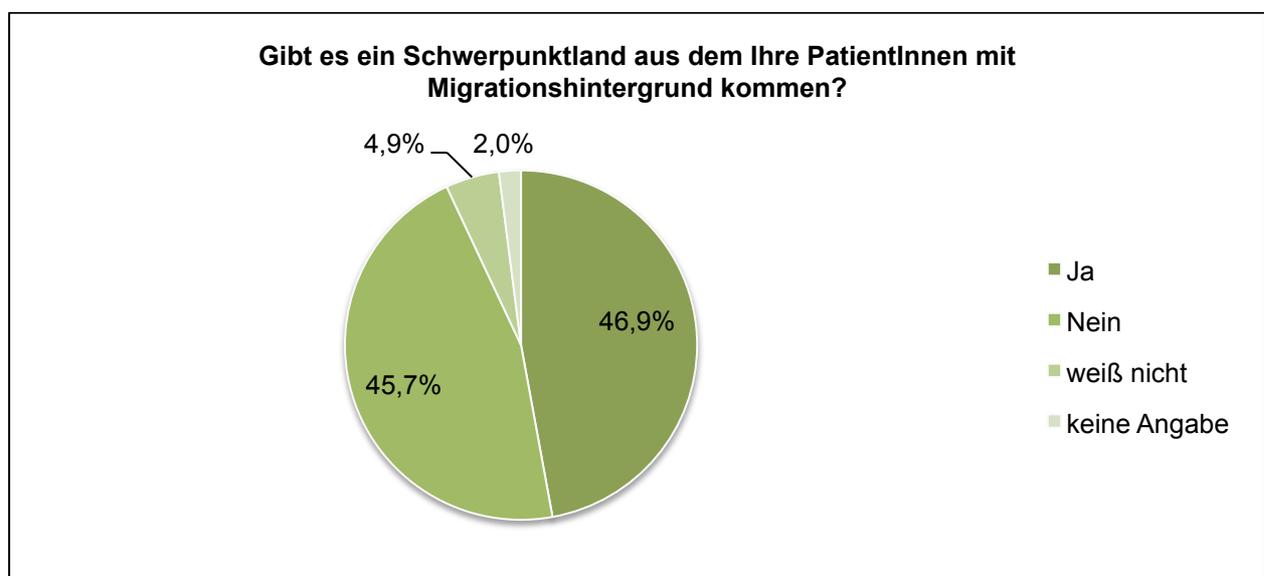


Abbildung 1 Schwerpunktland der Patient\*innen mit Migrationshintergrund (n=81)

#### Sprachkenntnisse der Patient\*innen mit Migrationshintergrund

Die Mehrheit der Befragten (82,7%; n=67) gab Fremdsprachen an, die im letzten Quartal für die Kommunikation notwendig waren. Die am häufigsten für die Behandlung erforderlichen Fremdsprachen waren in beiden Städten Englisch (Berlin: n=32; 80%; Dresden: n=25; 92,6%) und Arabisch (Berlin: 37,5%; n=15; Dresden: 55,6%; n=15). An dritter Stelle wurde in Berlin Türkisch (30%; n=12) und in Dresden Russisch (29,6%; n=8) genannt. Weniger als jeder Fünfte gab an (n=14; 17,3%), es sei für die Kommunikation keine Sprache außer Deutsch erforderlich.

### 3.1.5 Herausforderungen in der Behandlung

Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen zu behandeln, fiel der großen Mehrheit schwer: 90% (n=79) stimmten dem „völlig“ bzw. „eher“ zu.

Weitere Herausforderungen können Abbildung 2 entnommen werden.

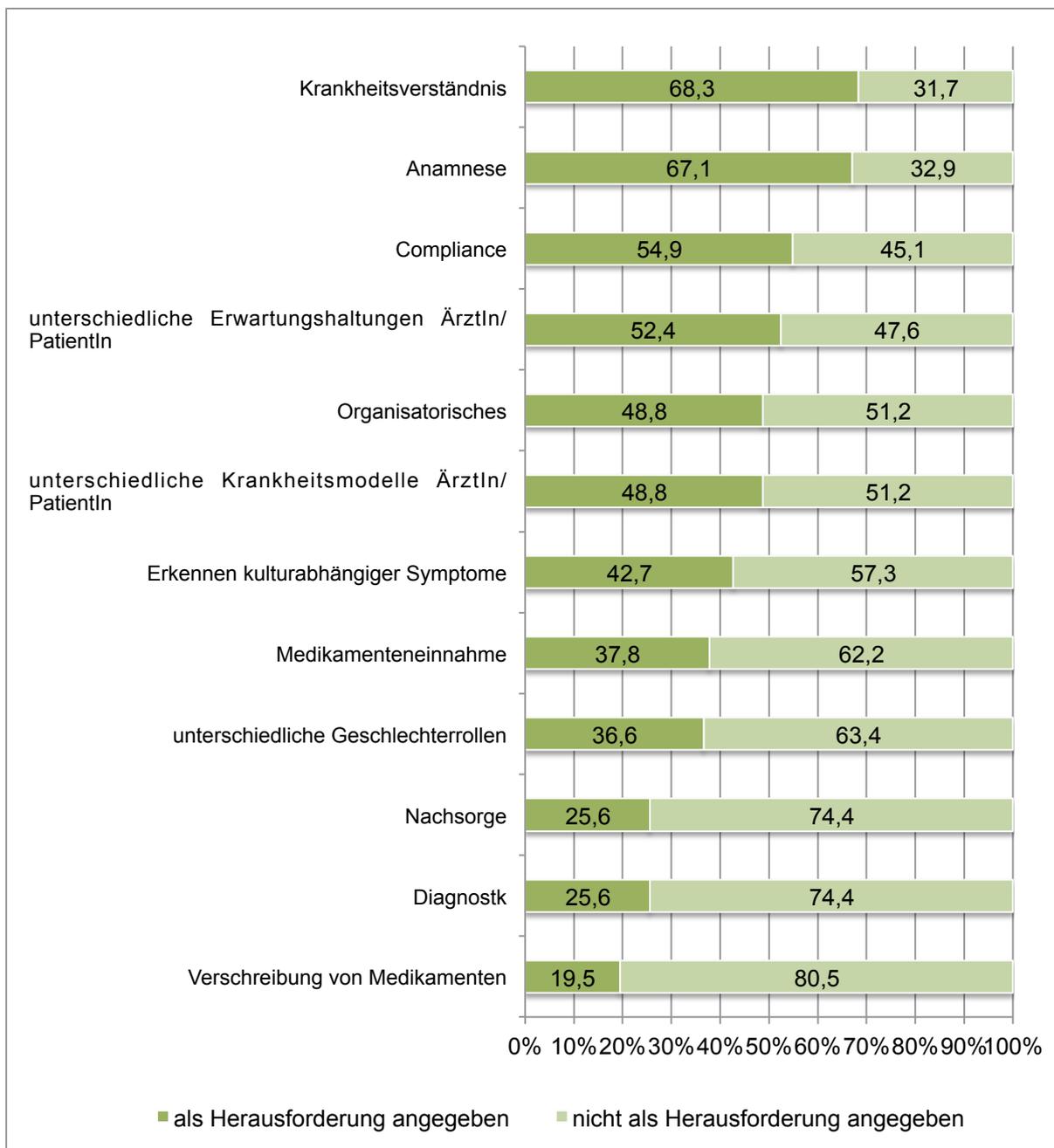


Abbildung 2 Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund (n=82)

Nach FDR-Korrektur stellten *Anamnese* und *Compliance* für signifikant mehr Hausärzt\*innen als für Psychiater\*innen eine Herausforderung dar (*Anamnese*: Hausärzt\*innen: 74,4%; n=29; Psychiater\*innen: 53,1%; n=26; df=1;  $\chi^2=7,227$ ; p=0,007;

OR=3,9; *Compliance*: Hausärzt\*innen: 66,7%; n=26; Psychiater\*innen: 38,8%; n=19; df=1;  $\chi^2 = 9,57$ ; p=0,007; OR=4,26).

Rund 66% (n=58) diskutierten mit anderen über Probleme mit ihren Patient\*innen mit Migrationshintergrund, knapp 23% (n=20) taten dies „eher nicht“ oder „gar nicht“.

### 3.1.6 Aspekte *Interkultureller Öffnung*

Folgende Aspekte *Interkultureller Öffnung* wurden mithilfe des Fragebogens exploriert: (1) Repräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen, (2) Zuweisungswege und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund, (3) Sprachkompetenz Praxispersonal, (4) Kommunikationsstrategien mit Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen, (5) Zusammenarbeit mit und Einstellung gegenüber professionellen Dolmetschenden, (6) fremdsprachige Informationsmaterialien, (7) kulturelle Diversität des Praxispersonals (8) Vernetzung mit migrantenspezifischen Einrichtungen, (9) interkulturelle Kontakte der Behandelnden.

### Repräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen

Tabelle 8 zeigt den Anteil der Ärzt\*innen, welche im letzten Quartal Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelt hatte.

**Tabelle 8 Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal (n=88)**

<i>Waren im letzten Quartal Patient*innen mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis in Behandlung?</i>	Berlin (n=55)	Dresden (n=33)	Psychiater (n=49)	Hausärzte (n=39)	Gesamt (n=88)
Ausprägung	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Ja	94,5	84,8	91,8	89,7	90,9
Nein	5,5	12,1	8,2	7,7	8,0
keine Angabe	0,0	3,0	0,0	2,6	1,1

Die Gruppe der Ärzt\*innen, welche angegeben hatte, im letzten Quartal Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelt zu haben wurde detaillierter zu dieser Patientengruppe befragt (n=81): Die Mehrheit (77,7%; n=63) gab an, maximal ein Viertel ihrer im letzten Quartal behandelten Patient\*innen habe einen

Migrationshintergrund gehabt. Von vier Berliner Ärzt\*innen (7,7%, n=4) hatte mehr als die Hälfte der Patient\*innen im letzten abgeschlossenen Quartal einen Migrationshintergrund.

Die untersuchten Teilstichproben hatten in überwiegender Mehrheit im letzten Quartal Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelt (Berliner Ärzt\*innen: n= 52; 94,5% Dresdner Ärzt\*innen: n=28; 84,8%. Psychiater\*innen: n=45; 91,8%; Hausärzt\*innen n=35; 89,7%). Der Unterschied im Stadtvergleich wurde mittels logistischer Regressionsanalyse unter Kontrolle der Variable *Fachrichtung* untersucht und war nicht signifikant (vgl. Tabelle 9). Ebenso wenig war der Unterschied im Fachrichtungsvergleich unter Kontrolle der Variable *Stadt* signifikant.

Die Mehrheit der Ärzt\*innen mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund hatte auch Asylsuchende im letzten Quartal behandelt. Ungefähr jeder fünfte Befragte (19,8%; n=16) gab hingegen an, im letzten Quartal keine Asylsuchenden behandelt zu haben.

**Tabelle 9** Logistische Regressionsanalyse. Repräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Patient*innen mit MH*	Stadt	0,952	0,243	2,591	0,523	12,836
	Fachrichtung	-0,227	0,782	0,797	0,160	3,977

\*MH=Migrationshintergrund

### **Zuweisungswege und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Ärzt\*innen, welche angegeben hatten, Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal behandelt zu haben (n=81), wurden über Zuweisungswege dieser Patient\*innen befragt (vgl. Abbildung 3).

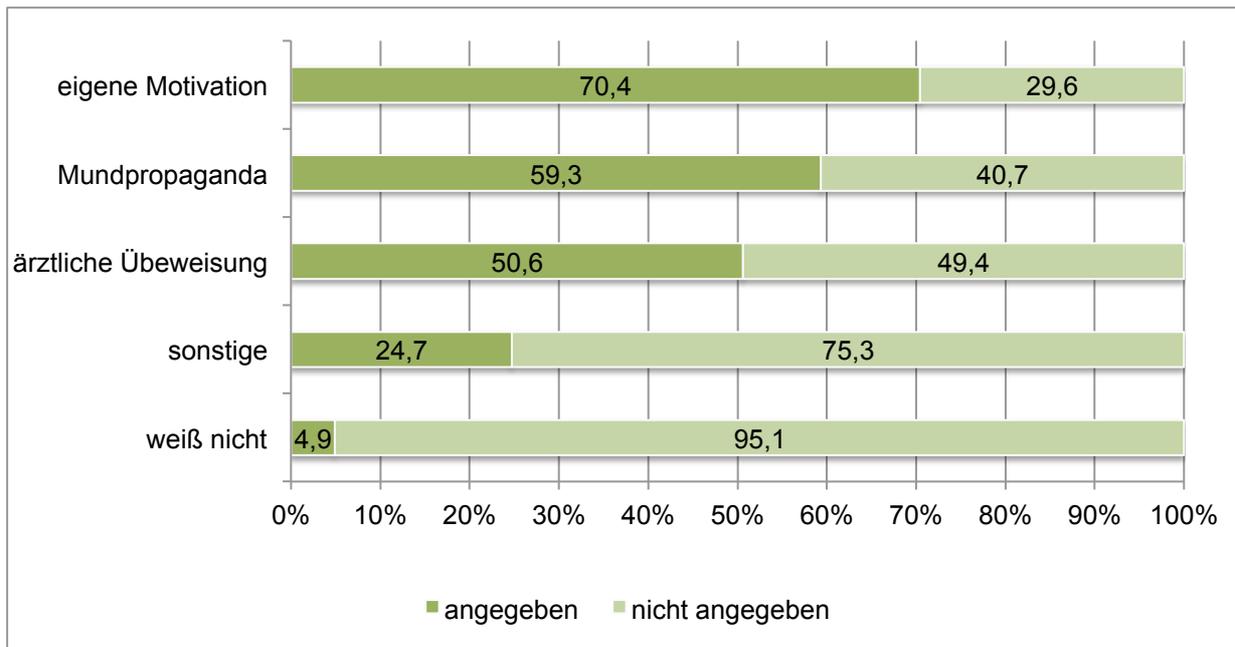


Abbildung 3 Zuweisungswege von Patient\*innen mit Migrationshintergrund (n=81)

Unter „sonstige Zugangswege“ wurde mehrfach *migrantennahe Institutionen* (n=5), *Unterkünfte bzw. Betreuende von Geflüchteten* (n=5), das *Internet* (n=4) und die *Kassenärztliche Vereinigung* (n=2) genannt.

Rund 15% (n=13) der Befragten gaben an, dass es medizinische Leistungen gebe, welche von Patient\*innen mit Migrationshintergrund weniger in Anspruch genommen würde als von anderen Patient\*innen. Diese Ärzt\*innen wurden gebeten anzugeben, um welche Leistungen es sich dabei handelte. Mehrfach wurden die Bereiche *Vorsorge* (n=3), *Psychotherapie*, *homöopathische Behandlung* und *körperliche Untersuchung* (je n=2) angegeben.

### Sprachkompetenzen des Praxispersonal

Die Befragten wurden zur eigenen Sprachkompetenz sowie der Sprachkompetenz von Mitarbeitenden (Ärzt\*innen, medizinische Fachangestellte und/oder Studierende) befragt (vgl. Tabelle 10).

**Tabelle 10 Sprachkompetenz der Studienteilnehmenden und des Praxispersonals**

Variable	Ausprägung	Berlin	Dresden	Psychiater	Hausärzte	Gesamt
		(n=55)	(n=33)	(n=49)	(n=39)	(n=88)
		Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Muttersprache Studienteilnehmende	Deutsch	90,9	97,0	91,8	94,9	93,2
	andere	5,5	3,0	6,1	2,6	4,5
	Deutsch und andere	3,6	0,0	2,0	2,6	2,3
Fremdsprachkompetenz Studienteilnehmende	vorhanden	94,5	93,9	93,9	94,9	94,3
Fremdsprachkompetenz Mitarbeitende	vorhanden	43,6	75,8	42,9	71,8	55,7

Als Muttersprache außer Deutsch genannt wurden in Berlin Türkisch (n=2), Russisch, Farsi und Englisch (je n=1), in Dresden Russisch (n=1).

Die häufigsten von den Berliner Ärzt\*innen gesprochenen Sprachen waren Englisch (n=50; 96,1%), Französisch (n=12; 23,1%) und Spanisch (n=5; 9,6%). In Dresden gaben die Ärzt\*innen am häufigsten an Englisch (n=30; 96,8%), Französisch (n=5; 16,1%) und Russisch (n=5; 16,1%) zu sprechen.

Die mehrfach angegebenen Sprachen in der Gruppe der medizinischen Fachangestellten (n=42) waren in Berlin Englisch (n=14; 66,6%), Türkisch (n=9; 42,9%) und Russisch (n=6; 28,6%), und in Dresden Englisch (n=12; 57,1%).

### **Kommunikationsstrategien mit Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen**

Diejenigen, welche angegeben hatten, Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal behandelt zu haben (n=81), wurden zu Kommunikationsstrategien mit ihren Patient\*innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen befragt.

Insgesamt gab weniger als ein Viertel (n=18; 22%) an, die Deutschkenntnisse ihrer Patient\*innen seien für eine Konsultation ausreichend.

Bei Sprachbarrieren wurde am häufigsten angegeben sich *mithilfe eigener Sprachkenntnisse* (n=56; 69,1%), *mithilfe volljähriger Familienmitglieder und/oder Freund\*innen* ihrer Patient\*innen (n=55; 67,9%) oder *mithilfe non-verbaler Kommunikation* (n=46; 56,7%) zu verständigen. Knapp die Hälfte der Befragten (n=39; 48,1%) verständigte sich *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder und/oder Freund\*innen* ihrer Patient\*innen. *Mithilfe professioneller Dolmetschenden* zu arbeiten, gab bis zu über einem Viertel der Befragten (n=23; 28,3%) an. Der meist genannte Grund, nicht mit professionell Dolmetschenden zu arbeiten, war *zu großer organisatorischer Aufwand unabhängig von der Kostenübernahme* (35,8%; n=29)

Zwei der aufgeführten Strategien bei Kommunikationsproblemen wurden von Hausärzt\*innen signifikant häufiger angegeben als von Psychiater\*innen. Hausärzt\*innen verständigten sich signifikant häufiger *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder und/oder Freunde* (69,4%; n=25) als Psychiater\*innen (31,1%; n=14;  $\beta=1,669$ ; OR=5,306; p=0,027) sowie *mithilfe Praxispersonal* (Psychiater\*innen: 8,9%; n= 4; Hausärzt\*innen; 30,6%; n=11;  $\beta=1,667$ ; OR=5,295; p=0,012). Mit *professionellen Dolmetschenden* arbeiteten bis zu 28,3% (n=23) zusammen.

### Fremdsprachiges Informationsmaterial

Der Anteil der Befragten, welche Informationsmaterialien in Fremdsprachen in ihrer Praxis hatten, ist in Tabelle 11 dargestellt.

**Tabelle 11 Fremdsprachiges Informationsmaterial**

	Berlin (n=52)	Dresden (n=29)	Psychiater (n=45)	Hausärzte (n=36)	Gesamt (n=81)
Ausprägung	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
fremdsprachiges Informationsmaterial vorhanden	40,4	41,4	42,2	38,9	40,7

Berliner Befragte hatten Informationsmaterial in folgenden Fremdsprachen: Türkisch (61,9%; n=13), Englisch (38,0%; n=8), Russisch und Arabisch (je 28,5%; n=6). Dresdner Befragte (n=12) hatten Informationsmaterial in Englisch (75%; n=9), Arabisch (41,6%; n=5) und Russisch (33,3%; n=4).

### Kulturelle Diversität des Praxispersonals

Ein Viertel aller Befragten (25%; n=22) gab an, aktuell Mitarbeitende mit Migrationshintergrund in ihrer Praxis zu haben. Innerhalb dieser Gruppe hatten zwei Drittel (68,2% n=15) medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund, die Hälfte hatte ärztliche Mitarbeitende mit Migrationshintergrund (n=11; 50%). In Berlin wurden insgesamt 14 verschiedene Herkunftsländer von Mitarbeitenden genannt, darunter mehrfach die Türkei (66,6% n=10) und Russland (16,6%; n=2). In Dresden wurden 5 verschiedene Herkunftsländer genannt (Südkorea, Slowakei, Syrien, Russland, Irak je 14,2%; n=1).

### Vernetzung mit migrantenspezifischen Einrichtungen

Diejenigen Ärzt\*innen, welche Patient\*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal behandelt hatten, wurden zu Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen befragt (vgl. Abbildung 4).

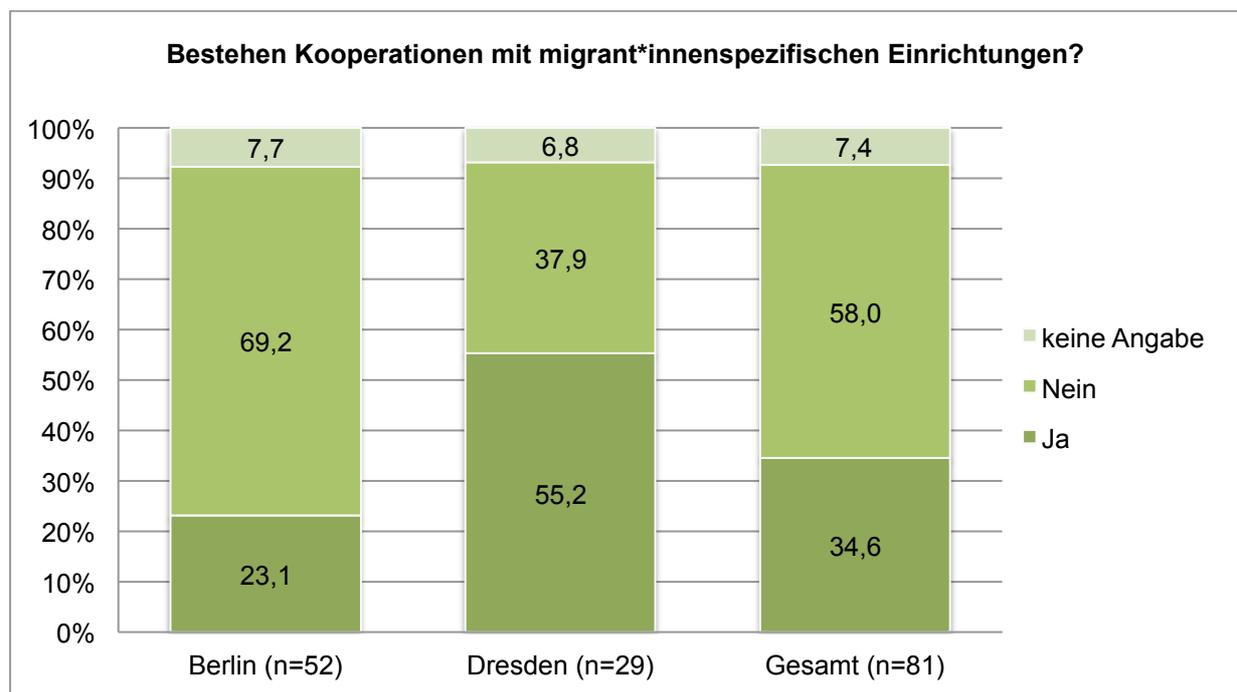


Abbildung 4 Kooperationen mit migrant\*innenspezifischen Einrichtungen

Eine logistische Regressionsanalyse unter Kontrolle der Variable *Fachrichtung* (vgl. Tabelle 12) ergab, dass in Dresden von signifikant mehr Ärzt\*innen (n=15; 55,2%)

angeben wurde, mit migrantenspezifischen Einrichtungen zusammen zu arbeiten als in Berlin (n=12; 23,1%).

**Tabelle 12 Logistische Regressionsanalyse. Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen**

	Regressions- koeffizient $\beta$	Standard- fehler	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Stadt	1,818	0,591	0,002	6,158	1,933	19,615
Fachrichtung	-0,887	0,593	0,135	0,412	0,129	1,316

Von Berliner Befragten mehrfach angegeben wurde eine Zusammenarbeit mit dem *Behandlungszentrum für Folteropfer* (umbenannt in *Zentrum Überleben gGmbH*) (n=2; 16,6%) und das *XENION - psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.* (n=3; 25%). In Dresden wurde am häufigsten (n=12; 75%) die „*Flüchtlingsambulanz*“ des Universitätsklinikum Dresden (offiziell: *Internationale Praxis Dresden*) angegeben.

### **Interkulturelle Begegnungen von Ärzt\*innen**

Die Studienteilnehmenden wurden zu interkulturellen Begegnungen befragt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 dargestellt.

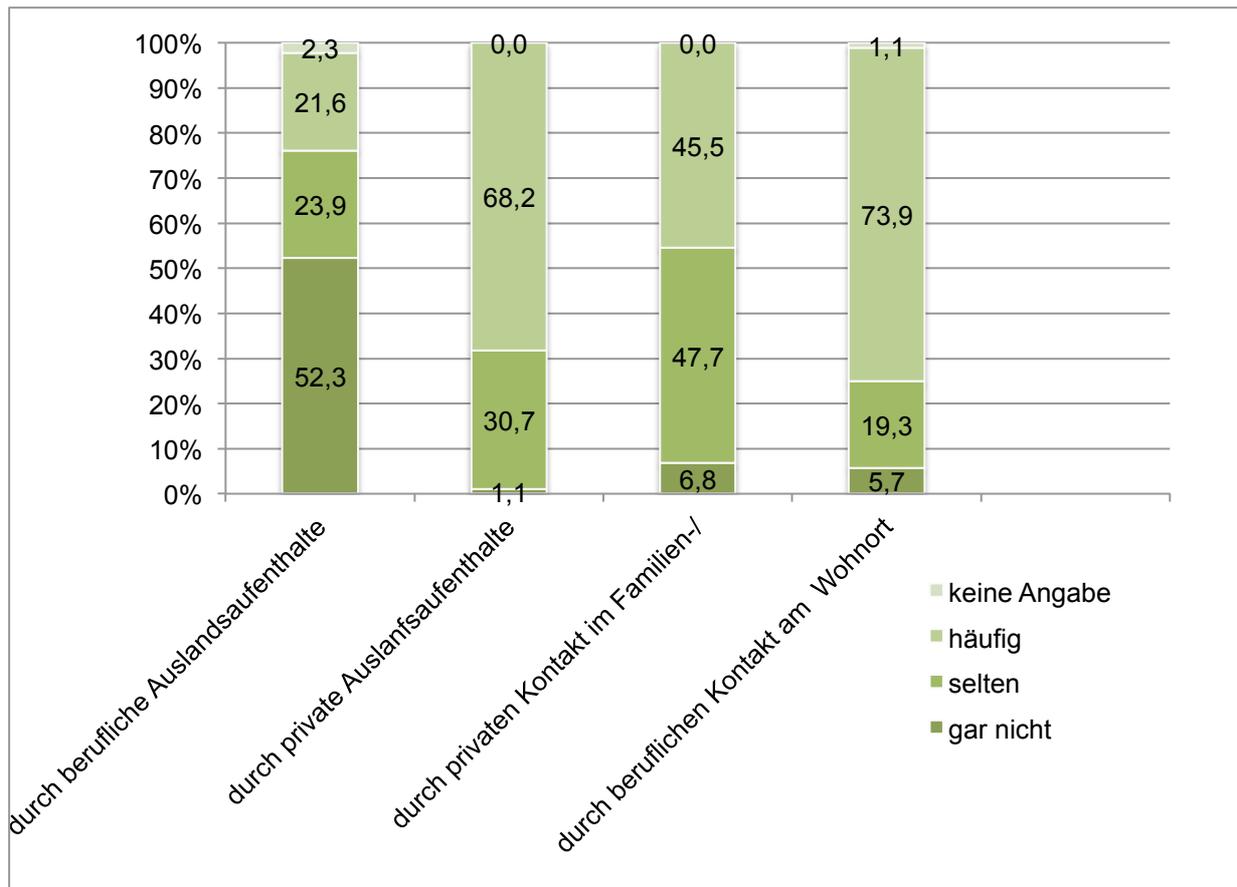


Abbildung 5 Interkulturelle Kontakte der Ärzt\*innen (n=88)

### 3.1.7 Aspekte interkultureller Kompetenz

Im folgenden Kapitel werden einige Aspekte interkultureller Kompetenz beleuchtet sowie die Einschätzungen der Studienteilnehmenden zur eigenen interkulturellen Kompetenz und der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeitenden dargestellt.

#### Aspekte interkulturellen Wissens

Insgesamt gaben zwei Drittel (66%; n=58) der Befragten an, die Migrationsgründe ihrer Patient\*innen mit Migrationshintergrund zu kennen. Annähernd ebenso vielen (64,7%; n=57) waren kulturspezifische Erklärungsmodelle von Krankheiten bekannt.

Im Vergleich der Teilstichproben zeigten sich hierbei Unterschiede zwischen den Fachrichtungen: Psychiater\*innen gaben häufiger an, Wissen über kulturspezifische Erklärungsmodelle zu haben (Psychiater\*innen: 77,6%; n=38; Hausarzt\*innen: 48,7%; n=19). Dieser Unterschied war signifikant (vgl. Tabelle 13).

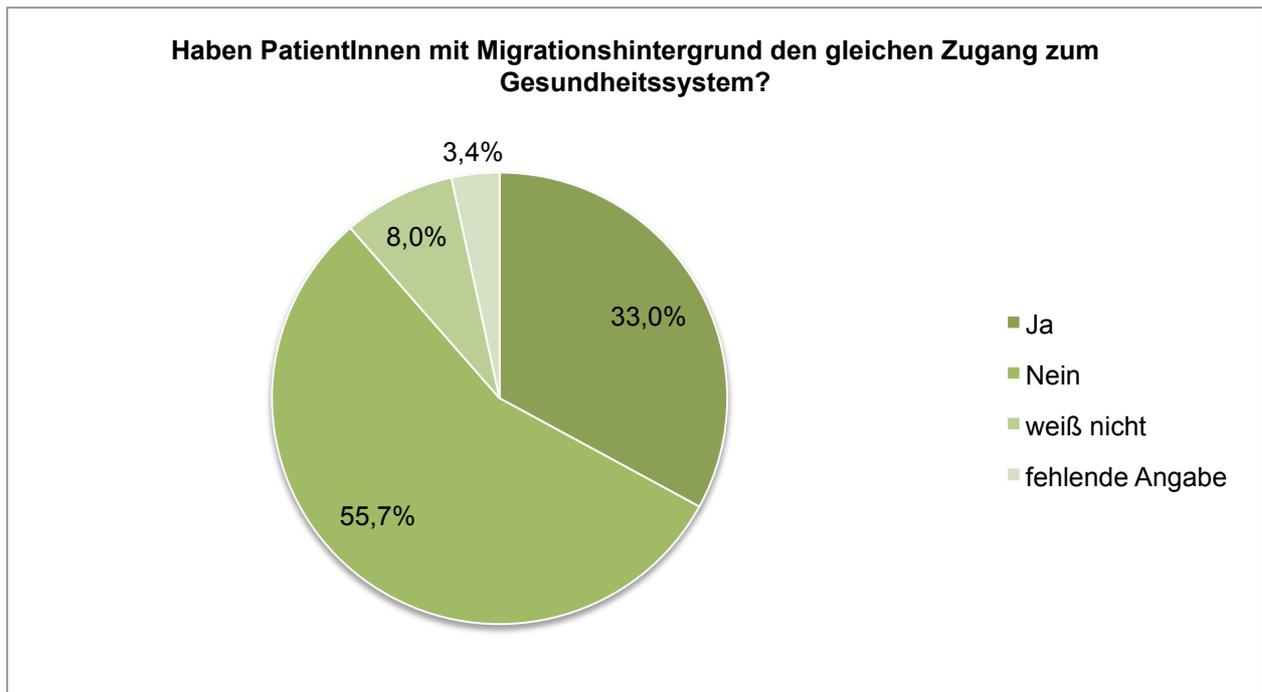
**Tabelle 13 Logistische Regressionsanalyse. Interkulturelles Wissen**

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
kulturspezifische	Stadt	0,564	0,248	1,758	0,675	4,583
Erklärungsmodelle bekannt	Fachrichtung	1,296	0,008	3,655	1,410	9,476

Mit kultursensiblen Anamnesebögen waren die meisten Befragten (89,8%; n=79) nicht vertraut. Keiner der Ärzt\*innen gab an, kultursensible Anamnesebögen zu nutzen.

Dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund auf Psychopharmaka anders reagieren können als Patient\*innen ohne Migrationshintergrund glaubten (eher) 68,2% (n=60) aller Befragten. 88,7% (n=78) stimmten (eher) zu, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund möglicherweise religiösen Geboten folgen, die bei der Therapie beachtet werden müssen.

Einschätzungen der Befragten zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Patient\*innen mit Migrationshintergrund sind in Abbildung 6 aufgeführt.



**Abbildung 6 Zugangsbarrieren für Patient\*innen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem (n=88)**

Diejenigen Befragten, welche angegeben hatten, dass Zugangsbarrieren für Patient\*innen mit Migrationshintergrund bestünden (n=49), wurden gebeten die von ihnen vermuteten Gründe dafür anzugeben. Aus den Angaben der Ärzt\*innen wurden Kategorien gebildet, denen die Antworten zugeordnet wurden. Die Kategorien nach Häufigkeiten sind in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14 Gründe für Zugangsbarrieren für Patient\*innen mit Migrationshintergrund (n=49)**

Gründe für Zugangsbarrieren	Anzahl Nennungen		
	Gesamt	Berlin	Dresden
Sprachbarriere	30	19	11
Ablehnung / Vorbehalte	10	3	7
formal-organisatorische Hürden	7	3	4
mangelnde Kenntnisse des Gesundheitswesens	5	3	2
kulturelle Differenzen	3	2	1
fehlende Anpassung der Patient*innen / Erwartungshaltung	3	1	2
Angst / Hemmungen der Patient*innen	3	2	1
Unsicherheiten der Ärzt*innen	2	1	1

## Aspekte interkultureller Haltung

73,8% (n=65) fühlten sich (eher) wohl, wenn ihr(e) Patient\*innen einen anderen kulturellen Hintergrund hatte. Die meisten Befragten (85,2%; n=75) zeigten sich zuversichtlich, den kulturellen Hintergrund ihrer Patient\*innen besser verstehen lernen zu können. Jedoch hielten es 21,6% (n=19) für (eher) wichtig, dass Ärzt\*in und Patient\*in denselben kulturellen Hintergrund haben und 22,7% (n=20) glaubten, dass interkulturelle Kompetenz nicht notwendig sei, wenn sie Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelten.

Abbildung 7 zeigt den Anteil derjenigen Befragten, welche schon einmal eine Behandlung aus sprachlichen oder kulturellen Gründen abgebrochen hatten.

Als Gründe für den Abbruch der Behandlung aus kulturellen Gründen wurde respektloses/aggressives Verhalten/Beleidigung (n=3), Erwartungshaltung (n=1), nicht befolgen ärztlicher Anordnungen (n=1) und mangelnde Deutschkenntnisse (n=1) genannt.

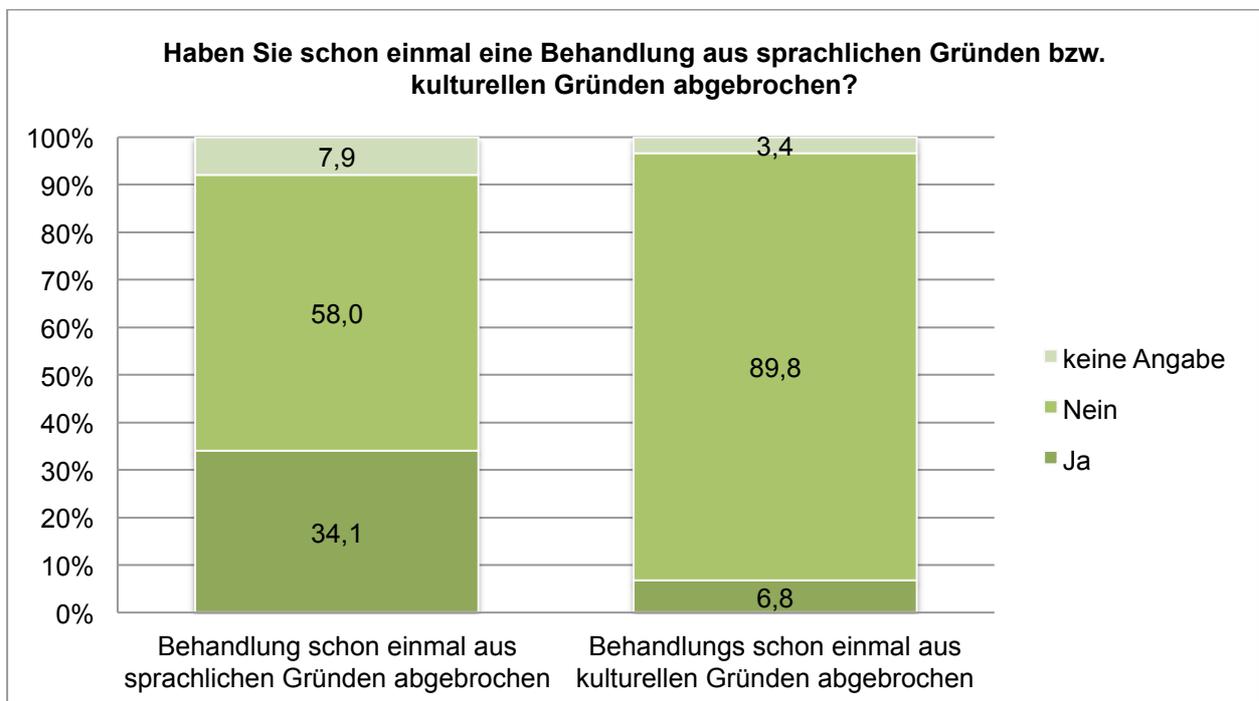


Abbildung 7 Behandlungsabbrüche (n=88)

## Vertrautheit befragter Ärzt\*innen mit dem Konzept *Interkulturelle Kompetenz*

Die Vertrautheit der Befragten mit dem Konzept der interkulturellen Kompetenz zeigt Abbildung 8.

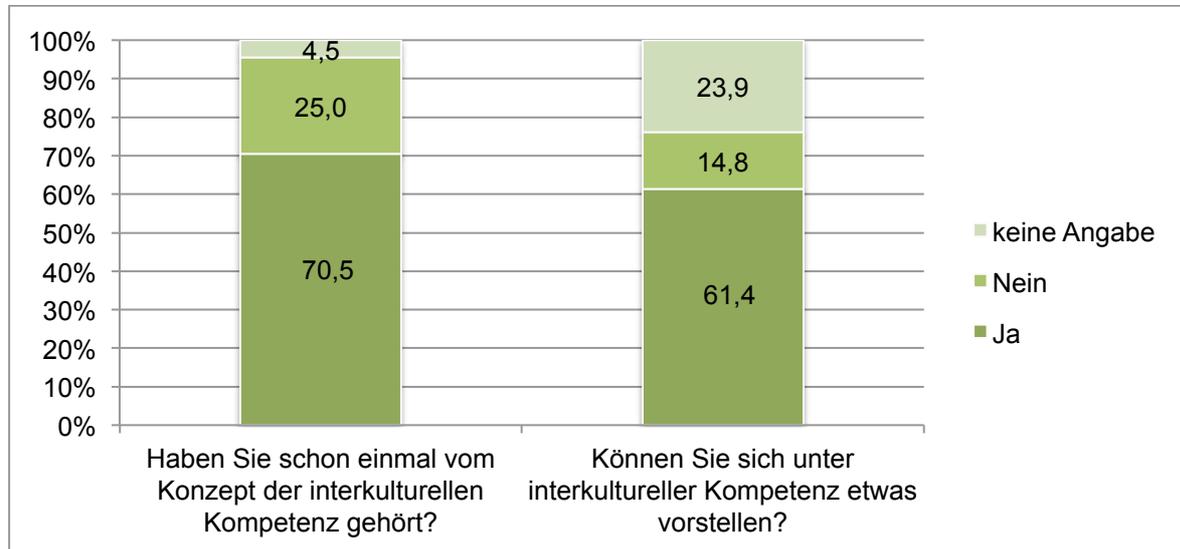


Abbildung 8 Vertrautheit mit dem Konzept interkulturelle Kompetenz (n=88)

Im Vergleich der Teilstichproben fiel auf, dass Psychiater\*innen (n=40; 81,8%) häufiger angegeben hatten, vom Konzept der *Interkulturellen Kompetenz* schon einmal gehört zu haben, als Hausärzt\*innen (n=22; 57,9%). Der Unterschied zeigte sich unter Kontrolle der Variable *Stadt* signifikant (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Logistische Regressionsanalyse. Vertrautheit mit dem Konzept *Interkulturelle Kompetenz*

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
vom Konzept interkulturelle Kompetenz gehört	Stadt	-0,206	0,711	0,814	0,274	2,414
	Fachrichtung	1,404	0,010	4,070	1,403	11,812

Über die Hälfte aller Befragten gab an, zur Interkulturellen Kompetenz gehöre *Offenheit und Neugier gegenüber anderen Kulturen* (76,1%; n= 67), *Empathie für Menschen mit anderem kulturellem Hintergrund* (76,1%; n=67), *Wissen um kulturspezifisches*

*Krankheitsverständnis* (73,9%; n=65) und das *Erkennen von kulturspezifischen Symptomen* (71,6%; n=63). Die *Arbeit nur mit qualifizierten Dolmetschenden* zählte nur eine Minderheit der ÄrztInnen (6,8%; n=6) zur interkulturellen Kompetenz.

Die Befragten hatten ferner die Möglichkeit in Freitextitems zu beschreiben, was für sie eine interkulturell kompetente Behandlung ausmache bzw. interkulturelle Kompetenz beinhalte. Insgesamt 77,3% (n=68) machten dazu Angaben. Die Aussagen der Ärzt\*innen wurden Kategorien zugeordnet, welche in Tabelle 16 dargestellt sind.

**Tabelle 16 Bestandteile Interkultureller Kompetenz**

Kategorie	Anzahl Nennungen				
	Gesamt	Berlin	Dresden	Psychiater	Hausärzte
Empathie, Offenheit, Neugier, Toleranz, Verständnis, positive Einstellung gegenüber Patient*innen mit Migrationshintergrund	39	28	11	21	18
Länder- und kulturspezifisches Wissen, Erkennen kulturspezifischer Differenzen	38	25	13	31	7
Interkulturelle Differenzen in Krankheitskonzepten und –vorstellungen beachten	15	8	7	10	5
Sprachliche Verständigung gewährleisten (durch Übersetzer, Fremdsprachen, langsames Sprechen)	13	6	7	7	6
Patient*in wird adressiert (Integration)	8	4	4	2	6
Sich informieren / fortbilden zu interkulturellen Themen	6	4	2	5	1
Interkulturelle Begegnungen	5	5	0	3	2
Selbstreflexion	4	4	0	3	1
Zeit investieren	3	2	1	1	2
Zusammenarbeit mit anderen Fächern / Einrichtungen / Angeboten	2	2	0	2	0
Medizinisch professionelle Behandlung	1	1	0	1	0

### **Einschätzung zu eigener interkultureller Kompetenz und interkultureller Kompetenz der Mitarbeitenden**

Diejenigen Studienteilnehmenden, welche angegeben hatten, sich unter dem Konzept der interkulturellen Kompetenz etwas vorstellen zu können (n=54), wurden zur

Selbsteinschätzung ihrer interkulturelle Kompetenz befragt: die Mehrheit diese Gruppe hielt sich für (eher) interkulturell kompetent (n=42; 77,8%).

Ferner wurden alle Studienteilnehmenden gebeten, die Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden sich auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund einzulassen, einzuschätzen (vgl. Abbildung 9). Diejenigen, welche diese Bereitschaft als gering einschätzten („eher nicht vorhanden“ bzw. „nicht vorhanden“), wurden gebeten, ihre vermuteten Gründe dafür anzugeben: Mehrfach genannt wurde „Überlastung/Zeitmangel“ (n=3) und „geringe Offenheit/Berührungsängste/fehlende interkulturelle Kompetenz“ (n=3).

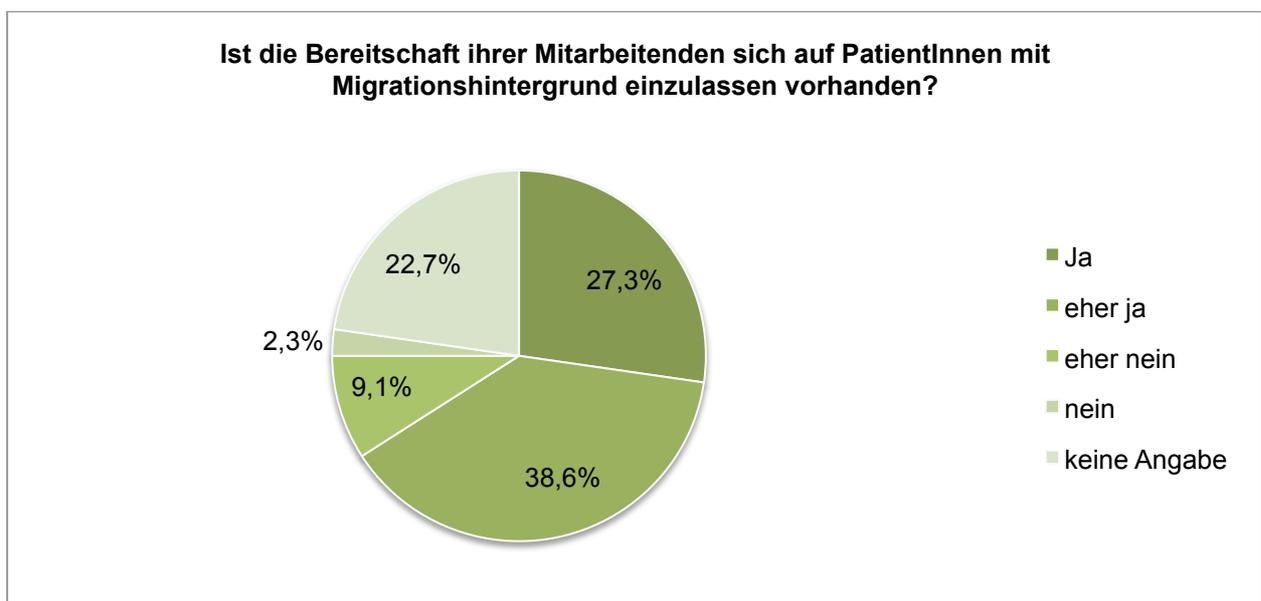
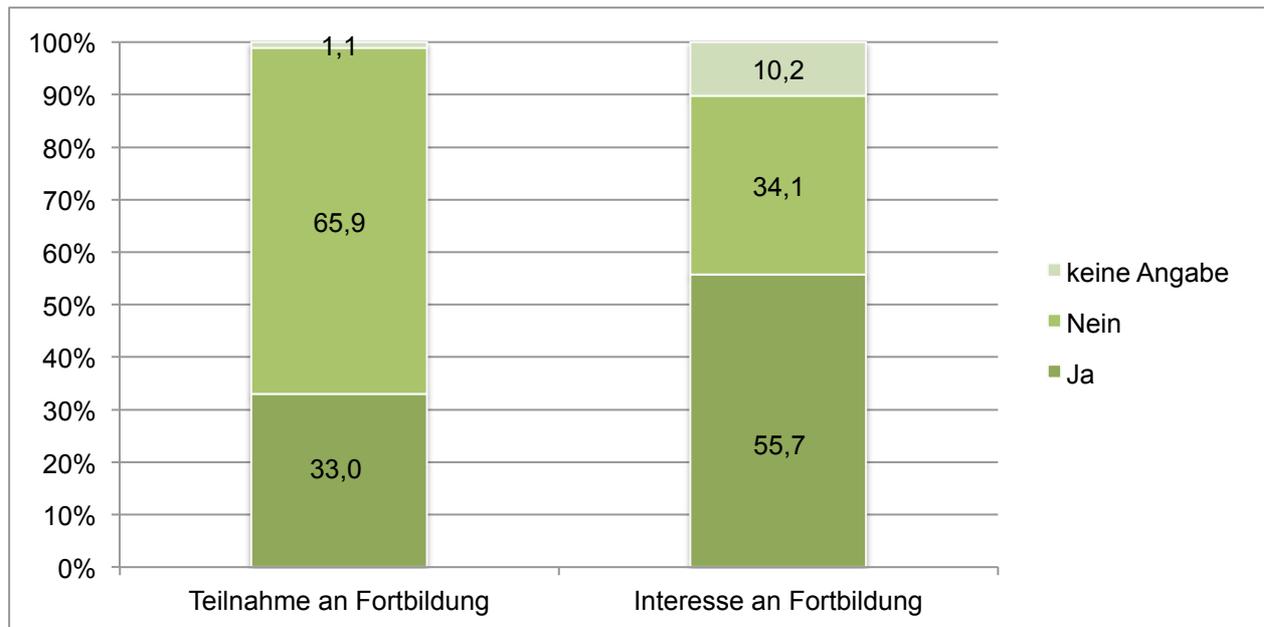


Abbildung 9 Einschätzung zur Bereitschaft Mitarbeitenden sich auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund einzulassen (n=88)

### 3.1.8 Fort- und Ausbildungsbedarf

Die Angaben zur bereits erfolgten Teilnahme an Fortbildungen zur Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund und interkulturellen Kompetenzen sowie das Interesse zu Fortbildungen zu diesen Themen zeigt Abbildung 10. Ein mehrfach genanntes Thema bereits besuchter Fortbildungen war *interkulturelle Aspekte in der Behandlung* (n=5). Den Themenkomplex *kulturelles Krankheitsverständnis/Erkennen kulturspezifischer Symptome* schlugen mehrere Ärzt\*innen (n=11) als Thema für eine Fortbildung vor.



**Abbildung 10 Teilnahme und Interesse an Fortbildungen zu interkulturellen Themen (n=88)**

Bereits an einer Fortbildung zu interkulturellen Themen teilgenommen zu haben, bejahten 38,2% (n=21) der Berliner und 25,0% (n=8) der Dresdner Ärzt\*innen sowie 36,7% (n=18) der Psychiater\*innen und 28,9% (n=11) der Hausärzt\*innen. Ein Vergleich der Subgruppen (Städtevergleich mittels logistischer Regressionsanalyse unter Kontrolle der Variable *Fachrichtung* bzw. Fachrichtungsvergleich mittels logistischer Regressionsanalyse unter Kontrolle der Variable *Stadt*) ergab keinen signifikanten Unterschied (vgl. Tabelle 17).

Interesse an einer Fortbildung zu interkulturellen Fortbildung teilzunehmen, hatten 62,5% (n=30) der Berliner und 61,3% (n=19) der Dresdner Ärzt\*innen sowie 58,1% (n=25) der Psychiater\*innen und 66,7% (n=24) der Hausärzt\*innen. Im Subgruppenvergleich analog durchgeführt zur Teilnahme an interkulturellen Fortbildungen ergaben sich hierbei keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 17).

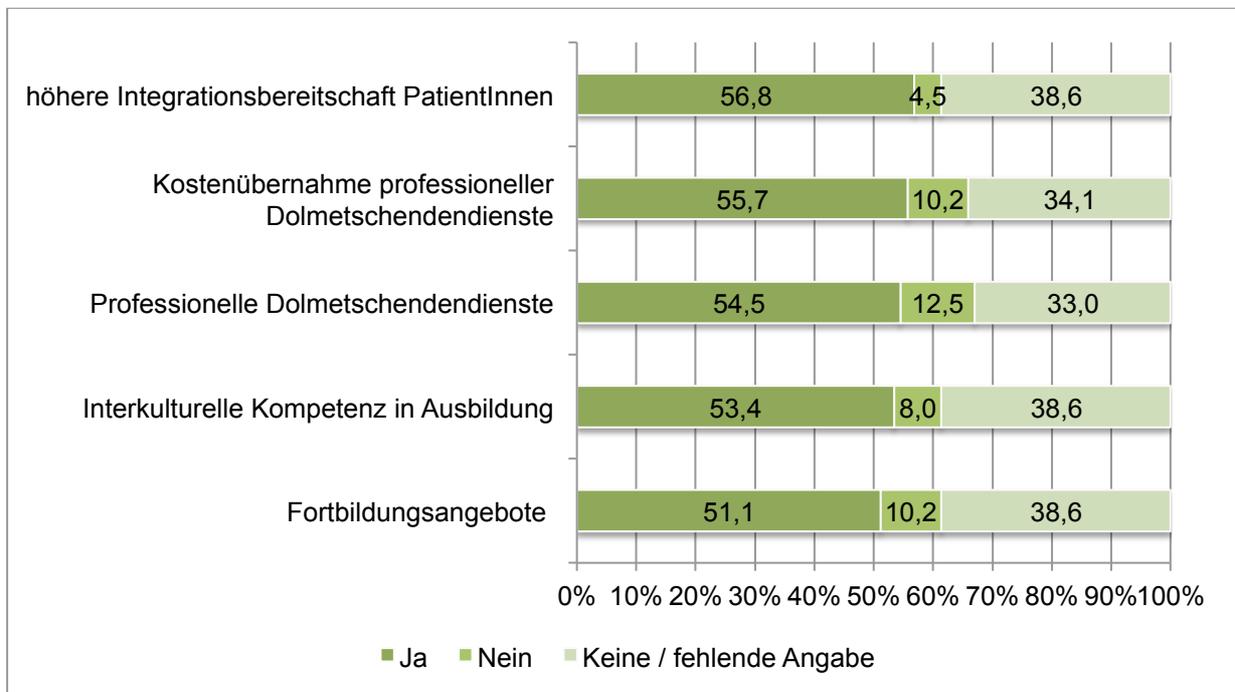
**Tabelle 17 Logistische Regressionsanalyse. Teilnahme und Interesse an interkulturellen Fortbildungen**

		$\beta$	p	Odd's Ratio (OR)	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Teilnahme	Stadt	0,568	0,258	1,765	0,660	4,721
	Fachrichtung	0,255	0,592	1,290	0,508	3,275
Interesse	Stadt	0,110	0,819	1,116	0,434	2,871
	Fachrichtung	-0,381	0,423	0,683	0,269	1,735

Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (56,8%; n=50) war der Meinung, dass die Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund während der Ausbildung eine größere Rolle spielen sollte.

### 3.1.9 Wünsche

Die Befragten konnten aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ihre Wünsche für eine verbesserte Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund angeben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 11 dargestellt. Über 30% der Ärzt\*innen machten hierzu keine Angaben.



**Abbildung 11 Wünsche für eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund (n=88)**

Abschließend wurden die Studienteilnehmenden gebeten, ihre Wünsche an ihre behandelnde Ärzt\*in anzugeben, wenn sie selbst als Patient\*in im Ausland medizinische Behandlung in Anspruch nehmen müssten. Aus den Aussagen der Ärzt\*innen wurden Kategorien gebildet und nach Häufigkeit geordnet (vgl. Tabelle 18).

**Tabelle 18 Wünsche der Ärzt\*innen für sich als Patient\*innen im Ausland (n=63)**

Kategorie	Nennungen
Möglichkeit sprachlicher Verständigung	20
Dolmetschende	3
Offenheit / Interesse / Neugier	18
Empathie / Zuwendung / Einfühlungsvermögen	15
Professionalität / fachliche Kompetenz	14
Verständnis	9
Geduld	7
Gleichwertige Behandlung wie Einheimische	3
Aufmerksamkeit / Sorgfalt	2
Toleranz	2
Zeit	2
Interkulturelle Kompetenz	2
Keine Vorurteile	1
Respekt	1
Menschlichkeit	1
Akzeptanz	1
Freundlichkeit	1
Ehrlichkeit	1
Kenntnis meiner Kultur	1

## 3.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung

### 3.2.1 Demografische Angaben zu den interviewten Ärzt\*innen

Demografische Angaben zu den interviewten Ärzt\*innen können Tabelle 19 entnommen werden.

**Tabelle 19 Demografische Angaben zu den interviewten Ärzt\*innen**

	Berlin	Dresden	Gesamt
Fachrichtung	Psychiater*innen: 5	Psychiater*innen: 1	Psychiater*innen: 6
	Hausärzt*innen: 0	Hausärzt*innen: 4	Hausärzt*innen: 4
Geschlecht	männlich: 2	männlich: 3	männlich: 5
	weiblich: 3	weiblich: 2	weiblich: 5
Alter	41-50 Jahre: 0	41-50 Jahre: 4	41-50 Jahre: 4
	51-60 Jahre: 4	51-60 Jahre: 0	51-60 Jahre: 4
	> 60 Jahre: 1	> 60 Jahre: 1	> 60 Jahre: 2
Migrationshintergrund	MH*: 1	MH: 0	MH: 1
	kein MH: 4	kein MH: 5	kein MH: 9
Dauer Arbeitsverhältnis	bis 5 Jahre: 0	bis 5 Jahre: 3	bis 5 Jahre: 3
	6-10 Jahre: 0	6-10 Jahre: 2	6-10 Jahre: 2
	11-15 Jahre: 1	11-15 Jahre: 0	11-15 Jahre: 1
	16-20 Jahre: 3	16-20 Jahre: 0	16-20 Jahre: 3
	> 20 Jahre: 1	> 20 Jahre: 0	> 20 Jahre: 1
Art der Praxis	Gem.-Praxis*: 1	Gem.-Praxis: 4	Gem.-Praxis: 5
	keine Gem.-Praxis: 4	keine Gem.-Praxis: 1	keine Gem.-Praxis: 5

\*Abkürzungen: MH=Migrationshintergrund. Gem.-Praxis= Gemeinschaftspraxis

### 3.2.2 Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den ärztlichen Praxen

In Tabelle 20 ist das aus den Aussagen der Befragten gebildete Categoriesystem zu Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den ärztlichen Praxen dargestellt.

**Tabelle 20** Kategoriesystem Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den ärztlichen Praxen

Kategorie	Subkategorien / Inhalt		
Charakterisierung Migrationshintergrund	PatientInnen	mit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herkunftsländer</li> <li>• Sprachkenntnisse</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Aufenthaltsstatus</li> </ul>
Konsultationsanlässe Migrationshintergrund	von PatientInnen	mit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Probleme</li> <li>• Soziale Probleme</li> </ul>

### **Charakterisierung der Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Von den Berliner Ärzt\*innen wurde die Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund bezüglich demografischer Angaben eher heterogen beschrieben: B-05-P und B-02-P charakterisierten ihre Patient\*innen mit Migrationshintergrund als mehrheitlich aus der Türkei stammend, sowohl der ersten als auch der zweiten Generation angehörend. Die Kommunikation erfolgte zum Teil auf Türkisch oder mit Übersetzer. Beide Ärzt\*innen hatten ihren Praxissitz in Stadtteilen mit überdurchschnittlich hohem Migrantenanteil im Berliner Vergleich. Asylsuchende oder geflüchtete Patient\*innen wurden nicht explizit erwähnt. B-01-P und B-04-P gaben an, ihre Patient\*innen mit Migrationshintergrund verfügten ausnahmslos über sehr gute Deutschkenntnisse und seien gut in Deutschland integriert. B-03-P berichtete von zwei Gruppen von Patient\*innen mit Migrationshintergrund, wovon eine Gruppe als überwiegend aus dem EU-Ausland stamme und über gute Deutsch- oder Englischkenntnisse sowie einen hohen Bildungsstand verfüge. Die zweite Gruppe bestünde aus vor kurzem geflüchteten Menschen, welche über geringe Deutsch- und Englischkenntnisse verfüge und ökonomischen und aufenthaltsrechtlichen Stressfaktoren ausgesetzt sei.

In Dresden wurde die Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund von den Befragten homogener beschrieben: Dresdner Ärzt\*innen bezogen sich mehrheitlich auf Personen, die erst vor kurzem nach Deutschland immigriert waren, häufig erwähnt wurden Fluchterfahrungen. Fast alle Dresdner Befragte erwähnten einen arabischen

Migrationshintergrund bei ihren Patient\*innen, D-02-H und D-03-H bezogen sich explizit auf junge Männer. D-01-P erwähnte auch Personen mit russischem und thailändischem Migrationshintergrund als Patient\*innen zu haben, Patient\*innen mit türkischem Migrationshintergrund oder aus dem EU-Ausland wurden im Gegensatz zu Berlin nicht erwähnt.

## **Konsultationsanlässe von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

### Medizinische Probleme

Die von den Befragten am häufigsten genannten Beratungsanlässe stellten erwartungsgemäß medizinische Probleme dar. Psychische Probleme wurden von fast allen Ärzt\*innen als Beratungsanlass genannt. Mehrfach genannt wurden Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Knapp die Hälfte, darunter mehrheitlich Psychiater\*innen, nannte im Kontext psychischer Probleme explizit migrationsbedingte Themen wie integrationsbedingter Stress, Identitätsproblematiken und Entwurzelung, wie dieses Zitat exemplarisch veranschaulicht:

*„Also die meisten Diagnosen sind Angststörungen und Depressionen. Wobei muss man auch häufig-, manchmal sind das keine richtige Depression, also nach Diagnose, nach den Kriterien. Vieles könnte man auch so zwischen Depression, Angststörung und Befindlichkeitsstörung, (...) migrationsbedingte Anpassungsprobleme oder auch Anpassung an Situationen, Anpassungsprobleme aufgrund der Geschichte, also migrationsbedingte Geschichte, insbesondere der zweiten Generation.“ (B-02-P\_05)*

Die befragten Hausärzt\*innen nannten neben psychischen und psychosomatischen Beratungsanlässen typische Beratungsanlässe der hausärztlichen Praxis (Erkältungskrankheiten, Rückenschmerzen, Wunsch nach Abklärung). D-05-H berichtete:

*„Also an erster Stelle stehen Folgeerkrankungen aufgrund der psychischen Belastung (...) Und dann Fragen von Kopf bis Fuß.“ (D-05-H\_07)*

### Soziale Probleme

Auch soziale Probleme wurden vor allem von Hausärzt\*innen als Konsultationsanlässe erwähnt, wie zum Beispiel Probleme bezüglich Bleiberecht und Familiennachzug, Wohnen und Schriftverkehr mit Behörden.

### 3.2.3 Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund

Die von den Interviewten genannten Herausforderungen wurden Subkategorien zugeordnet (Tabelle 21).

Tabelle 21 Kategoriesystem Herausforderungen

Kategorie	Subkategorien / Inhalt
Herausforderungen	Sprachliche Verständigung Ärzt*in-Patient*in-Beziehung und Umgang mit Krankheit Fachfremdes Problem Interfamiliäre Konflikte Organisatorische Abläufe

Die von den Ärzt\*innen am häufigsten benannte und am stärksten betonte Herausforderung waren sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, wie das Zitat exemplarisch zeigt:

*„Na ja, eine Sprachbarriere ist immer eine Schwierigkeit. Wenn ein Patient keine, sagen wir mal, Ausweichsprache – wie Englisch, Französisch oder so-, oder eben Deutsch gebrochen – nach einer gewissen Zeit hier sprechen kann, ist das das immer aufwendig, mit Dolmetscher zu kommunizieren. Ich glaube, das ist eine große Barriere.“* (D-04-H\_07)

Auch interfamiliäre Konflikte unabhängig von einer Sprachbarriere wurden als potentielle Herausforderung beschrieben (D-04-H; B-02-P). Es wurde thematisiert, dass nicht nur die Sprache, sondern auch Differenzen, welche innerhalb eines Landes je nach Region, Bildungsstand und Religion entstünden, zu Herausforderungen führen können. Weitere Herausforderungen betrafen interkulturelle Differenzen in der Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung und im Umgang mit Krankheit: hierzu zählten ein divergenter Ausdruck von Schmerz und Angst (D-01-P), unterschiedliche Krankheitsmodelle (D-04-H; B-05-P) sowie Herausforderungen in der Anamneseerhebung aufgrund divergierender Krankheitssymptome (D-04-H). Dass interkulturelle Herausforderungen die eigene Haltung als Behandelnden beeinflussen können, wurde von B-05-P reflektiert:

*„Es gibt Schwierigkeiten mit dem Umgang mit dieser Krankheit, weil auf die Standardempfehlungen, die man anderen depressiven, (...) Frauen, gibt, nicht so einfach so reagiert werden kann, weil dann häufig*

dann andere Krankheitsvorstellungen, andere Familienvorstellungen, andere Lebensvorstellungen, andere Lebensplanungsvorstellungen bestehen.(...) Es liegt dann so auf der Hand, dass es manchmal schwerfällt, einfach entspannt zu bleiben und zu sagen: Ja, aber das ist jetzt so nicht vermittelbar und ich kann es jetzt nicht bebiegen, obwohl es doch eigentlich für manches doch ganz einfach wäre.(...) Und selbst, wenn man sich das bewusst macht, heißt das nicht, dass man dadurch verhindern kann, dass unterschwellig doch so eine gewisse Anspruchs- und vielleicht sogar manchmal Vorwurfshaltung einfließt.“ (B-05-P\_7+13)

Auch organisatorische Themen stellten für einige Hausärzt\*innen (D-02-H; D-03-H; D-05-H) eine Herausforderung dar, etwa weil Patient\*innen einen vereinbarten Termin nicht einhielten oder nicht-medizinische Beratungsanlässe im Vordergrund stünden.

Es wurde jedoch auch betont, dass Schwierigkeiten mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund oftmals nur am Anfang einer Behandlung bestünden und insgesamt nicht häufiger als mit anderen Patient\*innen aufträten (D-02-H; B-03-P; B-04-P).

### 3.2.4 Aspekte Interkultureller Öffnung

Das Categoriesystem *Interkulturelle Öffnung* ist in Tabelle 22 dargestellt.

**Tabelle 22 Categoriesystem Aspekte Interkulturelle Öffnung**

Hauptkategorie	Subkategorie / Inhalt
Aspekte interkulturelle Öffnung	Umgang mit Patient*innen mit niedriger Deutschkompetenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablehnung Patient*in</li> <li>• Zusammenarbeit mit Laiendolmetschenden</li> <li>• Zusammenarbeit mit professionell Dolmetschenden (Inanspruchnahme, Bewertung)</li> </ul> Zusammenarbeit mit migrantenspezifischen Institutionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Flüchtlingsambulanz“ (lediglich Dresdner Ärzt*innen)</li> </ul> Miteinbezug von Praxispersonal

## **Umgang mit Patient\*innen mit niedriger Deutschkompetenz**

Eine Sprachbarriere war die meist genannte Herausforderung. Die ÄrztInnen nannten Strategien, die sie anwandten, wenn die Kommunikation auf Deutsch mit ihren PatientInnen aufgrund Verständigungsprobleme nur unzureichend möglich war.

### Ablehnung von PatientInnen mit niedriger Deutschkompetenz

Für wenige Psychiater\*innen (D-01-P; B-01-P; B-04-P) waren gute Deutschkenntnisse der Patient\*innen die Voraussetzung für eine Behandlung in ihrer Praxis. Ein mehrfach genanntes Argument war, dass eine fremdsprachige Behandlung speziell in der Psychiatrie und Psychotherapie für sie nicht möglich sei aufgrund der besonderen Bedeutung von Sprache in diesem Fachgebiet. D-01-P erläuterte:

*„Naja gut, also wie gesagt, ich sage schon mal ganz klar, wenn Anmeldungen von psychiatrischen Patienten sind, die nicht des Deutschen mächtig sind, nehme ich es nicht an. Weil ich es nicht kann. Es ist schon ein Problem bei welchen, die das nur so halbwegs können, aber das geht dann immer noch. Aber wenn einer wirklich nicht reden kann, geht das nicht. Da müssen wir auf Ambulanzen verweisen, die professionelle Dolmetscher haben.“ (D-01-P\_17)*

### Zusammenarbeit mit Laien-Übersetzenden

Das Hinzuziehen von Laiendolmetschenden, meist aus dem Familien- oder Bekanntenkreis der Patient\*innen, war bei Ärzt\*innen in Berlin und Dresden verbreitet. D-05-H und B-05-P berichteten auch von Kindern, welche für ihre Eltern übersetzten. Ein Bewusstsein für die Problematik der Arbeit mit Laiendolmetschenden war bei den meisten Befragten vorhanden. Die Zusammenarbeit mit Laiendolmetschenden wurde von den Ärzt\*innen beider Fachrichtung und Städte größtenteils kritisch bewertet. Aufgeführte Gründe waren die Unsicherheit, ob korrekt übersetzt wurde sowie Probleme in der Besprechung von tabuisierten Themen. B-05-P äußerte sich zur Problematik von übersetzenden Angehörigen:

*„Aber, wenn man einen ungehemmteren, ungehinderten Zugang zu Sprachmittlern hätte, das fänd ich schon-, und zwar vor allem aus dem Grund, weil ich eigentlich nicht möchte, dass die Angehörigen übersetzen. (...) Weil auch manche Themen tatsächlich dann nicht ansprechbar sind.“ (B-05-P\_19)*

D-02-H und D-05-H sahen die Arbeit mit Laiendolmetschenden hingegen eher unkritisch, wie dieses Zitat exemplarisch veranschaulicht:

*„Also das ist so, dass die meisten Kinder und Jugendlichen, die gehen hier-, die sind hier-, die meisten machen Abitur in (...) und die Ausbildung dort scheint ziemlich gut zu sein. Nach so eins, zwei Jahren klappt das hervorragend mit der Sprache und die kommen dann meist als Übersetzer mit und das geht richtig gut. Das, das funktioniert dann ohne Probleme“ (D-05-H\_19)*

### Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschenden

Keiner der Befragten erwähnte, aktuell in seiner Praxis mit professionellen Dolmetschenden zu arbeiten. Die Bedeutung einer professionellen Übersetzung für eine Psychotherapie wurde thematisiert:

*„Und ich würde jetzt, wenn ich jetzt einen ungehinderten Zugang zu Dolmetschern hätte, also im Sinne der Finanzierung, würde ich auch viel eher mal Psychotherapie mit den Patienten machen.“ (B-05-P\_19)*

Mehrfach angesprochen wurden auch Problematiken in der Arbeit mit Dolmetschenden. Zum einen müsste der Zeitaufwand durch Vor- und Nachbereitung beachtet werden. Wichtig sei außerdem eine gute Schulung mit speziellem Hinweis auf die Relevanz einer exakten Übersetzung, Finanzierbarkeit und niederschwellige Erreichbarkeit.

### **Kooperationen mit migrationsspezifischen Institutionen**

Die Zusammenarbeit mit migrationsspezifischen Institutionen wurde von den Interviewten häufig erwähnt. Fast alle Dresdner Befragten erwähnten die „*Flüchtlingsambulanz*“ des Universitätsklinikums Dresden (offiziell: *Internationale Praxis Dresden*). Diese wurde in ihrer Funktion unterschiedlich bewertet. Einerseits wurde die Bedeutung dieser Institution bei sprachlichen Verständigungsproblemen mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund positiv hervorgehoben. D-04-H berichtete:

*„Wo es überhaupt gar nicht funktioniert, wenn man sich null versteht, muss man dann auch benennen. Dass man sagt, vielleicht ist eine andere Einrichtung, die eben professionelle Dolmetscher hat, wie die Flüchtlingsambulanz, ein besserer Ansprechpartner, außerhalb der Notversorgung. (7 Sek.) Das ist ja immer noch eine Option – zumindest in Leipzig und Dresden, wahrscheinlich auch in Berlin – die man hat, als so erste Anlaufstelle von allen möglichen Problemen.“ (D-04-H\_11)*

Die Funktion der „*Flüchtlingsambulanz*“ wurde jedoch auch kritisch gesehen. Die Einrichtung habe im Rahmen des akuten Anstiegs von Geflüchteten geholfen die Versorgungsstrukturen zu entlasten, würde jedoch nun zum Teil als „*Dauereinrichtung zur Behandlung nichtdeutscher Bürger*“ (D-02-H\_23) missverstanden werden, was dazu

führe, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund mit der Schwierigkeit konfrontiert seien eine(n) Hausärzt\*in der Regelversorgung zu finden.

### **Einbezug von Praxispersonal in die Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Thematisiert wurde die Möglichkeit bei Sprachbarrieren Mitarbeitende mit entsprechender Fremdsprachkompetenz einbeziehen zu können (D-01-P) sowie Eindrücke im ganzen Team zu reflektieren (D-04-H).

### **3.2.5 Aspekte interkultureller Kompetenz**

Das Categoriesystem *Interkulturelle Kompetenz* ist in Tabelle 23 dargestellt.

**Tabelle 23 Categoriesystem Aspekte *Interkulturelle Kompetenz***

Hauptkategorie	Subkategorie / Inhalt
Aspekte interkulturelle Kompetenz	<p>Offene Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Unklarheiten Patient*in fragen</li> <li>• Probleme offen ansprechen</li> </ul> <p>Selbstreflexion</p> <p>Interkulturelle Besonderheiten in der Kommunikation beachten</p> <p>Interkulturelle Besonderheiten in der Behandlung beachten</p> <p>Beschäftigung mit interkulturellen Themen außerhalb der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Theorie</li> <li>• in der Praxis</li> </ul>

### **Bewertung von Herausforderungen, offene Kommunikation und Selbstreflexion**

Die Hälfte der Interviewten betonte zunächst, der Umgang mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund sei für sie nicht im besonderen Maße schwierig, alle erwähnten im Gesprächsverlauf jedoch Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund (s. Kapitel 3.2.4).

Im direkten Kontakt mit Patient\*innen wurden bei interkulturellen Herausforderungen drei Lösungsstrategien von den Ärzt\*innen mehrfach genannt, die den Kategorien *Offene Kommunikation* und *Selbstreflexion* zugeordnet wurden: Irritationen direkt und

offen zu verbalisiert (D-02-H, D-04-H, B-01-P), Patient\*innen bitten, für den Behandelnden Unverständliches zu erklären (D-04-H, B-01-P, B-02-P, B-03-P, B-04-P) sowie die eigene Haltung kontinuierlich zu reflektieren und Stereotype und unbewusste Erwartungshaltungen an Patient\*innen als solche zu erkennen (B-01-P, B-03-P, B-04-P). Das Reflektieren der eigenen Haltung wurde ausschließlich von Psychiater\*innen erwähnt. B-04-P betonte die Wichtigkeit, sich mit eigenen unbewussten Rassismen auseinanderzusetzen und an einer Sensibilisierung dafür zu arbeiten:

*„Dann aber auch eine Anregung, sich eben (...) mit der eigenen Gegenübertragung bezüglich Fremdheit auseinanderzusetzen. Also eines, ja, vielleicht von uns selber kaum wahrgenommenen Rassismus. Das ist jetzt vielleicht ein bisschen sehr harter Begriff. Aber wenn man wirklich sehr in sich geht, dann denke ich, bemerken auch Menschen, die das jetzt für sich nicht reklamieren würden unterschwellig vielleicht doch. Also mir ist das jetzt letztens in der Begegnung hier bei Patienten meines Kollegen passiert. (...) also ich habe mich dabei ertappt-. Und das ist, glaube ich, auch sehr wichtig. Dass wir da sensibler werden.“ (B-04-P\_13)*

### **Anwendung kultursensibler Maßnahmen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Auf interkulturellen Besonderheiten in der Kommunikation und Behandlung zu achten wurde von einigen Ärzt\*innen erwähnt. Hierbei wurde das Beachten von kulturspezifischen Symptomen in der Anamnese (B-04-H) sowie von genderspezifischen und religiösen Faktoren aufgeführt ebenso wie das Beachten von Besonderheiten in der Psychopharmakotherapie.

### **Beschäftigung mit interkulturellen Themen außerhalb der Tätigkeit in der Praxis**

Häufig gaben Ärzt\*innen an, sich selbstständig zu interkulturellen Themen zu belesen. Weitere Beschäftigungen mit interkulturellen Themen fanden durch privat organisierte Interventionsgruppe statt (B-03-P), durch Engagement als Vormund für minderjährige Geflüchtete (D-01-P) und durch die Beschäftigung in der *Internationalen Praxis Dresden* (D-05-H). Auch an Fortbildungen zu interkulturellen Themen hatten einige Ärzt\*innen bereits teilgenommen.

Eine abschließende Zusammenfassung von in den Gesprächen thematisierten Aspekten *Interkultureller Öffnung* und *Interkultureller Kompetenz* kann der Abbildung 12 entnommen werden.

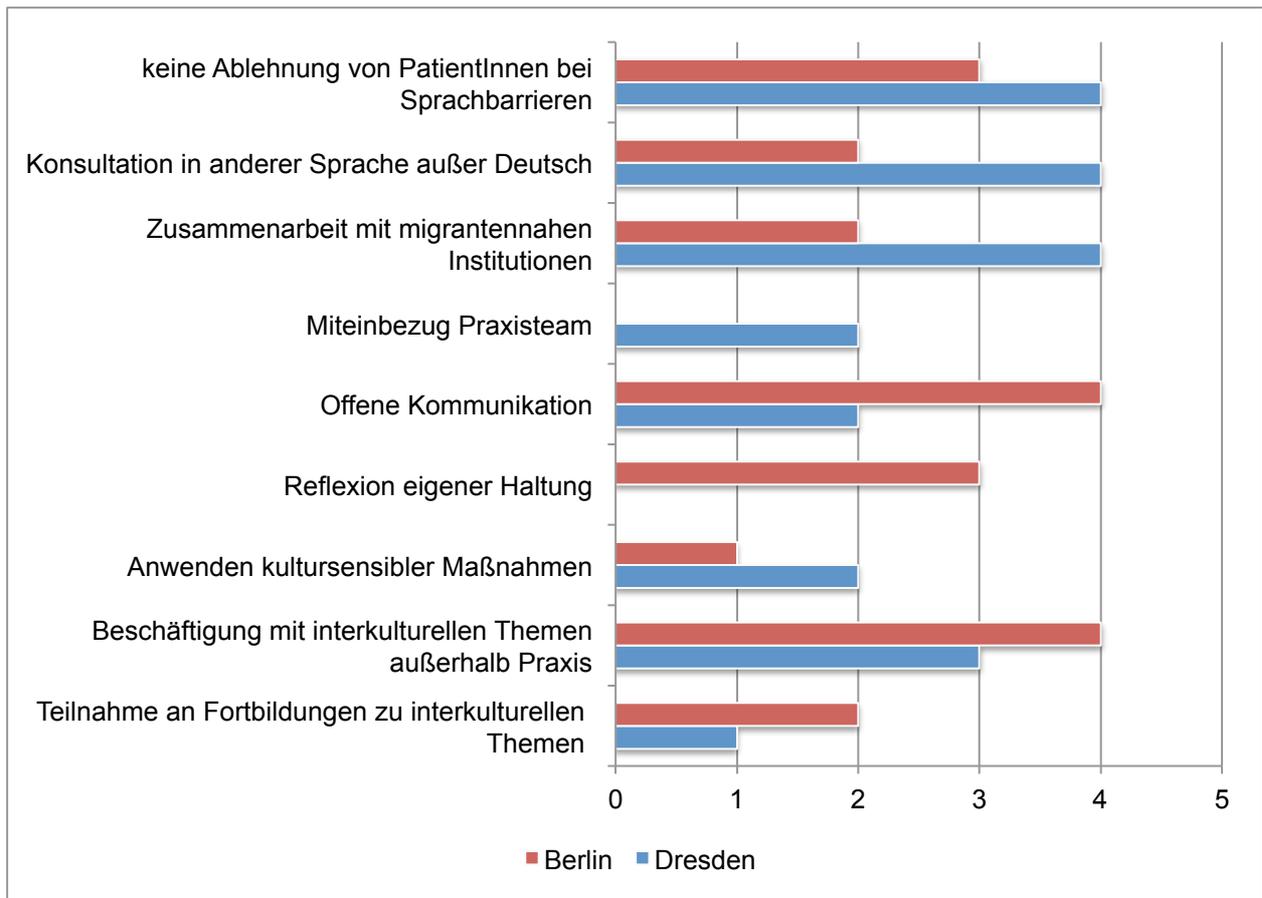


Abbildung 12 Zusammenfassung Aspekte interkulturelle Öffnung und interkultureller Kompetenz aus qualitativem Studienteil (n=10)

### 3.2.6 Einschätzung von Kolleg\*innen durch die befragten Ärzt\*innen

Das Categoriesystem zur Einschätzung der Kolleg\*innen durch niedergelassene Ärzt\*innen ist in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24 Categoriesystem Einschätzung von Kolleg\*innen durch Ärzt\*innen

Kategorie	Subkategorien / Inhalt
Einschätzung von Kolleg*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschätzung des Interesses an der Inanspruchnahme von professionellen Dolmetscherdiensten</li> <li>Einschätzung des Interesses an Fortbildungen zu interkulturellen Themen</li> <li>Einschätzung der Haltung gegenüber Patient*innen mit Migrationshintergrund</li> </ul>

### **Einschätzungen zum Interesse an Fortbildungen**

Das Interesse an Fortbildungen zu interkulturellen Themen im niedergelassenen ärztlichen Kollegenkreis wurde von den interviewten Ärzt\*innen unterschiedlich eingeschätzt.

Es wurde vermutet, dass aktuell andere Themen als interkulturelle Fragen im Fokus des Interesses stünden. D-03-H glaubte, dass weniger als die Hälfte der Kolleg\*innen an interkulturellen Fortbildungen Interesse hätten:

*„Ein Teil sicherlich aber ich würde sogar sagen eher weniger als die Hälfte. (5 Sek.) Also das ist jetzt meine, meine persönliche Einschätzung (...)“ (D-03-H\_20-21)*

In beiden Städten wurde die Einschätzung geäußert, dass das Interesse an interkulturellen Fortbildungen von den Berührungspunkten von Ärzt\*innen sowie von der generellen Haltung gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund abhängig sei (D-04-H, D-02-H, B-04-P).

### **Einschätzungen zum Interesse an professionellen Dolmetscherdiensten**

Zum Interesse an professionellen Dolmetschendienstleistungen im KollegInnenkreis äußerten sich insgesamt drei Ärzt\*innen: D-01-P schätzte dieses insbesondere bei Kolleg\*innen psychiatrischer Fachrichtungen als eher hoch ein. B-05-P und B-03-P gaben an, nicht einschätzen zu können, ob Kolleg\*innen Dolmetschende in Anspruch nehmen würden.

### **Einschätzungen zur Haltung gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Vorbehalte bezüglich der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund wurden in beiden Städten thematisiert (D-02-H, D-04-H, D-03-H, B-02-P). Insgesamt dominierte die Einschätzung, dass es sich dabei um eine Minderheit der Kolleg\*innen handele.

B-01-P berichtete über ärztliche Kolleg\*innen, die „*aggressiver und angespannter*“ (B-01-P\_25) bei Patient\*innen würden, welche kein Deutsch sprechen. Dies wurde auf Sprachschwierigkeiten auf Seiten der Patient\*innen zurückgeführt, welche zu einer Verzögerung im Praxisablauf führten.

Auch eine klare Positionierung für Patient\*innen mit Migrationshintergrund durch Ärzt\*innen wurde erwähnt:

„Auch Ärzte wählen AfD. Das ist ja nicht nur ein Unterschichten-Problem. Aber viele Kollegen haben sich auch wirklich stark gemacht und sich klar positioniert.“ (D-04-H\_25)

### 3.2.7 Fortbildungsbedarf

Insgesamt bekundete die Mehrheit der Ärzt\*innen Interesse an interkulturellen Fortbildungen und machte Vorschläge zu möglichen Inhalten und Formaten.

Besonders häufig wurden *kultursensible Kommunikation* und *Vermittlung von kulturellen Besonderheiten in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung* als wünschenswerte Themen genannt. Die Vermittlung von Faktenwissen wurde von den Befragten unterschiedlich bewertet.

Interaktive Fortbildungsformate wie Rollenspiele mit Schauspielpatient\*innen wurden häufig vorgeschlagen wie beispielsweise von D-02-H:

„Und so ein bisschen Information gab es so für die Ärzte schon so über die Ärzteblätter, da erschien der ein oder andere Artikel, aber so eine Fortbildung, vielleicht auch irgendwie so wie ein Workshop, also mit der Möglichkeit, irgendwie auch da aktiv irgendwie mitzumachen, in interkultureller Kompetenz, wäre also reines Gold.“ (D-02-H\_13)

Die Leitung von Fortbildungen durch eine Person mit eigenem Migrationshintergrund oder mit häufigen interkulturellen Kontakten wurde als wünschenswert aufgeführt.

### 3.2.8 Wünsche und Vorschläge

In den Interviews wurde nach Wünschen und Vorschlägen der Ärzt\*innen für eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund gefragt.

Während der Auswertung der Gespräche wurde deutlich, dass sich die Wünsche und Vorschläge der Befragten je nach Adressat, an welchen sich diese richteten, in drei Subkategorien einordnen ließen (vgl. Tabelle 25)

**Tabelle 25** Kategoriesystem Wünsche und Vorschläge

Hauptkategorie	Subkategorie / Inhalt
Wünsche und Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• an das Gesundheitssystem gerichtet</li> <li>• an Ärzt*innen gerichtet</li> <li>• an Patient*innen mit Migrationshintergrund gerichtet</li> </ul>

## **Wünsche an das Gesundheitssystem**

Fast alle Interviewten richteten Wünsche und Vorschläge an das Gesundheitssystem. Diese Wünsche betrafen häufig Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation bei Sprachbarrieren zwischen Ärzt\*in und Patient\*in. Von fast allen Psychiater\*innen wurde ein niederschwellig zugänglicher, professioneller Dolmetscher\*innendienst gewünscht, welcher zumindest für Notfälle ad hoc zur Verfügung stehen sollte. Exemplarisch wird B-04-P zitiert:

*„An das Gesundheitssystem, oder überhaupt die staatlichen Systeme, da würde ich mir wünschen, dass ausreichend Mittel für Dolmetscher zur Verfügung stehen. Und ich würde mir wünschen, dass diese Dolmetscher speziell möglicherweise auch geschult werden. Weil das ja eine ganz spezielle Art ist, zu dolmetschen.“ (B-04-P\_11)*

Weitere die Verbesserung der Kommunikation betreffenden Wünsche waren die Bereitstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien (D-02-H) und eine Förderung von Zulassungen muttersprachlicher Psychotherapeut\*innen (B-05-P).

Es wurde außerdem der Wunsch geäußert, dass übergeordnete Institutionen wie die Kassenärztliche Vereinigung in den direkten Kontakt mit Ärzt\*innen bezüglich interkultureller Themen treten sollten. Diese sollten ärztliche Kolleg\*innen über interkulturelle Herausforderungen beraten und aufklären (B-02-P) und an den ärztlichen Ethos erinnern, alle Patient\*innen unabhängig ihrer Herkunft zu behandeln (D-02-H). Die Förderung von Offenheit und Neugier von Ärzt\*innen (B-03-P, B-02-P), die Schaffung von Fortbildungsangeboten (B-04-P) und festen Ansprechpartner\*innen in Institutionen wie Sozialämtern (D-04-H, D-02-H) waren weitere an das Gesundheitssystem gerichtete Wünsche.

## **Wünsche an Ärzt\*innen**

An Ärzt\*innen gerichtete Wünsche gaben mehr als die Hälfte der Interviewten an. Am häufigsten genannt wurde Patient\*innen mit Migrationshintergrund mit Neugier und Offenheit zu begegnen bzw. die eigene Sensibilität für Menschen aus anderen kulturellen Kontexten zu schärfen (B-04-P, B-03-P, B-02-P, D-05-H), sich über interkulturelle Themen zu informieren (D-04-H, B-02-P, B-04-P), sich offen über interkulturelle Herausforderungen auszutauschen und sich dabei gegenseitig zu unterstützen (D-05-H, B-02-P).

## Wünsche an Patient\*innen mit Migrationshintergrund

Am seltensten genannt wurden Wünsche und Vorschläge, welche sich an die Patient\*innen mit Migrationshintergrund richteten. Alle diese Ärzt\*innen (D-04-H, D-05-H, B-01-P) formulierten den an Patient\*innen gerichtete Wunsch, sich um sprachliche Verständigung zu bemühen. D-05-H sah außerdem Patient\*innen mit Migrationshintergrund in der Pflicht, sich in die Regelversorgung zu integrieren und nicht auf migrantennahe Institutionen auszuweichen.

In Abbildung 13 ist zusammenfassend dargestellt, wie viele der befragten Ärzt\*innen ihre Wünsche und Vorschläge für eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund an das Gesundheitssystem, die Ärzt\*innen bzw. die Patient\*innen mit Migrationshintergrund richteten.

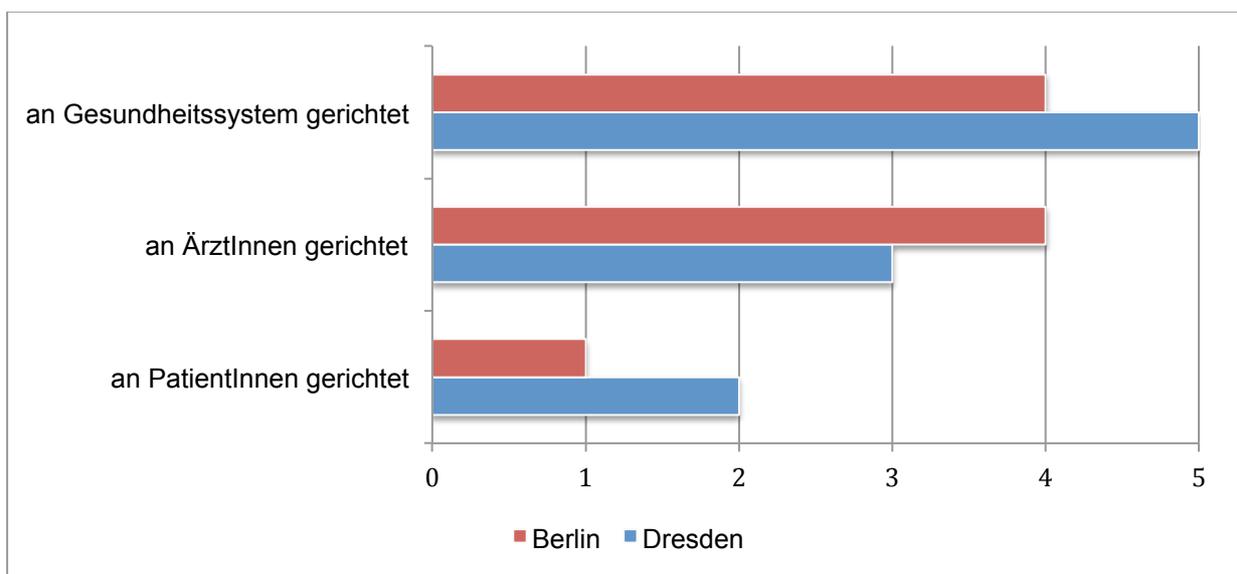


Abbildung 13 Verteilung Wünsche und Vorschläge nach Subkategorie (n=10)

### 3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

#### Studienteilnahme

88 Ärzt\*innen nahmen an der quantitativen Befragung teil, die Rücklaufquote lag bei 25,2%. Mit insgesamt zehn Ärzt\*innen wurden vertiefende Einzelinterviews durchgeführt.

#### Demografie

58,0% (n=51) der Befragten waren weiblich. Über zwei Drittel der Studienteilnehmenden (69,4%; n=61) waren älter als 50 Jahre. In Dresden waren die Studienteilnehmende deutlich jünger als in Berlin. Insgesamt hatten 20,5% (n=18) der Befragten einen Migrationshintergrund. In Berlin hatten signifikant mehr Ärzt\*innen (29,1%; n=16) einen Migrationshintergrund als in Dresden (6,1%; n= 2;  $\beta=1,788$ ;  $p=0,024$ ;  $OR=5,978$ ). Teilnehmende Psychiater\*innen waren im Schnitt älter (> 50 Jahre alt: 87,8%; n= 43) als Hausärzt\*innen (>50 Jahre alt: 46,2%; n=18;  $\beta=2,322$ ;  $p=0,001$ ;  $OR=10,194$ ).

Es wurden in Berlin und in Dresden jeweils fünf Ärzt\*innen interviewt. Alle in Berlin interviewten Ärzt\*innen waren Psychiater\*innen. Vier der fünf in Dresden interviewten Ärzt\*innen waren Hausärzt\*innen. Das Geschlechterverhältnis der interviewten Ärzt\*innen war insgesamt ausgeglichen. Die Dresdener Befragten waren im Schnitt jünger. Ein Studienteilnehmer in Berlin hatte einen Migrationshintergrund.

#### Praxisstruktur

Die Mehrheit der Befragten arbeitete selbstständig (85,2%; n=75) und seit mehr als 10 Jahren im derzeitigen Arbeitsverhältnis (59,1%; n=52).

Berliner Ärzt\*innen arbeiteten häufiger in einem selbstständigen Arbeitsverhältnis (74,5%; n= 41) als Dresdner Ärzt\*innen (57,6%; n= 19;  $\beta=1,461$ ;  $p=0,027$ ;  $OR=4,309$ ) und waren im Schnitt deutlich länger in ihrem derzeitigen Arbeitsverhältnis beschäftigt ( $\beta=1,426$ ;  $p=0,003$ ;  $OR=4,161$ ). Im Durchschnitt hatten die Befragten 798 Patient\*innen im letzten Quartal behandelt. Die Spannweite der Schätzungen war sehr groß, so reichte die Anzahl der behandelten Patient\*innen bei Hausärzt\*innen von 16 bis 3200

und bei Psychiater\*innen von 18 und 1350. Insbesondere bei Psychiater\*innen zeigte sich ein heterogenes Bild in der Häufigkeitsverteilung der Patientenzahlen.

### **Demografische Angaben zu Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Die folgenden demografischen Angaben wurden von Ärzt\*innen gemacht, welche im letzten Quartal Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelt hatten (n=81).

Knapp die Hälfte konnte ein Schwerpunktland ausmachen aus dem ihre Patient\*innen mit Migrationshintergrund stammten (46,9%; n=38). Die beiden in Berlin am häufigsten genannten Schwerpunktländer waren die Türkei (n=13; 48,1%) und Syrien (n=4; 14,8%). In Dresden wurde als Schwerpunktland mehrfach Syrien (n=7; 63,6%), genannt, gefolgt von Russland und Vietnam (je n=2; 18,1%). Weniger als jeder Fünfte (17,3%; n=14) gab an, es sei für die Kommunikation keine Sprache außer Deutsch erforderlich. Die am häufigsten für die Behandlung erforderlichen Fremdsprachen waren in beiden Städten Englisch (Berlin: n=32; 80%; Dresden: n=25; 92,6%) und Arabisch (Berlin: 37,5%; n=15; Dresden: 55,6%; n=15). An dritter Stelle wurde in Berlin Türkisch (30%; n=12) und in Dresden Russisch (29,6%; n=8) genannt.

In den vertiefenden Einzelinterviews wurde die Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund in Dresden demografisch homogener beschrieben als in Berlin. Dresdner Ärzt\*innen bezogen sich mehrheitlich auf Personen, die erst vor kurzem nach Deutschland immigriert waren, häufig erwähnt wurden Fluchterfahrungen. Sowohl von Hausärzt\*innen als auch von Psychiater\*innen wurden psychische oder psychosomatische Beschwerden als Konsultationsanlässe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund genannt.

### **Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen zu behandeln fiel der großen Mehrheit (89,7%; n=79) der Befragten (eher) schwer. Über die Hälfte gab Schwierigkeiten in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Bereichen *Krankheitsverständnis* (63,6%; n=56), *Anamnese* (62,5%; n=55) und *Compliance* (51,1%; n=45) an. Nach FDR-Korrektur stellten *Anamnese* und *Compliance* für signifikant mehr Hausärzte als für Psychiater eine Herausforderung dar (*Anamnese*: Hausärzte: 74,4%; n=29; Psychiater: 53,1%; n=26; df=1;  $\chi^2=7,227$ ;

$p=0,007$ ;  $OR=3,9$ ; *Compliance*: Hausärzte: 66,7%;  $n=26$ ; Psychiater: 38,8%;  $n=19$ ;  $df=1$ ;  $\chi^2 =9,57$ ;  $p=0,007$ ;  $OR=4,26$ ). Diese durch den Fragebogen ermittelten Ergebnisse wurden im Wesentlichen durch die vertiefenden Interviews bestätigt, wobei insbesondere auf die Herausforderung durch Sprachbarrieren eingegangen wurde.

## **Aspekte interkultureller Öffnung**

### Repräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen

Die Mehrheit der Studienteilnehmenden (90,9%;  $n=81$ ) hatte im letzten Quartal Menschen mit Migrationshintergrund in Behandlung. Die Mehrheit dieser Ärzt\*innen (77,7%;  $n=63$ ) gab an, maximal ein Viertel ihrer im letzten Quartal behandelten Patient\*innen habe einen Migrationshintergrund gehabt. Die meisten der Studienteilnehmenden mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund hatten im letzten Quartal auch Asylsuchende behandelt, wohingegen etwa jeder Fünfte (19,8%;  $n=16$ ) angab, keine Asylsuchenden behandelt zu haben. Berliner Befragte hatten häufiger angegeben, keine Asylsuchenden im letzten abgeschlossenen Quartal behandelt zu haben (28,8%;  $n=15$ ) als Dresdner Befragte (3,4%;  $n=1$ ;  $\beta=2,153$ ;  $p=0,045$ ;  $OR=8,612$ ).

### Zuweisungswege und Inanspruchnahme

Als häufigster Zuweisungsweg wurde angegeben, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund *durch eigene Motivation* (70,4%;  $n=57$ ) in die Praxen gelangten. Rund 15% ( $n=13$ ) waren der Meinung es gebe medizinische Leistungen, welche von Patient\*innen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen würden, mehrfach wurde unter anderem *Vorsorge* ( $n=3$ ) genannt.

### Sprachkompetenzen Praxispersonal

Die große Mehrheit der Ärzt\*innen (94,3%;  $n=83$ ) gab an, über Sprachkompetenzen außer Deutsch zu verfügen. In Berlin waren die häufigsten Fremdsprachkompetenzen der Befragten Englisch ( $n=50$ ), Französisch ( $n=12$ ) und Spanisch ( $n=5$ ), in Dresden Englisch ( $n=30$ ), Französisch ( $n=5$ ) und Russisch ( $n=5$ ). Etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmenden (55,7%;  $n=49$ ) hatte Mitarbeitende mit Fremdsprachkenntnissen.

### Kommunikationsstrategien mit Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen

Bei Sprachbarrieren wurde am häufigsten angegeben, sich *mithilfe eigener Sprachkenntnisse* (69,1%;  $n=56$ ), *mithilfe volljähriger Familienmitglieder und/oder*

*Freund\*innen der Patient\*innen* (67,9%; n=55) oder *mithilfe non-verbaler Kommunikation* (56,7%; n=46) zu verständigen. Knapp die Hälfte der Befragten (48,1%; n=39) verständigte sich *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder und/oder Freund\*innen* ihrer Patient\*innen. Die Zusammenarbeit mit professionell Dolmetschenden war wenig verbreitet. Mehr als ein Drittel (40,7%; n=33) der Ärzt\*innen, welche im letzten Quartal Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandelt hatten, gab an, fremdsprachige Informationsmaterialien zu benutzen.

Der Einsatz von Laiendolmetschenden wurde in den vertiefenden Interviews von den Ärzt\*innen unterschiedlich bewertet. Eingeschränkte Deutschkenntnisse waren ein Ablehnungsgrund für einige Psychiater\*innen.

#### Kooperation mit migrantenspezifischen Einrichtungen

Etwas mehr als ein Drittel (34,6%; n=28) der Ärzt\*innen mit Patienten mit Migrationshintergrund im letzten Quartal gab Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen an, darunter signifikant mehr Dresdner (55,2%; n=16) als Berliner (23,1%; n=12;  $\beta=1,818$ ;  $p=0,002$ ;  $OR=6,158$ ). Die „*Flüchtlingsambulanz*“ (offiziell: *Internationale Praxis des Universitätsklinikum Dresdens*) wurde von Dresdner Ärzt\*innen am häufigsten als Kooperationspartner angegeben. In den vertiefenden Interviews wurde die Funktion der *Internationalen Praxis* von Dresdner Ärzt\*innen unterschiedlich bewertet.

#### Interkulturelle Kontakte

Kontakte zu Menschen aus anderen Kulturen bestanden bei den Befragten häufiger *beruflich am Wohnort* oder *privat im Ausland* als *beruflich im Ausland* oder *privat am Wohnort*.

#### **Aspekte interkultureller Kompetenz**

Zwei Drittel der Befragten kannten die Migrationsgründe ihrer Patient\*innen (66,0%; n=58). 64,7% (n=57) waren mit kulturspezifischen Krankheitsmodellen vertraut, Psychiater (77,6%; n=38) signifikant häufiger als Hausärzte (48,7%; n=19;  $\beta=1,296$ ;  $p=0,008$ ;  $OR=3,655$ ). Kultursensible Anamnesebögen waren der großen Mehrheit (89,8%; n=79) nicht bekannt, keiner der Befragten gab an diese zu nutzen. Über zwei Drittel (68,2%; n=60) gaben an, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund auf

Pharmaka anders reagieren können als Patient\*innen ohne Migrationshintergrund. Etwas mehr als die Hälfte (55,7%; n=49) war der Meinung, es bestünden Zugangsbarrieren für Patient\*innen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem. Die am häufigsten genannten Zugangsbarrieren waren *sprachliche Barrieren* (n=30), gefolgt von *Ablehnung / Vorurteile* (n=10).

Die meisten Studienteilnehmenden (73,8%; n=65) fühlten sich nach eigener Angabe wohl, wenn sie Patient\*innen mit anderem kulturellen Hintergrund behandeln. Der Großteil (85,2%; n=75) war optimistisch, den kulturellen Hintergrund der Patient\*innen besser verstehen lernen zu können. Rund ein Drittel (n=30) hatte eine Behandlung schon einmal aus sprachlichen Gründen, 6,8% (n=6) schon einmal aus kulturellen Gründen abgebrochen.

In den vertiefenden Interviews wurden als Lösungsstrategien bei interkulturellen Herausforderungen genannt, sich um eine kultursensible Behandlung zu bemühen und Probleme offen anzusprechen sowie sich mit interkulturellen Themen außerhalb des Praxisalltages zu beschäftigen. Von Psychiater\*innen wurde genannt, die eigene Haltung zu reflektieren und sich mit (unbewussten) Vorurteilen auseinanderzusetzen.

### **Vertrautheit mit interkultureller Kompetenz**

Mehr als zwei Drittel (70,5%; n=62) gaben an, schon vom Begriff *Interkultureller Kompetenz* gehört zu haben; Psychiater\*innen häufiger (n=40; 81,8%) als Hausärzt\*innen (n=22; 57,9%;  $\beta=1,404$ ;  $p=0,010$ ;  $OR=4,070$ ). Die Arbeit „*nur mit qualifizierten Dolmetschenden*“ zählte nur eine Minderheit aller Befragten (6,8%; n=6) zur interkulturellen Kompetenz.

### **Einschätzung zur eigenen interkulturellen Kompetenz und zur interkulturellen Kompetenz im beruflichen Umfeld**

Die meisten Befragten (77,8%; n=42), welche angaben, sich unter interkultureller Kompetenz etwas vorstellen zu können (n=54), hielten sich selbst für interkulturell kompetent. Zwei Drittel (65,9%; n=58) hielten die Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden sich auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund einzulassen, für (eher) vorhanden. „*Überlastung/Zeitmangel*“ (n=3) und „*geringe Offenheit/Berührungsängste*“ (n=3) waren die mehrfach angegebenen Gründe von Ärzt\*innen, welche glaubten, die Bereitschaft

ihrer Mitarbeitenden sei (eher) nicht vorhanden sich auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund einzulassen.

In den vertiefenden Interviews wurden auch ablehnende Haltungen gegenüber der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund im ärztlichen Kollegenkreis thematisiert. Es dominierte dabei die Einschätzung, dass es sich um eine Minderheit der Kolleg\*innen handelte.

### **Fortbildungen**

Ein Drittel der Befragten (33,0%; n=29) hatte schon einmal an interkulturellen Fortbildungen teilgenommen, etwas mehr als die Hälfte (55,7%; n=49) bekundete Interesse. Über die Hälfte (56,8%; n=50) glaubte, dass interkulturelle Themen während der Ausbildung eine größere Rolle spielen sollten.

In den vertiefenden Interviews wurde vorgeschlagen, dass Fortbildungen interaktive Formate beinhalten sollten und von Menschen mit engen persönlichem Bezug zu interkulturellen Themen geleitet werden.

### **Wünsche und Vorschläge**

Nach eigenen Wünschen für sich selbst als Patient\*in im nicht-deutschsprachigen Ausland gefragt, wurden am häufigsten *sprachliche Verständigung* (n=20), *Offenheit/Interesse/Neugier* (n=18), *Empathie/Zuwendung/Einfühlungsvermögen* (n=15) und *Professionalität / fachliche Kompetenz* (n=14) genannt.

In den vertiefenden Interviews richteten die Ärzt\*innen am häufigsten Wünsche an das Gesundheitssystem, konkret wurde eine Verbesserung von Kommunikationsmöglichkeiten bei Sprachbarrieren gefordert. Von Ärzt\*innen wünschten sich viele Befragte Offenheit und Neugier gegenüber Menschen anderer kultureller Hintergründe. Am seltensten wurden Wünsche an Patient\*innen mit Migrationshintergrund formuliert, diese betrafen häufig Deutschkompetenzen.

## 4 Diskussion

Zunächst werden die Resultate aus quantitativem und qualitativem Studienteil interpretiert, kritisch beleuchtet und im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert. Anschließend wird auf Limitationen der Studie eingegangen. Den Abschluss bilden Resümee und Ausblick.

### 4.1 Demografie und Praxisstruktur

Insgesamt kann von einer berufserfahrenen Stichprobe mit kontinuierlichem Beschäftigungsverhältnis ausgegangen werden: über die Hälfte aller befragten Ärzt\*innen arbeitete mehr als 10 Jahre im derzeitigen Arbeitsverhältnis. Die am häufigsten vertretene Altersgruppe bildeten die 51- bis 60-Jährigen. Keiner der Studienteilnehmenden war unter 30 Jahre alt. Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt, *„dass der demografische Wandel längst auch die Ärzteschaft betrifft“* und sich die Verteilung der berufstätigen Ärzt\*innen auf die Altersgruppen zu den höheren Altersjahren verschoben hat (Bundesärztekammer, 2017). Eine Niederlassung erfolgt zudem in der Regel erst nach abgeschlossener Facharztausbildung. Die Altersverteilung der Stichprobe in der vorliegenden Studie muss also nicht zwingend Verzerrungseffekten zugeschrieben werden.

Im Vergleich der Teilstichproben fielen einige Unterschiede im Städtevergleich auf. Dresdner waren im Vergleich zu Berliner Studienteilnehmenden deutlich jünger und arbeiteten kürzer in ihrem derzeitigen Arbeitsverhältnis. Eine Verzerrung der eigentlichen Verhältnisse durch die kleine Stichprobe könnte eine Erklärung hierfür sein. Möglicherweise stieß auch das Thema der Studie bei jüngeren Ärzt\*innen in Dresden auf ein überdurchschnittlich hohes Interesse.

In Berlin hatten deutlich mehr Studienteilnehmende einen Migrationshintergrund (29,1%) als in Dresden (6,1%). Eine Erklärung hierfür ist, dass der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin im Jahr 2018 mit 34,1% (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018) deutlich höher lag als in Dresden mit 11,3% (Oertel, 2018) und sich dies auch bei den befragten niedergelassenen Ärzt\*innen widerspiegelte. In beiden Städten waren Ärzt\*innen mit Migrationshintergrund in der Stichprobe im

Vergleich zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert wie ein Vergleich der oben aufgeführten Zahlen zeigt. Die geringe Stichprobengröße muss bei der Interpretation dieser Zahlen berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse ähnlicher Studien, welche eine Unterrepräsentation von Behandelnden mit Migrationshintergrund feststellten (Möske et al., 2012; Odening et al., 2013; Penka, et al., 2015), erscheinen die Ergebnisse jedoch plausibel. In der repräsentativen Befragung von Möske et al. (2012) von Psychotherapeut\*innen in Hamburg betrug der Anteil der Therapeut\*innen mit Migrationshintergrund lediglich die Hälfte des allochthonen Bevölkerungsanteils.

Die im Fragebogen angegebenen Schätzwerte zur Anzahl der behandelten Patient\*innen im letzten abgeschlossenen Quartal variierten, insbesondere in der Gruppe der Psychiater\*innen, wie zu erwarten, stark. Mögliche Gründe sind zum einen unterschiedliche Beschäftigungsverhältnisse (beispielsweise niedrigere Patient\*innenzahlen durch Arbeit in Teilzeit) sowie die bekannten Variationen zwischen den Fachdisziplinen, wie Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen:

Die durchschnittliche Patientenanzahl pro Quartal war im 1. Quartal 2017 mit 900,2 behandelten Patient\*innen bei Hausärzt\*innen deutlich höher als mit 534,4 behandelten Patient\*innen bei Psychiater\*innen. Am deutlichsten war der Unterschied zu Psychotherapeut\*innen, welche im Schnitt nur 48,8 Patient\*innen behandelt hatten. Dies ist mit dem ausgesprochen hohen Zeiteinsatz pro Patient\*in, der mit Psychotherapien verbunden ist, erklärt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017).

## **4.2 Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

### **4.2.1 Konsultationsanlässe von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Häufige Konsultationsanlässen von Patient\*innen mit Migrationshintergrund wurden in den vertiefenden Interviews thematisiert. Psychische Probleme wie Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen und Posttraumatische Belastungsstörungen wurden von fast allen interviewten Ärzt\*innen genannt. Einige Ärzt\*innen brachten psychische Belastungen ihrer Patient\*innen mit deren Migrationserfahrungen in Zusammenhang.

Dies steht im Einklang mit einigen Studien zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland: es gibt Hinweise darauf, dass Depressionen und psychosomatische Erkrankungen häufiger bei Menschen mit Migrationshintergrund auftreten (Frank et al., 2017) und Geflüchtete vermehrt von posttraumatische Belastungsstörungen betroffen sind (Bustamante et al., 2018; Fazel et al., 2005; Winkler et al., 2019). Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass migrationsspezifische Belastungsfaktoren die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen erhöhen können (Bustamante et al. 2018; Razum et al., 2008).

In der vorliegenden Studie berichten fast alle Hausärzt\*innen, dass psychische Erkrankungen häufige Konsultationsanlässe von Patient\*innen mit Migrationshintergrund sind. Dies entspricht den Konsultationsanlässen der Patient\*innen ohne Migrationshintergrund, so zählen Depressionen zu den häufigsten fünf Krankheitsbildern in der Hausarztpraxis (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2016). Patient\*innen mit Migrationshintergrund, welche mit psychischen Problemen in die Hausarztpraxis kommen, stellen jedoch Hausärzt\*innen vor spezifische Herausforderungen. Machleidt und Graef-Callies weisen darauf hin, dass das primäre Aufsuchen von Hausärzt\*innen durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund und das seltene oder späte Einbeziehen von Psychiatern ein „Kernproblem“ in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten darstellt (Machleidt, W. & Calliess, I, 2003). Dieses „Kernproblem“ kann durch eine falsche oder späte Zuordnung von kulturspezifischen Symptomen<sup>2</sup> sowie durch eine erschwerte Vermittlung einer psychotherapeutischen Behandlung aufgrund von Sprachbarrieren verursacht sein und eine Fehl- und Unterversorgung dieser Patient\*innengruppe bedeuten. Interkulturelle Kompetenzschulungen und Maßnahmen zum Ausbau interkultureller Öffnung bei Hausärzt\*innen erscheinen vor diesem Hintergrund besonders relevant.

---

<sup>2</sup> Machleidt und Calliess (2003, S. 858) stellen im Kapitel 34.2. *Krankheitsbilder im Kulturvergleich* eine Vielzahl von Untersuchungen vor, wo kulturspezifische Symptome bei psychiatrischen Erkrankungen beschrieben sind. Beispielsweise gibt es Hinweise, dass „in außereuropäischen Kulturen Depressionen durch die stärkere Fokussierung auf somatische Beschwerden häufig als körperliche Erkrankung erscheinen [können]“.

#### **4.2.2 Herkunftsländer der Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Die von den Studienteilnehmenden genannten Schwerpunktländer, aus denen ihre Patient\*innen mit Migrationshintergrund stammten, spiegeln in etwa die häufigsten Herkunftsländer von Menschen mit Migrationshintergrund wieder: in Dresden wurden Syrien, gefolgt von der Russischen Föderation und Vietnam am häufigsten genannt. Laut einem Bericht der Kommunalen Statistikstelle der Landeshauptstadt Dresden aus dem Jahr 2018 waren die häufigsten Bezugsländer in Dresden die Russische Föderation, Syrien und Polen (Oertel, 2018, S.4). Von Berliner Ärzt\*innen wurde mit Abstand am häufigsten die Türkei, gefolgt von Syrien genannt. Laut Statistischem Bericht Berlin-Brandenburg 2018 hatten in Berlin lebende Menschen mit Migrationshintergrund am häufigsten Wurzeln in der Türkei, gefolgt von den arabischen Ländern, wozu Syrien zählt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018, S. 16).

#### **4.3 Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund**

Wie in zahlreichen anderen Studien (Bungartz et al., 2011; Gerlach et al., 2008; Karger et al., 2017; Nesterko & Glaesmer, 2015; Odening et al., 2013; Papic et al., 2012;) zeichneten vor allem sprachliche Verständigungsprobleme für die Befragten als große Herausforderung ab. Weitere Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund waren ein (*divergierendes*) *Krankheitsverständnis* sowie *Anamnese* und *Compliance*. *Anamnese* und *Compliance* stellten besonders für Hausärzt\*innen eine Herausforderung dar.

Mögliche Folgen interkultureller Herausforderungen wurden in den vertiefenden Interviews thematisiert. B-05-P hatte bei sich selbst beobachtet, „*dass unterschwellig doch so eine gewisse Anspruchs- und vielleicht sogar manchmal Vorwurfshaltung einfließt*“ (B-05-P\_13), wenn Therapiekonzepte aufgrund divergierender Krankheitsvorstellungen nicht auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund anwendbar waren.

Probleme bei *Anamnese* und *Compliance* könnten zum einen auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zurückzuführen sein. Möglicherweise treten diese insbesondere als Herausforderung in den Vordergrund, wenn zeitliche Ressourcen knapp sind, worauf die höhere Patienten\*innenzahl pro Quartal bei Hausärzt\*innen

hinweist. Dass viele Ärzt\*innen ein *divergierendes Krankheitsverständnis* als herausfordernd beschrieben, weist jedoch auch auf Herausforderungen jenseits der Sprachbarriere hin. Auch von Odening et al. (2013) befragte Psychotherapeut\*innen gaben interkulturelle Differenzen in Krankheitsverständnis und Symptompräsentation als herausfordernd an.

Karger et al. (2017) geben zu bedenken, dass „*Sprachschwierigkeit auch ein sozial akzeptierter Oberbegriff für Interaktionsprobleme sein [könnte]*“. Kulturelle Verständigungsprobleme stellen sich jedoch oftmals komplexer dar und machen eine besondere Sensibilisierung der Gesundheitsmitarbeiter\*innen notwendig (Bungartz et al., 2011). Strategien zum Abbau von Sprachbarrieren sind wichtig, unterlaufen jedoch ohne die Implementierung von Maßnahmen darüber hinaus der Gefahr zu kurz zu greifen (Napier et al., 2014).

## **4.4 Aspekte Interkultureller Öffnung**

### **4.4.1 Repräsentation von Patient\*innen mit Migrationshintergrund in den Praxen**

Die große Mehrheit der Studienteilnehmenden gab an, Menschen mit Migrationshintergrund als Patient\*innen in Behandlung zu haben. Relevante Unterschiede im Vergleich der Teilstichproben konnten nicht festgestellt werden.

Auch hier könnten Stichprobenverzerrungen von Bedeutung sein: Ärzt\*innen, welche keine Patient\*innen mit Migrationshintergrund behandeln, haben möglicherweise nicht an der Studie teilgenommen, weil sie sich nicht betroffen fühlten.

Die meisten der Befragten hatten einen Anteil von bis zu einem Viertel an Patient\*innen mit Migrationshintergrund. In Berlin wurde von wenigen Ärzt\*innen ein sehr hoher Migrantenanteil von über 50% an der Gesamtpatientenzahl angegeben. Diese auffällig hohe Inanspruchnahme einzelner Praxis durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund könnte ein Hinweis für die bereits existierende interkulturelle Öffnung dieser Praxen sein.

Asylsuchende waren in über der Hälfte der Praxen als Patient\*innen repräsentiert. Im Vergleich der Teilstichproben fiel auf, dass Dresdner Ärzt\*innen häufiger als Berliner

Ärzt\*innen angaben, Asylsuchende als Patient\*innen zu haben. Die vertiefenden Einzelinterviews untermauerten diese Ergebnisse: die Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund wurde von Dresdner Ärzt\*innen homogener beschrieben als von Berliner Ärzt\*innen. Fast alle Dresdner Interviewten bezogen sich ausschließlich auf Patient\*innen aus arabischen Herkunftsländern mit Fluchterfahrung und eingeschränkten Deutschkenntnissen, wenn nach Patient\*innen mit Migrationshintergrund gefragt war. Hingegen wurde die Gruppe der Patient\*innen mit Migrationshintergrund von Berliner Ärzt\*innen diverser beschrieben. Es wurde unter anderem auf EU-Ausländer, Menschen mit Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation und Schutzsuchende eingegangen.

Dass bis auf eine Befragte, welche auch Patient\*innen mit russischem und thailändischem Migrationshintergrund erwähnte, Dresdner Interviewte sich ausschließlich auf eine Subgruppe bezogen, wenn allgemein nach Patient\*innen mit Migrationshintergrund gefragt wurde, könnte darin begründet liegen, dass diese Ärzt\*innen tatsächlich mehrheitlich von dieser Patient\*innengruppe aufgesucht werden. Es könnte auch auf eine selektive Wahrnehmung dieser Patient\*innengruppe hindeuten. Dass der ärztliche Blick auf Patient\*innen mit Migrationshintergrund zum Teil selektiv ist und einzelne Erfahrungen verallgemeinernd auf ganze Patientengruppen übertragen werden, wurde in qualitativen Untersuchungen von Ärzt\*innen festgestellt (Gerlach et al., 2008; Karger et al., 2017). Karger et al. (2017, S.288) weisen darauf hin, dass *„Patientengruppen, die durch Sprachbarrieren, ein fremdes Erscheinungsbild beziehungsweise fremde Verhaltensweisen auffielen und sich von dem prototypischen Bild des Mitteleuropäers beziehungsweise Standardpatienten der Lehrbücher unterschieden“* häufiger als Menschen mit Zuwanderungsgeschichte wahrgenommen wurden als Patient\*innen mit *„unauffälligerem Migrationshintergrund“* wie beispielsweise aus den östlichen Nachbarländern.

#### **4.4.2 Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen**

Lediglich etwa 15% der Befragten war der Ansicht, es gebe medizinische Leistungen, die von ihren Patient\*innen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen würden als von anderen Patient\*innen. Eine deutlich geringere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund konnte durch die Befragten der vorliegenden Studie also nicht festgestellt werden.

In der Literatur sind Versorgungsdefizite in den Bereichen Gesundheitsprävention, Vorsorge und Rehabilitation (Kohls, 2011; Mösko et al., 2011; Spallek et al., 2010) und ambulanter psychotherapeutischer Angebote (Möske et al., 2012) beschrieben. Eine verminderte Inanspruchnahme von Angeboten durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund wurde auch von einzelnen Ärzt\*innen in dieser Studie erwähnt. Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf den subjektiven Einschätzungen der befragten Ärzt\*innen und können nur die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patient\*innen mit Migrationshintergrund erfassen, die Ärzt\*innen aufsuchen. Die weitaus größeren Defizite sind jedoch bei denjenigen Patient\*innen zu erwarten, für welche der Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem bereits eine Barriere darstellt. Hierzu können die bekannten Zugangsbarrieren wie zum Beispiel Angst vor arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen führen, was insbesondere Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus betrifft (Razum et al., 2008). Um valide Daten zur Inanspruchnahme zu generieren, sind populationsbasierte Studien sowie bereits geforderte Stichtagerhebungen notwendig (Penka et al., 2015).

#### **4.4.3 Umgang mit Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkompetenzen**

Etwas weniger als ein Fünftel gab an, es sei für die Kommunikation keine Sprache außer Deutsch erforderlich. Auch in einer Studie zur Verständigung mit Patient\*innen aus der Sicht von Leipziger Hausärzt\*innen wurden die Deutschsprachkenntnisse der Patient\*innen als eher gering eingeschätzt (Nesterko & Glaesmer, 2015).

Eine wesentliche Voraussetzung für die meisten Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktionen ist eine sprachliche Verständigung. Es konnte gezeigt werden, dass sich eine Sprachbarriere nachteilig auf die Behandlung auswirken kann (Razum et al., 2008; Schreiter et al., 2016; Yeo, 2004).

#### **Abbruch oder Ablehnung einer Behandlung bei bestehender Sprachbarriere**

Rund ein Drittel der Befragten hatte eine Therapie aus sprachlichen Gründen schon einmal abgebrochen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Odening et al. (2013) in einer Befragung von Psychotherapeut\*innen in Berlin; in dieser Untersuchung hatten

30,5% der Behandelnden schon einmal eine Therapie aus sprachlichen Gründen abgelehnt (Odening et al., 2013).

In den vertiefenden Interviews legten wenige Ärzt\*innen in beiden Städten offen, dass im Falle von niedrigen Deutschkompetenzen der PatientInnen eine Behandlung in ihrer Praxis nicht zustande käme. Bei diesen Ärzt\*innen handelte es sich um Psychiater\*innen, welche die Bedeutung der sprachlichen Verständigung für eine Psychotherapie betonten. Auch wenn es nachvollziehbar erscheint, dass Sprache in der Psychiatrie ein „zentrales Handwerkzeug“ darstellt (Keller, 2011, S.15), ist dies im Bezug auf die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung bedenklich. Die Gewährleistung einer Behandlung auch bei bestehender Sprachbarriere ist dringend notwendig. Der Bedarf an professionellen Dolmetscher\*innendienstleistungen sowie einer Schulung in triadischer und kultursensibler Kommunikation wird vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse deutlich.

### **Fremdsprachige Behandlung durch Ärzt\*innen**

Die am häufigsten für die Behandlung benötigten Sprachen waren nach Englisch in beiden Städten, Türkisch und Arabisch in Berlin und Arabisch und Russisch in Dresden. Die meisten Berliner Befragten gaben an Englisch, Französisch und Spanisch zu sprechen, Dresdner Befragte sprachen am häufigsten Englisch, Französisch und Russisch. Dies deutet auf eine Bedarfslücke für türkische und arabische Behandlungen hin. Eine bestehende Diskrepanz zwischen den Sprachkompetenzen von Behandelnden und dem Sprachbedarf von Patient\*innen ist bekannt (Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Schouler-Ocak & Aichberger, 2015; Schreiter et al., 2016).

### **Ad-hoc Sprachvermittelnde**

Übersetzer\*innen wurden in vielen Fällen bei Sprachbarrieren hinzugezogen. Überwiegend waren diese jedoch nicht-professionell. Über die Hälfte aller Befragten verständigte sich *mithilfe volljähriger Familienmitglieder / Freund\*innen* mit ihren Patient\*innen mit Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte verständigte sich *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder / Freund\*innen*. Hausärzt\*innen gaben häufiger als Psychiater\*innen an, *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder / Freund\*innen* und/oder

*mithilfe von Praxispersonal* zu kommunizieren. Ein Bewusstsein für die Problematik von Laiendolmetschenden wurde in den vertiefenden Einzelinterviews teilweise deutlich.

Die verbreitete Nutzung von Laiendolmetschenden im ambulanten und stationären Versorgungssystem ist bekannt und wird nicht empfohlen (Karger et al., 2017; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Razum et al., 2008). Probleme hierbei können unvollständige oder fehlerhafte Übersetzungen sein (Flores et al., 2012), die zu Missverständnissen und Konflikten zwischen Patient\*in, Ärzt\*in und Übersetzer\*in führen (Zendedel et al., 2016). Die Einhaltung der Schweigepflicht ist ferner bei Laiendolmetschenden nicht voraussetzbar. Besonders problematisch ist das Hinzuziehen von Kindern und Jugendlichen als Übersetzende medizinischer Gespräche, da Kinder mit medizinischer Terminologie in der Regel nicht genügend vertraut sind und Gesprächsinhalte oftmals nicht kindgerecht sind (Flores, 2005; Juckett & Unger, 2014), was zu fehlerhaften Übersetzungen, Verunsicherung bei den Kindern und zu Solidaritätskonflikten mit den Eltern führen kann. Hier sollte noch betont werden, dass Kindern eine große Verantwortung übertragen und sie dadurch überfordert werden. Zudem besteht die Gefahr, dass Kinder durch die zu übersetzenden Inhalte, wie beispielsweise Schilderungen von Fluchterfahrungen, traumatisiert werden können. Offenbar werden diese Faktoren von einigen Ärzt\*innen nicht genügend bedacht.

Dass Hausärzt\*innen in der vorliegenden Studie häufiger als Psychiater\*innen angaben, *mithilfe minderjähriger Familienmitglieder / Freund\*innen* und *mithilfe Praxispersonal* zu kommunizieren, lässt sich möglicherweise damit erklären, dass in der hausärztlichen Praxis sprachlich weniger komplexe und sensible Themen besprochen werden als in einer psychotherapeutischen Behandlung. Bungartz et al. (2011) weisen auf Studien hin, die darauf hindeuten, dass in der Hausarztpraxis sich die Kommunikation mit Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen vor allem auf medizinische Sachthemen beschränke. Soziokulturelle Hintergründe der Patient\*innen, welche wesentlich für die hausärztliche Arbeit seien, würden häufig nur unzureichend berichtet und berücksichtigt (Ali et al., 2006; Koch & Müller, 2007).

## **Zusammenarbeit mit professionell Dolmetschenden**

Die Zusammenarbeit mit professionell Dolmetschenden war bei den Ärzt\*innen weniger verbreitet als der Einsatz von Laiendolmetschenden oder non-verbaler Kommunikation. In den vertiefenden Interviews äußerten sich die meisten Ärzt\*innen prinzipiell aufgeschlossen gegenüber professionellen Dolmetscher\*innendiensten, es wurden aber auch Bedenken zum Beispiel bezüglich der konkreten Umsetzung angesprochen. Im Fragebogen war der meist genannte Grund der Ärzt\*innen, welche angegeben hatten nicht mit professionell Dolmetschenden zusammen zu arbeiten, *„zu großer organisatorischer Aufwand unabhängig von der Kostenübernahme“*.

Die Notwendigkeit von professionell Dolmetschenden bei Sprachbarrieren ist in Fachkreisen breiter Konsens (Brandl et al., 2019; Juckett & Unger, 2014; Machleidt, 2002; Penka et al., 2015). Es wurde festgestellt, dass die Qualität der Übersetzung durch professionell Dolmetschende Laiendolmetschenden überlegen ist und der Einsatz von qualifizierten Dolmetschenden zur Erhöhung der Patient\*innenzufriedenheit und der Verbesserung der Behandlungsqualität beiträgt (Flores, 2005; Flores et al., 2012; Karliner et al., 2007). Professionelle Dolmetschende können ferner über die sprachliche Übersetzung hinaus eine Funktion als Kulturmittler\*innen übernehmen und für die Behandlung relevante kulturelle Kontextfaktoren einordnen helfen (Penka et al., 2012).

Der wenig verbreitete Einsatz von professionell Dolmetschenden im ambulanten Behandlungskontext ist bekannt (Karger et al., 2017; Mösko et al., 2012; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015), die Ergebnisse der vorliegenden Studie bilden hierbei keine Ausnahme. Bisher fehlen gesetzliche Regelungen zur Organisation und Finanzierbarkeit von Dolmetscher\*innendiensten für die medizinische Versorgung (Schreiter et al., 2016). Dass niedergelassene Ärzt\*innen angesichts ihrer selbstständigen Tätigkeit, welche neben der ärztlichen Behandlung auch organisatorische und wirtschaftliche Belastungen umfassen, den organisatorischen Aufwand als Begründung für die fehlende Zusammenarbeit mit Dolmetschenden nennen, ist nachvollziehbar. Eine Gewährleistung professioneller Dolmetscher\*innendienste sollte auf institutioneller Ebene stattfinden und nicht der alleinigen individuellen Verantwortung von niedergelassenen Ärzt\*innen unterstellt werden wie bereits mehrfach gefordert wurde (Brandl et al., 2019; Machleidt, 2002; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015)

#### 4.4.4 Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen

Insgesamt arbeitete etwas mehr als ein Drittel aller Befragten mit migrantenspezifischen Einrichtungen zusammen. Im Städtevergleich gaben wesentlich mehr Dresdner Ärzt\*innen Kooperationen an als Berliner Ärzt\*innen. Die mit Abstand am häufigsten angegebene Kooperation von Dresdner Befragten bestand mit der „*Flüchtlingsambulanz*“ (offiziell: *Internationale Praxis Dresden*). In den vertiefenden Einzelinterviews zeichnete sich ab, dass die Dresdner Ärzt\*innen insbesondere bei Sprachbarrieren Patient\*innen an die *Internationale Praxis* verwiesen. Die Funktion dieser Ambulanz wurde von den Dresdner Ärzt\*innen kontrovers beurteilt. Ein genannter Kritikpunkt war, dass die Internationale Praxis als medizinische Anlaufstelle für „*nicht-deutsche Bürger*“ (D-02-H\_23) missverstanden würde, was dazu führe, dass Patient\*innen mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten hätten, Hausärzt\*innen der Regelversorgung zu finden.

Die *Internationale Praxis* wurde im Jahr 2015 als *Flüchtlingsambulanz* nach Absprachen der *Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen* mit verschiedenen Ämtern auf Stadt- und Landesebene, dem Universitätsklinikum Dresden und Vereinen zur medizinischen Versorgung Geflüchteter gegründet. Die Ambulanz besteht bis heute fort. Aktuell wird eine haus-, kinder- sowie frauenärztliche Sprechstunde angeboten. Nach eigenen Angaben zeichnet sich die Ambulanz durch ein interkulturelles Praxisteam aus Mediziner\*innen, Fachangestellten sowie Sprach- und Kulturmittlelnden aus. Pro Quartal kommen 2500 Patient\*innen in die Praxis, die meisten Herkunftsländer sind Syrien und Afghanistan („*Internationale Praxis Dresden*“, 2019).

Die Zusammenarbeit von Strukturen der Regelversorgung mit migrantenspezifischen Institutionen ist ein Aspekt *Interkultureller Öffnung* (Penka et al. 2015). Eine Etablierung von spezifischen Diensten im Sinne von Parallelinstitutionen als Alternative zur Regelversorgung erscheint hingegen problematisch, da die Gefahr besteht, dass die vielfach erhobene Forderung nach der Öffnung von Regeldienste (Machleidt, 2002; Penka et al., 2015; Schouler-Ocak et al., 2012) dadurch umgangen wird.

Die flächendeckende Einrichtung spezialisierter Behandlungsangebote für Patient\*innen mit Migrationshintergrund kann kaum die Heterogenität aller Patient\*innengruppen

abbilden (Brozoska & Razum, 2014). Auch Menschen, welche über einen gemeinsamen kulturellen oder sprachlichen Kontext verfügen, können sich anhand zahlreicher Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Hintergrund, sexueller Orientierung unterscheiden und dadurch sehr unterschiedliche Bedürfnisse haben. Ferner verfolgt die Etablierung von parallelen Versorgungsstrukturen einen stark kulturalisierenden Ansatz und fördert unter Umständen das Risiko von Ausgrenzung und Stigma (Razum & Spallek, 2014). Der pluralistischen, multikulturellen Realität, in der Menschen aus verschiedenen Kontexten in einer Gesellschaft zusammen leben, wird dieser Ansatz somit nicht gerecht. Nicht zuletzt bestehen Bedenken bezüglich der Sicherstellung von Qualität und Finanzierbarkeit von Parallelangeboten außerhalb der Gesundheitsregelversorgung (Razum et al., 2008; Razum & Spallek, 2014).

## **4.5 Aspekte interkultureller Kompetenz**

### **4.5.1 Aspekte interkulturellen Wissens**

Wissen über die Migrationsursachen ihrer Patient\*innen sowie über kulturspezifische Erklärungsmodelle von Krankheiten war bei ungefähr zwei Dritteln aller Befragten vorhanden. In den vertiefenden Interviews wurde vereinzelt erwähnt kulturspezifische Symptome in der Anamnese zu beachten. Ebenfalls etwa zwei Drittel insgesamt gaben an, dass ethnische Besonderheiten in der Pharmakotherapie beachtet werden müssen. Kultursensible Anamnesebögen waren kaum bekannt. Über die Hälfte aller Befragten ging davon aus, dass Zugangsbarrieren für Patient\*innen mit Migrationshintergrund zum deutschen Gesundheitssystem bestehen.

Das standardisierte Abfragen migrationsassoziiertter Aspekte in der Anamnese kann Verständigungsschwierigkeiten vorbeugen (Gießelmann, 2016). Das Diagnosemanual DSM-V der amerikanischen Fachgesellschaft für Psychiatrie stellt mit dem *Cultural Formulation Interview (CFI)* (Falkai et al., 2018) einen kultursensiblen Anamnesebogen zur Verfügung, welcher auch auf Deutsch verfügbar ist.

Eine Erklärung für die in dieser Studie gefundenen Unterschiede zwischen den Fachrichtungen könnte sein, dass Themen bezüglich Herkunft und Identität in der psychiatrischen Anamnese und Psychotherapie möglicherweise häufiger zur Sprache

kommen. Eventuell sind Psychiater\*innen auch verstärkt durch bereits durchgeführte Studien zu interkultureller Öffnung (Möske et al., 2013; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015) und die psychiatrischen Fachgesellschaften mit interkulturellen Themen konfrontiert. Hierfür könnte auch sprechen, dass deutlich mehr Psychiater\*innen angaben, mit dem Konzept der interkulturellen Kompetenz vertraut zu sein als Hausärzt\*innen. Die Forderung, migrationsspezifische Faktoren stärker in den Fokus der hausärztlichen Versorgung zu rücken (Bungartz et al., 2011), erscheint vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sinnvoll und notwendig.

Die von den Ärzt\*innen am häufigsten genannten Gründe für Zugangsbarrieren *Sprachbarrieren* und *Ablehnung / Vorurteile* werden auch in der Literatur besprochen (Frank et al., 2017; Penka et al., 2012) und weisen auf einen entsprechenden Handlungsbedarf hin. Die Aussage in einem vertiefenden Interview dieser Studie *„sich eben (...) mit der eigenen Gegenübertragung bezüglich Fremdheit auseinandersetzen. Also eines, ja, vielleicht von uns selber kaum wahrgenommenen Rassismus“* (B-04-P\_13) könnte hierfür ein wichtiger Schritt für Behandelnde sein, zu welchem in der ärztlichen Ausbildung stärker angeregt werden sollte.

#### **4.5.2 Aspekte interkultureller Fertigkeiten**

Das offene Ansprechen von Irritationen und das Erfragen von Unverständlichem zeichneten sich in den vertiefenden Interviews als von den Ärzt\*innen angewandte Lösungsstrategie bei Herausforderungen in der Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund ab. Auch kultursensible Kommunikation wie das Beachten von religiösen Besonderheiten bei der Begrüßung von Patient\*innen wurde thematisiert. Die eigene Haltung zu reflektieren war ein Aspekt, den ausschließlich Psychiater\*innen in den vertiefenden Interviews nannten.

Diese Aspekte sind Bestandteil interkultureller Fertigkeiten (Qureshi et al., 2008; Schouler-Ocak, Graef-Calliess et al., 2015; von Lersner, 2017).

Die Reflexion der eigenen Sozialisation, beruflicher Rollenvorstellung sowie kultureller Normen und Stereotype ist nicht nur bei der Behandlung von Patient\*innen aus verschiedenen kulturellen Kontexten relevant. Ohne diesen initialen Schritt laufe *„jede Arzt-Patienten-Kommunikation in Gefahr aufgrund von Stereotypen-Denken fehlzuschlagen“* (Gießelmann, 2016). Psychiater\*innen sind womöglich mit dieser

Technik eher vertraut, da sie für das psychotherapeutische Arbeiten allgemein relevant ist.

#### **4.5.3 Aspekte interkultureller Haltung**

Die Mehrheit gab an sich bei der Behandlung von Patient\*innen mit anderem kulturellen Hintergrund wohlfühlen und hielt interkulturelle Kompetenz für notwendig.

Knapp 14% aller Befragten gaben jedoch an, sich „eher nicht“ oder „gar nicht“ wohlfühlen, wenn ihre Patient\*innen einen anderen kulturellen Hintergrund hatten als sie selbst. Über ein Fünftel hielt es für wichtig, dass Ärzt\*in und Patient\*in denselben kulturellen Hintergrund haben. Knapp 7% hatten eine Behandlung schon einmal aus kulturellen Gründen abgebrochen. Über die Hälfte der Studienteilnehmenden gab an, sich eine *höhere Integrationsbereitschaft der Patient\*innen* mit Migrationshintergrund zu wünschen.

Zum Teil fanden sich auffallend stereotype Beschreibungen von Patient\*innen mit Migrationshintergrund. Einzelne Ärzt\*innen sahen für diese Patientengruppe bestehende Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem in einer „*Erwartungshaltung der Patienten*“ begründet. In den vertiefenden Interviews wurde erwähnt, dass „*fast alle noch eine Bestätigung [wollen], dass sie so schwer krank sind, dass sie nicht ausgewiesen werden können, egal wie das Ergebnis war.*“ (D-05-H\_15).

Insgesamt zeigte sich die Mehrheit der Befragten aufgeschlossen gegenüber Patient\*innen mit Migrationshintergrund und optimistisch, dass sie die Hintergründe ihrer Patient\*innen besser verstehen lernen können. Es gab jedoch auch Anhalt für Berührungängste und Ressentiments bei Behandelnden. Eine Verantwortungsdelegation an Patient\*innen mit Migrationshintergrund für das Zustandekommen und Gelingen einer medizinischen Behandlung und stereotypes Denken der Behandelnden wurden in der vorliegenden Studie wie auch in anderen Untersuchungen (Gerlach et al, 2008; Karger et al, 2017) gefunden. Der Abbruch von einer Therapie aus kulturellen Gründen lag in einem ähnlichen Bereich wie bei Studien zur interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg (Möske et al., 2013) und Berlin (Odening et al., 2013). Wie Odening et al. konstatieren, ist dieser Umstand „*nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten, sondern auch in Bezug auf die Berufsordnung fragwürdig. Auf der anderen Seite verdeutlicht*

*diese hohe Ablehnungsquote auch die dringende Notwendigkeit, interkulturelle Aspekte in der Aus- und Fortbildung stärker zu adressieren“.* (Odening et al., 2013, S.68)

#### **4.5.4 Vertrautheit mit dem Konzept der interkulturellen Kompetenz**

Den Begriff *Interkulturelle Kompetenz* hatten über zwei Drittel der Ärzt\*innen schon einmal gehört, etwas weniger gaben an sich unter diesem Konzept etwas vorstellen zu können. *Offenheit, Neugier und Empathie gegenüber Menschen anderer Kulturen, Wissen über kulturelle und landesspezifische Hintergründe der Patient\*innen und Wissen über kulturspezifisches Krankheitsverständnis sowie Krankheitssymptome* waren nach der Meinung vieler Befragter Aspekte interkultureller Kompetenz. Auch die Fähigkeit trotz Sprachbarrieren mit Patient\*innen zu kommunizieren, wurde häufig genannt. Weniger als zehn Prozent der Befragten zählten hingegen die *Arbeit nur mit qualifizierten Dolmetschern* zur interkulturellen Kompetenz.

Die von den Befragten häufig genannten Aspekte interkultureller Kompetenz decken sich mit in der Literatur aufgeführter Aspekte interkultureller Kompetenz (Qureshi et al., 2008; Schouler-Ocak, Graef-Calliess et al., 2015; von Lersner, 2017).

Ein Bewusstsein für die Relevanz von professionell Dolmetschenden bei Sprachbarrieren schien hingegen nur bei einer Minderheit der Befragten vorhanden zu sein. Es ergaben sich auch in den vertiefenden Einzelinterviews Hinweise, dass die Zusammenarbeit mit Laiendolmetschenden zum Teil unkritisch bewertet wurde. Ein Bedarf an Aufklärung und Schulung zu diesem Thema wird durch diese Ergebnisse unterstrichen. In den von Lersner et al. (2016) entwickelten *Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten* stellen „*Kenntnisse und Fertigkeiten zu dem Thema Dolmetschen im inter- und transkulturellen Kontext*“ ein obligatorisches Lernziel dar.

#### **4.5.5 Einschätzungen zur eigenen interkulturellen Kompetenz und der interkulturellen Kompetenz von Mitarbeitenden**

Im quantitativen Studienteil schätzten sich die meisten der Befragten, welche angaben, sich unter dem Konzept der interkulturellen Kompetenz etwas vorstellen zu können, als (eher) interkulturell kompetent ein.

Karger et al. (2017, S.283) stellten bei den befragten Ärzt\*innen in ihrer qualitativen Studie ein „*überwiegend positives Selbstbild hinsichtlich ihrer Beziehung zu Patienten*

*mit Zuwanderungsgeschichte oder zu deren Angehörigen“* fest. Kritische Selbstbeschreibungen kämen in expliziter Form nur selten vor.

In beiden Städten wurden ablehnende Haltungen im Bezug auf die Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund im Kolleg\*innenkreis in den vertiefenden Einzelinterviews thematisiert. Es wurde von Befragten hingegen auch betont, dass Ärzt\*innen sich für Patient\*innen mit Migrationshintergrund einsetzten.

## **4.6 Interkulturelle Fort- und Ausbildung**

### **4.6.1 Interesse an interkultureller Fort- und Ausbildung**

In der vorliegenden Studie stießen Fortbildungen zu interkulturellen Themen bei etwas mehr als der Hälfte der Ärzt\*innen auf Interesse, ein Drittel hatte bereits Fortbildungen zu interkulturellen Themen besucht. Über die Hälfte der Befragten war der Meinung, dass die Behandlung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund bereits im Studium eine größere Rolle spielen sollte. In den vertiefenden Interviews wurde mehrfach vermutet, dass Fortbildungen zu interkulturellen Themen vor allem von Kolleg\*innen besucht würden, welche ein intrinsisches Interesse an der Thematik hätten.

Unter Berücksichtigung einer möglichen Stichprobenverzerrung (überdurchschnittlich am Thema interessierte Stichprobe), könnte das Interesse an Fortbildungen in der vorliegenden Studie eher überschätzt werden.

Eine Forderung besteht darin, interkulturelle Aspekte in bereits bestehende Fortbildungsformate für Ärzt\*innen zu implementieren, zum Beispiel durch integrierte Übungen zur interkulturellen Kommunikation im Rahmen von Diabetes-Fortbildungen für Hausärzt\*innen (Bungartz et al., 2011). Der bereits bestehende Fortbildungskalender müsste somit nicht erweitert werden, was eine zusätzlichen Zeit- und Organisationsbelastung vermeiden würde (Karger et al., 2017).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Mehrheit sich eine Implementierung von interkulturellen Themen bereits im Studium wünscht. Auch in der von Karger et al.

durchgeführten Befragung hatten Ärzt\*innen geäußert, dass sie sich rückblickend schon im Studium eine bessere Vorbereitung auf die Behandlung von Patient\*innen anderer kultureller Hintergründe gewünscht hätten (Karger et al., 2017). Um alle Ärzt\*innen zu erreichen, erscheint die Forderung sinnvoll, interkulturelle Aspekte longitudinal in die ärztliche Ausbildung einzubetten. Dies kann bedeuten in der Approbationsordnung interkulturelle Kompetenzen zu verankern, so dass bereits während des Studiums eine Auseinandersetzung mit interkulturellen Themen obligatorisch erfolgt (Bungartz et al., 2011; Gießelmann, 2016).

#### **4.6.2 Fortbildungsformate und -inhalte**

Die Vermittlung von *kultursensibler Kommunikation* und *kultureller Besonderheiten in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung* wurden besonders häufig als Fortbildungsinhalte von den befragten Ärzt\*innen vorgeschlagen. Interaktive Fortbildungsformate sowie die Leitung der Fortbildungen durch Personen, die einen engen persönlichen Bezug zu interkulturellen Themen haben, zeichneten sich favorisierte Fortbildungsformate ab.

Es existieren Leitlinien für interkulturelle Kompetenztrainings für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen (von Lersner et al, 2016), welche auch eine Ausgangsbasis für ärztliche Fortbildungen bilden könnten. In diesen Leitlinien beschriebene zentrale Inhalte sind die Vermittlung von Wissensinhalten und Selbstreflexion der eigenen kulturellen Eingebundenheit sowie von Fertigkeiten in kultursensibler Kommunikation und der Arbeit mit Dolmetschenden. In einem systematischen Review konnten eine Verbesserung von Wissen, interkultureller Einstellungen und Fähigkeiten bei teilnehmendem Gesundheitspersonal sowie einer erhöhte Patient\*innenzufriedenheit durch interkulturelle Kompetenztrainings festgestellt werden (Beach et al., 2005). Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Dokumentation und Evaluation von interkulturellen Kompetenztrainings dringend erforderlich ist, um die Qualität der Angebote weiterentwickeln zu können (Möske, 2014).

Von den befragten Ärzt\*innen wurde vorgeschlagen, dass Fortbildungsformate nicht nur einmalig, sondern aufeinander aufbauend wiederholt angeboten werden sollten. Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass interkulturelle Kompetenz allgemein nicht als

einmal erlernbare Fähigkeit, sondern als sich entwickelnder Prozess verstanden wird (Napier et al., 2014; Schouler-Ocak et al., 2015) sinnvoll.

Interaktive Formate, wie Planspiele und Simulation mit Schauspieler\*innen, werden in der Literatur als didaktisch sinnvolle Mittel aufgeführt, ebenso wird die hohe Relevanz von gut ausgebildeten Dozierenden betont (Gießelmann, 2016).

Auch auf die Gefahr, dass interkulturelle Fortbildungen unter Umständen zur Replikation von Stereotypen und Vorurteilen führen können, wird in der Literatur hingewiesen (Grützmann et al., 2012; Karger et al., 2017; Napier et al., 2014). Der Sensibilisierung für die eigene kulturelle Prägung, eine Schulung im Perspektivwechsel und dem Hinterfragen (unbewusster) Stereotype kommt dabei eine bedeutende Rolle zu. Nur so könne vermieden werden, „*dass die blinden Flecken kultureller Stereotype repliziert und in der Folge verfestigt werden.*“ (Karger et al., 2017)

## **4.7 Limitationen**

Die Rücklaufquote von 25,2% im quantitativen Studienteil stellt eine der Limitationen der Studie dar. Bei per Post verschickten Fragebögen sind geringe Rücklaufquoten mit den zu erwartenden Stichprobenverzerrungen jedoch ein bekanntes Problem (Calliess et al., 2008; Nesterko & Glaesmer, 2015; Odening et al., 2013). Im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen lag die Rücklaufquote der quantitativen Befragung im Mittelfeld: an einer von Odening et al. (2013) durchgeführten Befragung zum Stand interkultureller Öffnung bei Psychotherapeut\*innen in Berlin beteiligten sich 11,7% aller Angeschriebenen. Eine ähnliche Rücklaufquote (27,9%) wie in der vorliegenden Studie lag bei einer Befragung von Leipziger Hausärzt\*innen zur Verständigung mit Patient\*innen mit Migrationshintergrund vor (Nesterko & Glaesmer, 2015). Deutlich höher lag die Rücklaufquote (80,8%) in einer von Mösko et al. (2012) durchgeführten Studie zum Stand der interkultureller Öffnung bei Psychotherapeut\*innen in Hamburg.

Von niedergelassenen Ärzt\*innen empfundener Zeitdruck, die Länge des Erhebungsinstrumentes von 60 Items, eine fehlende Aufwandsentschädigung sowie ein eingeschränktes Interesse am Thema kommen als mögliche Erklärungen für die eher geringe Studienteilnahme in Betracht. Es ist wahrscheinlich, dass es sich um eine an

dem Thema überdurchschnittlich zugewandte Stichprobe handelt. Ärzt\*innen, welche dem Thema desinteressiert bis ablehnend gegenüber standen, haben sich möglicherweise nicht an der Befragung beteiligt (Calliess et al., 2008).

Eine zweite Limitation von Erhebungen mittels Fragebögen besteht in der Tatsache, dass die Studienteilnehmende grundsätzlich einen positiven Eindruck ihrer selbst erzeugen wollen und Antworten, die im Konflikt zu ethischen, religiösen oder allgemein gesellschaftlich akzeptierten Grundsätzen stehen, eher vermeiden. Dieses Phänomen wird auch mit Antwortverhalten im Sinne der *sozialen Erwünschtheit* beschrieben (Bogner & Landrock, 2015).

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Ergebnisse auf Aussagen und Angaben der teilnehmenden Ärzt\*innen selbst beruhen und somit nur eingeschränkt objektivierbar sind (Karger et al., 2017). Untersuchungsansätze wie repräsentative Befragungen von Ärzt\*innen anderer Fachrichtungen, Patient\*innenbefragungen oder Beobachtungsstudien könnten für zukünftige Studien hilfreich sein.

Der qualitative Forschungsansatz, welcher die vertiefenden Einzelinterviews beinhaltet, kann diese Probleme teilweise kompensieren, jedoch ist auch hier mit Verzerrungen zu rechnen. Die Teilnahme an den Interviews war mit einem zeitlichen und organisatorischen Aufwand (Vereinbarung eines Termins, Durchführung des Interviews) verbunden, es ist auch hier davon auszugehen, dass sich tendenziell eher am Thema interessierte Ärzt\*innen dazu bereiterklärten. Auch bei Interviews besteht eine Einschränkung durch Antwortverhalten im Sinne der *sozialen Erwünschtheit* (Bogner & Landrock, 2015).

Durch die Interviews mit Ärzt\*innen, in denen diese im Gegensatz zum quantitativen Studienteil die Möglichkeit hatten eigene Themenschwerpunkte zu setzen, konnten jedoch Einblicke in Stimmungen und Haltungen von Ärzt\*innen insgesamt gewonnen und primär nicht berücksichtigte Aspekte aufgegriffen werden. Ferner traten durch die Gespräche persönliche Bewertungen und Haltungen in den Vordergrund, die in den Fragebögen in dieser Form nicht erfasst werden konnten, beispielsweise die große Bedeutung der Sprachbarriere und die Tatsache, dass Patient\*innen mit niedriger Deutschkompetenz teilweise abgelehnt wurden.

## 4.8 Resümee und Ausblick

Die in dieser Studie erhobenen Daten weisen darauf hin, dass die Mehrheit der Ärzt\*innen Patient\*innen mit Migrationshintergrund, einschließlich Geflüchteter, behandelte. Es wurde jedoch gleichzeitig deutlich, dass wesentliche Aspekte *Interkultureller Öffnung* noch nicht ausreichend umgesetzt sind. Am deutlichsten betrifft dies Sprachbarrieren. Verbreitet war der Einsatz von Laiendolmetschenden sowie non-verbale Verständigung. Professionell Dolmetschende wurden nur von einer Minderheit eingesetzt. Einzelne Psychiater\*innen berichteten davon, Patient\*innen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten abzulehnen. Es besteht dringender Handlungsbedarf auf struktureller Ebene, um Patient\*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Die Mehrheit der Befragten zeigte sich Patient\*innen mit Migrationshintergrund gegenüber prinzipiell aufgeschlossen und hielt interkulturelle Kompetenzen bei Ärzt\*innen für relevant. Etwas mehr als ein Fünftel hielt einen gleichen kulturellen Hintergrund von Ärzt\*in und Patient\*in für wichtig. In den vertiefenden Einzelinterviews konnte ein weites Spektrum verschiedenster Haltungen exploriert werden. Selbstreflektierende Aussagen über eigene unbewusste Rassismen kamen ebenso zur Sprache wie auffallend stereotype Zuschreibungen und Verantwortungsdelegation für eine verbesserte Behandlung an die Patient\*innen. Vorbehalte bis hin zu Ablehnung von Patient\*innen mit Migrationshintergrund wurden zum Teil deutlich und sind, auch wenn diese Einzelfälle betreffen, alarmierend.

*Sprachbarrieren* und ein *divergierendes Krankheitsverständnis* wurden von vielen Ärzt\*innen als Herausforderungen empfunden. Wünsche richteten die Befragten vor allem an das Gesundheitssystem als Institution, jedoch auch an Ärzt\*innen und Patient\*innen. Häufig betrafen diese eine Verbesserung der sprachlichen Verständigung.

Interesse an Fortbildungen zu interkulturellen Themen hatte etwas mehr als die Hälfte der Befragten. In den Interviews gaben viele Ärzt\*innen an, sich außerhalb ihres Berufsalltags mit interkulturellen Themen zu beschäftigen. Dies deutet auf einen entsprechenden Bedarf für Fortbildungen hin.

Der Städtevergleich ergab Unterschiede in einigen Bereichen, so waren Ärzt\*innen mit Migrationshintergrund beispielsweise in der Berliner Stichprobe häufiger repräsentiert. Dresdner Ärzt\*innen gaben häufiger Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen an. Die Bedeutung der *Internationalen Praxis Dresden* wurde von Dresdner Befragten kontrovers diskutiert.

Unterschiede ergaben sich auch im Fachrichtungsvergleich. Es zeigte sich die Tendenz, dass Psychiater\*innen eher dem Konzept der interkulturellen Kompetenz sowie kulturell diversen Krankheitsmodellen vertraut waren und seltener auf Minderjährige als Übersetzende oder Praxispersonal zurückgriffen als Hausärzt\*innen. In den Interviews thematisierten Psychiater\*innen häufiger die Wichtigkeit von Reflexion der eigenen Haltung. Eine stärkere Fokussierung von migrationsspezifischen Themen in der hausärztlichen Versorgung erscheint wichtig insbesondere aufgrund deren „Gatekeeper“-Funktion zur medizinischen Versorgung.

Vor dem Hintergrund, dass es sich tendenziell um eine dem Thema gegenüber besonders aufgeschlossenen Stichprobe handeln könnte, muss beachtet werden, dass die *Interkulturelle Öffnung* der Praxen bzw. Aspekte *Interkultureller Kompetenzen* von niedergelassenen Ärzt\*innen durch die vorliegenden Studienergebnisse eher überschätzt werden. Studien, welche die Selbstauskunft des befragten Gesundheitspersonals durch Patient\*innenbefragungen ergänzen sowie qualitative Ansätze sind erforderlich.

Die vorliegenden Ergebnisse machen für den von der Bevölkerung hochfrequentierten ambulanten ärztlichen Sektor deutlich, dass strukturelle Maßnahmen dringend erforderlich sind, um Patient\*innen mit Migrationshintergrund eine gleichwertige Behandlung zu gewährleisten. Hierzu gehören die institutionalisierte Bereitstellung von professionellen Dolmetscher\*innendiensten und die Förderung des Einsatzes von muttersprachlichem Personal. Ferner ist eine stärkere longitudinale Implementierung interkultureller Kompetenzen in die ärztliche Aus- und Fortbildung erforderlich. Um kulturalisierenden Sichtweisen vorzubeugen und nachhaltige Verbesserungen zu erzielen, impliziert dies neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten die Sensibilisierung für (unbewusste) Stereotype und die Anregung zur Reflexion der eigenen kulturellen Eingebundenheit.

## Literaturverzeichnis

- Aichberger, M. C., Neuer, B., Hapke, U., Rapp, M. A., Schouler-Ocak, M., & Busch, M. A. (2012). Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. *Psychiatrische Praxis*, 39, 116–121.
- Akaike, H. (1987). Factor Analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317–332.
- Ali, N., Atkin, K., & Neal, R. (2006). The Role of Culture in the General Practice Consultation Process. *Ethnicity & Health*, 11:4, 389–408. <https://doi.org/10.1080/13557850600824286>
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2017). *Statistischer Bericht A I 5 - hj 2/16. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2016*. Potsdam.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2018). *Statistischer Bericht A I 5 - hj 2/18. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2018*. Potsdam.
- Assion, H. J., & Reinbold, H. (2011). Pharmakotherapie bei psychisch kranken Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (1. Auflage). München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Barwig, K., & Hinz-Rommel, W. (1995). *Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., Cooper, L. A. (2005). Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4), 356–373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing.pdf.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 225–232. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223513>
- Bernhard, G., Knibbe, R. A., von Wolff, A., Dingoyan, D., Schulz, H., & Mösko, M. (2015). Development and Psychometric Evaluation of an Instrument to Assess

- Cross-Cultural Competence of Healthcare Professionals (CCCHP). *PLoS ONE*, 10 (12):e0, 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144049>
- Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders Overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10–20.
- Bogner, K., & Landrock, U. (2015). Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. *Mannheim, GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines)*. [https://doi.org/10.15465/gesis-sg\\_016](https://doi.org/10.15465/gesis-sg_016)
- Brandl, E., & Eckermann, G. (2017). Ethnische Aspekte in der Psychopharmakologie. In T. Graef-Calliess & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität - Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 345–358). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Brandl, E. J., Schreiter, S., & Schouler-Ocak, M. (2019). Are Trained Medical Interpreters Worth the Cost? A Review of the Current Literature on Cost and Cost-Effectiveness. *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00915-4>
- Brozoska, P., & Razum, O. (2014). Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund Beispiel medizinische Rehabilitation. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(38), 1895–1897. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387238>
- Bundesärztekammer. (2017). Wer nur Köpfe zählt macht es sich zu einfach. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Abgerufen von <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztstatistik/aerztstatistik-2017/>
- Bundespsychotherapeutenkammer Berlin. (2010). Fragebogen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin. Abgerufen von [http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/fragebogen\\_migration\\_04\\_05\\_10.pdf](http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/fragebogen_migration_04_05_10.pdf)
- Bungartz, J., Joos, S., Steinhäuser, J., Szecsenyi, J., & Freund, T. (2011). Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung einer multikulturellen Gesellschaft. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54, 1179–1186. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1365-3>
- Bungartz, J., Uslu, S., Natanzon, I., & Joos, S. (2011). Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie. *Deutscher Ärzteverlag*, 87(12), 515–522. <https://doi.org/10.3238/zfa.2011.0515>
- Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2018). Stress,

- trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>
- Butler, J. (2009). Gesundheits- und Vorsorgeverhalten von erwachsenen MigrantInnen im Bezirk Berlin-Mitte – eine Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin.*, 67–79.
- Calliess, T., Ziegenbein, M., Gosman, L., Schmauß, M., Berger, M., & Machleidt, W. (2008). Interkulturelle Kompetenz in der Facharztausbildung von Psychiatern in Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 25(3), 1–12.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2016) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern (“Dreisteller”) bei Hausärzten. Aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts, Jahr 2015. Berlin.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., Zaudig, M. (Hrsg.). (2018). Cultural-Formulation-Interview. In *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309–1314.
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung Methoden und Anwendungen Ein Überblick für die BA-Studiengänge* (1. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flores, G., Abreu, M., Pizzo Barone, C., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>
- Frank, L., Rommel, A., & Lampert, T. (2017). Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *G + G Wissenschaft (GGW)*, 17, 7–14.

- Gegner und Anhänger von Pegida mobilisieren Zehntausende. (2015). *ZEIT ONLINE*. Abgerufen von <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-10/pegida-dresden-gegenprotest-jahrestag>
- Gerlach, H., Becker, N., & Abholz, H.-H. (2008). Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *84*, 428–435. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1087184>
- Gießelmann, K. (2016). Verständigen heißt nicht Verstehen. *Deutsches Ärzteblatt*, *113*(48).
- Graef-Calliess, T., & Schouler-Ocak, M. (2017). *Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie* (1. Aufl.). Schattauer GmbH.
- Grützmann, T., Rose, C., & Peters, T. (2012). Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik in der Medizin*, *24*, 323–334. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0223-7>
- Internationale Praxis Dresden. (2019). *KVS Mitteilungen*, 3. Abgerufen von [https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Mitglieder/KVS-Mitteilungen/2019-03/kvsm2019-03\\_Asylobewerber.pdf](https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Mitglieder/KVS-Mitteilungen/2019-03/kvsm2019-03_Asylobewerber.pdf)
- Juckett, G., & Unger, K. (2014). Appropriate Use of Medical Interpreters. *American Academy of Family Physicians*, *90*(7), 476–480.
- Karger, A., Lindtner-Rudolph, H., Mroczynski, R., Ziem, A., & Joksimovic, L. (2017). „Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *63*, 280–296. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.280>
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*, *42*(2), 727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Keller, T. H. (2011). *Psychiatrie und Sprache. Themenzentrierte Interaktion* (25. Jahrga). Psychosozial-Verlag.
- Kirmayer, L. J. (2016). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, *49*(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, *3*(10), 1673–1676.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

- Kober, U. (2017). *Willkommenskultur im „Stresstest“ Einstellungen in der Bevölkerung 2017 und Entwicklungen und Trends seit 2011/12. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage (Kantar Emnid)*.
- Koch, E., & Müller, M. J. (2007). Migranten leiden lieber somatisch. Psychische Erkrankungen werden oft verneint. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 42, 30–32.
- Kohls, M. (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 1. Auflage.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Landeshauptstadt Dresden Kommunale Statistikstelle. (2016). *Deutsche Bevölkerung mit Migrationshintergrund am Ort der Hauptwohnung nach Stadtteilen, Geschlecht und Altersgruppen 2016*.
- Machleidt, W. & Calliess, I. T. (2003). Transkulturelle Psychiatrie und Behandlung von Migranten. In: M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen* (6. Aufl., S.841-861). München: Elsevier.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 73, 1208–1212. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1460-7>
- Maier, I., Kriston, L., & Bermejo, I. (2015). Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. *Gesundheitswesen*, 77(55), 749–756.
- Möske, M.-O., Gil-Martinez, F., & Schulz, H. (2012). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects (Published online). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20. <https://doi.org/10.1002/cpp.1785>
- Möske, M.-O., Pradel, S., & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 465–474. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1245-x>
- Möske, M. (2014). Interkulturelle Trainings als Baustein der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Bedarfe, Konzepte, Beispiele und Entwicklungen. *Nervenheilkunde*, 6, 445–450. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627696>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H.,

- Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A.-M., Walker, T., Watson, J., Williams, A., Willott, C., Wilson, J. Woolf, K. (2014). Culture and health. *Lancet*, *384*, 1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2015). Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht von Hausärzten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *91*(12), 506–511. <https://doi.org/10.3238/zfa.2015.0506>
- Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe — a systematic review. *European Journal of Public Health*, *20*(5), 555–563. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp195>
- Odening, D., Jeschke, K., Hillenbrand, D., & Mösko, M. (2013). Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, *45*(1), 53–72.
- Oertel, H. (2018). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Dresden in Zahlen I. Quartal 2018*.
- Oestereich, C., & Hegemann, T. (2010). Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *11*, 319–325. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265906>
- Papic, O., Malak, Z., & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Education and Counseling*, *86*, 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.015>
- Penka, S., Faißt, H., Vardar, A., Borde, T., Mösko, M. O., Dingoyan, D., Schulz, H., Koch, U., Kluge, U., Heinz, A. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung- Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *65*, 353–362. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549961>
- Penka, S., Kluge, U., Vardar, A., Borde, T., & Ingleby, D. (2012). The concept of “intercultural opening”: the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *European Psychiatry*, *27*, S63–S69. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75710-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75710-3)
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/ psychotherapeutischen

- Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55, 1168–1175. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1538-8>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. (2007). *Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege-neue Chancen. Baden-Baden*. Berlin. Abgerufen von <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Der+Nationale+Integrationsplan#0>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R., Sarvay, A., Soares, J. J. F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, C., Welbel, M., Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Prütz, F., & Rommel, A. (2017). Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 88–94. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-116>
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.11.003>
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H., & Ronellenfitsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(43), 2882–2887.
- Razum, O., & Spallek, J. (2014). Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0584-4>
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhau, B., Salman, R., Saß, A.-C., Ulrich, R. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit*.
- Rommel, A., Saß, A.-C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 543–552. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O.,

- Weilandt, C. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49, 853–860. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0018-4>
- Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten. *PSYCHup2date*, 9, 177–188.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H. J., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G., Schepker, R., Özek, M., Hauth, I., Heinz, A. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *European Psychiatry*, 23, 21–27.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, J. H., Hauth, I., Heredia Montesinos, A., Koch, E., Driessen, M., & Heinz, A. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 37(8), 384–390.
- Schouler-Ocak, M., Calliess, T., Falkei, P., & Maier, W. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland*.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30, 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.012>
- Schreiter, S., Winkler, J., Bretz, J., & Schouler-Ocak, M. (2016). Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66, 356–360.
- Spallek, J., & Razum, O. (2009). *Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland*. Hamburg.
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2010). Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health*, 10(92). <https://doi.org/doi:10.1186/1471-2458-10-92>
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Zensus 2011*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2019a). Anstieg registrierter Schutzsuchender stabilisiert sich

im Jahr 2018 bei 6 %. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/07/PD19\\_276\\_12521.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/07/PD19_276_12521.html)

Statistisches Bundesamt. (2019b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund* (Bd. 49). Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt. (2019c). Jede vierte Person hatte 2018 einen Migrationshintergrund. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19\\_314\\_12511.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_314_12511.html)

Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Cross-cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/0803973233>

von Lersner, U. (2017). Interkulturelle Kompetenzen für die Behandlung von Geflüchteten. Schulung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 62, 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0206-8>

von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I., & Mösko, M. O. (2016). Leitlinien für Trainings inter- / transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66, 67–73.

Winkler, J. G., Brandl, E. J., Bretz, H. J., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, 46(04), 191–199. <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>

Yeo, S. (2004). Language Barriers and Access to Care. *Annual Review of Nursal Research*, 22, 59–73.

Zeeb, H., Baune, B. T., Vollmer, W., Cremer, D., & Krämer, A. (2004). Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, 66, 76–84. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812825>

Zendedel, R., Schouten, B. C., Weert, J. C. M. Van, & Putte, B. Van Den. (2016). Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.021>

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Julia Elisabeth Junghanss, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz bei niedergelassenen Psychiater\*innen und Hausärzt\*innen in Berlin und Dresden. Intercultural opening and intercultural competence of psychiatrists and general practitioners in Berlin and Dresden* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## **Danksagung**

Mein herzlichster Dank gilt

Frau Prof. Dr. med. Schouler-Ocak für die Überlassung des Themas, ihre konstruktive und kontinuierliche Betreuung und Beratung, ganz besonderen Dank für die hilfreichen Gespräche, die freundliche Unterstützung und die Inspiration, die von ihrer jahrelangen Arbeit an diesem wichtigen Fachgebiet ausgeht.

Herrn Dario Zocholl und Herrn James K. Moran für ihre sehr hilfreiche statistische Beratung.

Frau Dipl.-Wirtschaftsjuristin (FH) Xandra Herrmann für ihre wertvolle Unterstützung bei der Organisation der Studie.

Allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Offenheit und ihre Zeit.

Meiner Familie und meinem Partner für alles.