



## Vorwort

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden die Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in der Allgemeinmedizin untersucht. Hierbei handelt es sich um ein hochaktuelles Thema von entscheidender Bedeutung im Kontext der Gesundheitsversorgung. Die Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit habe ich vor meinem persönlichen Migrationshintergrund und angesichts meiner beruflichen und ehrenamtlichen Erfahrungen gewählt. Während meines Pflichtpraktikums im AK St. Georg habe ich ehrenamtlich als Dolmetscherin für Patient\_Innen mit Sprachbarrieren gearbeitet und wurde intensiv mit dieser Problematik konfrontiert. Diese Erfahrungen haben mich motiviert, mich eingehend mit den Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen zu beschäftigen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer deskriptiven Analyse, die es ermöglicht, die verschiedenen Dimensionen dieser Problematik zu erfassen und die zugrundeliegenden Mechanismen zu verstehen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen beeinflussen können.

Mein besonderer Dank gilt meinen beiden Gutachtern Prof. Dr. Walter Leal und Dipl. Ges. wirt Gunnar Paetzelt für ihre wertvollen Denkanstöße und ihre fachliche Unterstützung. Ebenso möchte ich allen Personen danken, die an meiner Umfrage teilgenommen haben.

Ein herzlicher Dank geht auch an meinen Mann und meine Tochter für ihre emotionale Unterstützung während des Schreibens dieser Arbeit.

Abschließend hoffe ich, dass diese Arbeit einen Beitrag zur Sensibilisierung für die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen leisten kann. Ich wünsche mir, dass die gewonnenen Erkenntnisse dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung für alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft oder Sprache zu verbessern.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis .....	IV
Zusammenfassung .....	V
1 Einleitung .....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Migration.....	3
2.2 Menschen mit Migrationshintergrund .....	4
2.3 Public Health und Migration .....	6
2.4 Sprache und Sprachbarriere .....	8
2.5 Allgemeinmedizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund..	10
2.6 Die Rolle der Sprache in der allgemeinmedizinischen Versorgung.....	11
3 Fragestellung und Ausgangslage .....	13
4 Methodik .....	14
4.1 Datenerhebung .....	14
4.1.1 Auswahl der Stichprobe.....	14
4.1.2 Material (Umfrage) .....	15
4.1.3 Durchführung der Umfrage.....	17
4.2 Datenauswertung.....	18
5 Darstellung der Ergebnisse .....	18
6 Handlungsempfehlungen .....	41
7 Diskussion .....	44
7.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	44
7.2 Limitationen.....	46
8 Fazit.....	48
Literaturverzeichnis .....	50
Anhang.....	54
Eidesstattliche Erklärung.....	67

## Abkürzungsverzeichnis

<b>äkhb</b>	Ärztekammer Bremen
<b>BAMF</b>	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>TN</b>	Teilnehmer_In
<b>UN</b>	engl. United Nations
<b>WHO</b>	engl. World Health Organisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der TN/Häufigkeit (Eigene Darstellung) .....	19
Abbildung 2: Verteilung der Familienstände der Teilnehmern/Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	19
Abbildung 3: Verteilung des Bildungsstandes der Teilnehmer/Häufigkeit (Eigene Darstellung) .....	21
Abbildung 4: Verteilung der ersten Fremdsprachenkenntnisse (Eigene Darstellung) .....	22
Abbildung 5: Verteilung der zweiten Fremdsprachenkenntnisse (Eigene Darstellung) .....	23
Abbildung 6: Wichtigkeit des Themas: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung) .....	24
Abbildung 7: Deutschkenntnisse bei der Einreise nach Deutschland: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung) .....	24
Abbildung 8: Auswahl der Ärzte: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	25
Abbildung 9: Methoden der Arztsuche zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland : Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	26
Abbildung 10: Verzicht auf den Arztbesuch aufgrund von Sprachbarrieren: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung) .....	27
Abbildung 11: Verteilung der Informationsquellen über gesetzliche Leistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland unter den Befragt_Innen. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung) .....	28
Abbildung 12: Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung) .....	29
Abbildung 13: Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent und Häufigkeit (Eigene Darstellung) .....	30
Abbildung 14: Aktuelle Deutschkenntnisse: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung) .....	32
Abbildung 15: Methoden der Arztsuche zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	33
Abbildung 16: Methoden der Arztsuche zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	33
Abbildung 17: Informationsfluss zu gesetzlichen Leistungen durch Ärzte aktuell. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung) .....	35
Abbildung 18: Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum heutigen Zeitpunkt. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung) .....	35
Abbildung 19: Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum heutigen Zeitpunkt. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	36
Abbildung 20: Sicherheitsgefühl bei Arztbesuchen im Vergleich zu früher. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung) .....	37
Abbildung 21: Bedeutung des Themas Sprachbarriere in der Arzt-Patient-Beziehung und Bildungsabschluss (Eigene Darstellung) .....	40
Abbildung 22: Vergleich des Verstehens von Empfehlungen und Anweisungen von Ärzten vor und nach der Integration (Eigene Darstellung) .....	41

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausländische Staatsangehörigkeiten in Deutschland in 1973 (Eigene Darstellung).....	5
Tabelle 2: Die zehn häufigsten ausländischen Staatsangehörigkeiten in Deutschland im Jahr 2020 (Eigene Darstellung) .....	5
Tabelle 3: Geschlechterverteilung der TN/Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung).....	20
Tabelle 4: Dauer des Aufenthalts in Deutschland (Eigene Darstellung).....	20
Tabelle 5: Verteilung der Muttersprachen in der Teilnehmergruppe (Eigene Darstellung) .....	22
Tabelle 6: Über-, Unter- und Fehlversorgung zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung).....	26
Tabelle 7: Bewusstsein über das Vorhandensein von medizinischen Zusatzleistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung).....	30
Tabelle 8: Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren beim Arztbesuch zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung).....	31
Tabelle 9: Über-, Unter- und Fehlversorgung zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) .....	34
Tabelle 10: Übersicht über die von der Ärztin/dem Arzt bereitgestellten Informationen zu verfügbaren Zusatzleistungen. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung).....	36
Tabelle 11: Verbesserung der Ärztekommunikation: Mögliche Einflussfaktoren. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung).....	38
Tabelle 12: Effektive Ressourcen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt_Innen und Patient_Innen. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung) ...	39

## Zusammenfassung

**Einleitung:** In einer globalisierten Welt stehen Gesundheitssysteme vor zahlreichen Herausforderungen, besonders in Bezug auf die Bedürfnisse und Barrieren von Migrant\_Innen. Vor allem die Sprache beeinträchtigt den Zugang zu medizinischer Versorgung. Trotz Bemühungen bleibt der Zugang zu Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen eingeschränkt, insbesondere in der Allgemeinmedizin. In dieser Arbeit werden die Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen analysiert und die Veränderungen vor und nach der Integration in Deutschland untersucht.

**Methodik:** Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine quantitative Online-Befragung im primären und sekundären sozialen Umfeld durchgeführt. Ein eigens erstellter Fragebogen diente der Untersuchung der Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in der Allgemeinmedizin. Die erhobenen Daten wurden deskriptiv analysiert.

**Ergebnisse:** Insgesamt haben 42 Personen an der Befragung teilgenommen. Von den 42 Befragten betrachtete eine Mehrheit von 73,81 % das Thema der Sprachbarriere als äußerst wichtig. Bei der Wahl zwischen Ärzt\_Innen tendierten 45,24 % dazu, eine/n Ärzt\_In mit mittelmäßigem Ruf zu bevorzugen, sofern dieser oder diese ihre Muttersprache spricht. 80,49 % der Befragten bevorzugen nach der Integration eine/n Ärzt\_In mit gutem Ruf, der jedoch ausschließlich Deutsch spricht. Mehr als die Hälfte der Befragten (54,76 %) gab an, aufgrund von Sprachbarrieren in der Vergangenheit nicht zu einer Ärzt\_In gegangen zu sein. Auch wurden hausärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei der Einreise nach Deutschland von der Mehrheit der Proband\_Innen nicht wahrgenommen (54,76 %). Aktuell nehmen 45,24 % der Befragten aktiv an den Untersuchungen teil.

**Diskussion:** Die hohe Zustimmung zur Bedeutsamkeit dieses Themas seitens der Befragten deutet darauf hin, dass die Sprachkompetenz des medizinischen Personals bei der Arztwahl entscheidend ist. Viele Migrant\_Innen verzichten trotz kostenloser Vorsorgeuntersuchungen darauf, was den weiteren Forschungsbedarf und die Komplexität des Themas verdeutlicht. Eine verbesserte Verständigung zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen bezüglich ärztlicher Anweisungen ist ebenfalls von zentraler Bedeutung. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, sprachliche Barrieren zu überwinden und allen Bevölkerungsgruppen einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Ein ganzheitlicher Ansatz ist erforderlich, um die Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen zu verbessern und sicherzustellen, dass jeder unabhängig von seiner Herkunft Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten hat.

**Schlüsselwörter:** Sprachbarriere, Gesundheitsversorgung, Migrant\_Innen

# 1 Einleitung

In einer zunehmend globalisierten Welt stehen Gesundheitssysteme vor einer Vielzahl von Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Bedürfnisse und Barrieren, mit denen Migrant\_Innen konfrontiert sind. Eine der bedeutendsten Barrieren ist die Sprache, die nicht nur die effektive Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen erschwert, sondern auch den Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung beeinträchtigen kann (Knipper & Bilgin, 2009, S. 11-12).

Trotz der Bemühungen in Deutschland, das Gesundheitssystem an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen (RKI, 2008, S. 132), bleibt der Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zu angemessener Gesundheitsversorgung und zu einer respektvollen Behandlung, die explizit auf ihre Bedürfnisse und Perspektiven abgestimmt ist, erheblich eingeschränkt (Domenig, 2003, S. 85). Aufgrund der zentralen Rolle der Sprache für die Gesundheitsversorgung ist anzunehmen, dass Personen, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, mit großen Hindernissen beim Zugang zu medizinischer Hilfe konfrontiert werden (Wesselmann, Lorenz, & Lindemeyer, 2004, S. 85-86).

Die Frage, wie die Sprachbarriere den Zugang zu Gesundheitsdiensten beeinflusst, ist von zentraler Bedeutung, um bestehende Ungleichheiten zu verstehen und gezielte Maßnahmen zur Förderung einer inklusiven Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Diese Herausforderung erfordert eine umfassende Analyse der zugrundeliegenden Mechanismen, die die Wechselwirkung zwischen Sprachbarrieren und dem Inanspruchnahmeverhalten von Migrant\_Innen in der Gesundheitsversorgung beeinflussen.

Die Allgemeinmedizin nimmt eine Schlüsselrolle ein, da sie oft die erste Anlaufstelle für die Gesundheitsversorgung ist. Ihre Funktion als primäre Versorgerin eröffnet Möglichkeiten für frühzeitige Interventionen und eine kontinuierliche Betreuung, die wesentlich zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung beiträgt (Jung, 2021, S. 21-22).

Studien zeigen, dass Sprachbarrieren in der Allgemeinmedizin zu einer eingeschränkten Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Migrant\_Innen führen können. Dies kann Missverständnisse, unzureichende Informationen und eine geringere Qualität der medizinischen Versorgung zur Folge haben. Migrant\_Innen, insbesondere jene mit begrenzten Sprachkenntnissen, können Schwierigkeiten haben, medizinische Informationen zu verstehen und sich aktiv an ihrer eigenen Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Ein niedriges Maß an Gesundheitskompetenz kann zu Fehlinterpretationen von Anweisungen, falscher Medikamenteneinnahme und suboptimaler Behandlung führen (Squires, A., Blumenthal, D., 2016, S. 981-982).



Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung haben viele Menschen mit Migrationshintergrund einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Dies äußert sich unter anderem in einer geringeren Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsdiensten und Vorsorgeuntersuchungen. Die Durchimpfungsrate ist niedriger und sowohl bei kindlichen Vorsorgeuntersuchungen als auch bei präventiven Maßnahmen für Erwachsene werden weniger Termine wahrgenommen. Zudem besteht eine häufigere Nutzung der Notfallambulanz durch Personen mit Migrationshintergrund als durch die allgemeine Bevölkerung, was möglicherweise auf eine unzureichende Kenntnis der regulären Gesundheitsangebote hinweist. Insgesamt scheint das Wissen über das deutsche Gesundheitssystem bei Personen mit Migrationshintergrund begrenzt zu sein (Knipper & Bilgin, 2009, S. 6).

Differenzierte Aussagen über den Gesundheitszustand von Migrant\_Innen gestalten sich teilweise herausfordernd. Obwohl repräsentative Erhebungen vorliegen, besteht oft eine unzureichende Systematisierung und Vergleichbarkeit der Daten, was der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung des Migrationsthemas nicht vollständig gerecht wird. Im Jahr 2021 wurde von Mitgliedern des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit eine Broschüre erarbeitet. Darin stellen die Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie weitere Expert\_Innen die Bedürfnisse von Patient\_Innen mit Zuwanderungsgeschichte im Krankenhaus in den Mittelpunkt. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass es Unterschiede in Bezug auf Infektionskrankheiten, Komplikationen bei chronischen Erkrankungen und bestimmte vererbte Krankheiten zwischen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und anderen Bevölkerungsgruppen gibt. Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund treten schwere psychische Störungen häufiger auf. Auf der anderen Seite ist das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung eher niedriger, nimmt jedoch mit zunehmender Aufenthaltsdauer zu. (Graef-Calliess, 2021, S. 14-17). Angesichts bereits vorhandener Forschungsstudien zu Sprachbarrieren im Krankenhausbereich wurde in dieser Arbeit der Schwerpunkt auf den Umgang mit Patient\_Innen mit Migrationshintergrund in der Allgemeinmedizin gelegt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Auswirkungen der Sprachbarriere auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in der Allgemeinmedizin zu ermitteln. Dabei wird nicht nur der Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland betrachtet, sondern auch, wie sich die Situation nach der Integration verändert und welche Herausforderungen sich in diesem Kontext ergeben. Die Arbeit beginnt mit einer Erläuterung des theoretischen Hintergrunds, in dem alle relevanten Konzepte und Begriffe detailliert behandelt werden. Anschließend wird die Forschungsfrage präsentiert. Der Methodenteil umfasst eine Vorstellung

der Stichprobe sowie eine Beschreibung des verwendeten Materials und des Vorgehens bei der Datenerhebung und -analyse. Die Ergebnisse werden daraufhin ausführlich dargestellt. Im Anschluss werden Handlungsempfehlungen vorgestellt, die darauf abzielen, die Auswirkungen von Sprachbarrieren zu minimieren. Abschließend wird eine Diskussion geführt und ein Fazit gezogen, in dem die Schlussfolgerungen zusammengefasst werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Die nachfolgenden Abschnitte sollen einen detaillierten Einblick in die Thematik geben. Zunächst wird der Begriff ‚Migration‘ erläutert. Hierbei wird die Entstehung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg beschrieben und die Begriffe ‚Migranten‘ und ‚Personen mit Migrationshintergrund‘ definiert. Darüber hinaus wird die Struktur der ausländischen Bevölkerung in Deutschland dargestellt. Im Anschluss wird auf Public Health und Migration eingegangen. Im weiteren Verlauf werden die Begriffe ‚Sprache‘ und ‚Sprachbarriere‘ erläutert. Anschließend werden die allgemeinmedizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Rolle der Sprache in der allgemeinmedizinischen Versorgung kurz erläutert.

### 2.1 Migration

Der Begriff ‚Migration‘ findet seinen etymologischen Ursprung in den lateinischen Wörtern ‚migratio‘ bzw. ‚migrare‘. Migration ist in Europa schon lange Teil der historischen Entwicklung. Allerdings haben sich seit dem späten 20. Jahrhundert strukturelle Veränderungen bezüglich der Art und Komplexität der Migrationsbewegungen ergeben. So haben sich die Migrationsbewegungen global ausgedehnt, was gleichzeitig zu einer Erweiterung der soziokulturellen Dimension der Migrationsverflechtungen geführt hat (Karl-Trummer & Pammer, 2010, S. 12).

Die sprachlichen Begriffsdefinitionen von Migration haben sich im Laufe der Zeit verändert. Während früher Begriffe wie ‚ausländische Arbeitnehmer‘, ‚Gastarbeiter‘ und ‚Fremdarbeiter‘ gebräuchlich waren, finden heute vermehrt Begriffe wie ‚Migranten‘, ‚ethnische Minderheiten‘ und ‚transkulturelle Betreuung‘ Verwendung (Tumani, Özkan, & Koller, 2002, S. 153-155).

Gemäß der Definition des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge wird Migration wie folgt beschrieben: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man

dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht." Migration wird auch als ein multidimensionaler Prozess beschrieben, der nicht nur physische, sondern auch kulturelle, soziale und wirtschaftliche Veränderungen mit sich bringt. Migration kann freiwillig erfolgen, beispielsweise aus persönlichen Karrieregründen, oder aufgrund von Bildungsmöglichkeiten. Er kann auch erzwungen sein (Razum & Spallek, 2009). Die Analyse von Wanderungsbewegungen in der Migrationsforschung umfasst drei Dimensionen: zeitlich, räumlich und kausal.

Zeitlich betrachtet wird Migration als langfristiger Wechsel des Lebensmittelpunktes verstanden. Uneinheitliche Auffassungen bestehen darüber, ab welcher Dauer ein Ortswechsel als Migration gilt. Die räumliche Dimension beschreibt den Ortswechsel von Personen innerhalb nationaler Grenzen als Binnenmigration und über diese Grenzen hinweg als internationale Migration (Jung, 2021, S. 4). Bei der kausalen Dimension werden die Gründe für Migration untersucht, die in Push- und Pull-Faktoren unterteilt werden. Push-Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Konflikte bewegen Menschen dazu, ihr Heimatland zu verlassen, während Pull-Faktoren wie Sicherheit und wirtschaftliche Möglichkeiten Menschen in Aufnahmeländer ziehen (Jung, 2021, S. 5).

## **2.2 Menschen mit Migrationshintergrund**

Die Definition des Migrationshintergrunds besagt, dass eine Person einen Migrationshintergrund hat, wenn sie oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt. Diese Definition umfasst zugewanderte und nicht zugewanderte Migrant\_Innen, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler\_Innen, Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption durch einen deutschen Elternteil erhalten haben, sowie mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Kinder der vorherigen Gruppen (Statistisches Bundesamt, 2022, S. 5).

Migration hat seit jeher die gesellschaftlichen Strukturen durch den Austausch von Wissen, Kultur und Gütern geprägt, zugleich aber auch Missverständnisse und Konflikte hervorgerufen. Die wirtschaftliche Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland sowie technologische Fortschritte haben dazu geführt, dass seit den späten 1950er-Jahren die Zahl der Menschen, die sich in Deutschland niederlassen, die Zahl der Auswandernden übertrifft.

Diese Entwicklung wurde durch unterschiedliche Ereignisse gesteuert. In den 1960er- und 1970er-Jahren lag der Fokus auf der Anwerbung von Arbeitskräften, umgangssprachlich als Gastarbeiter bekannt, gefolgt vom Nachzug von Familienangehörigen, insbesondere aus der Türkei, Italien, Spanien und Griechenland (Tab.1 und 2) sowie in der ehemaligen DDR mehrheitlich aus Vietnam. In den frü-

hen 1990er-Jahren und zuletzt in den 2010er-Jahren wurde der Zuzug hauptsächlich durch kriegerische Konflikte (z. B. Afghanistan, Syrien, Nachfolgestaaten von Jugoslawien) beeinflusst. Zukünftig wird die Migration zunehmend durch das globale wirtschaftliche Nord-Süd-Gefälle und die Auswirkungen des Klimawandels geprägt sein (Jung, 2021, S. 12-13).

*Tabelle 1: Ausländische Staatsangehörigkeiten in Deutschland in 1973 (Eigene Darstellung)*

<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>1973 (Anzahl Personen)</b>	<b>1973 (Prozentanteil)</b>
Türkei	605.000	23
ehem. Jugoslawien	535.000	21
Italien	450.000	17
Griechenland	260.000	10
Andere Länder	750.000	29

*Quelle:* (Münz, 1999, S. 21)

*Tabelle 2: Die zehn häufigsten ausländischen Staatsangehörigkeiten in Deutschland im Jahr 2020 (Eigene Darstellung)*

<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>2020 (Prozentanteil)</b>
Türkei	12,8
Polen	7,6
Syrien	7,2
Rumänien	7,0
Italien	5,7
Kroatien	3,7
Bulgarien	3,4
Griechenland	3,2
Afghanistan	2,4
Russ. Föderation	2,3

*Quelle:* (BAMF, 2021, S. 16)

Gemäß dem Statistischen Bundesamt hatte im Jahr 2022 eine Anzahl von 23,8 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund, was 28,7 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Dies bedeutet einen Anstieg um 5,2 % im Vergleich zum Vorjahr, als 22,6 Millionen Menschen oder 27,5 % der Bevölkerung

einen Migrationshintergrund aufwiesen. Insbesondere aufgrund der Zuwanderung ist die Anzahl der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft von 10,6 Millionen im Jahr 2021 auf 11,6 Millionen im Jahr 2022 gestiegen, was einem Anstieg von 9,7 % entspricht. Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft machen somit 48,8 % aller Personen mit Migrationshintergrund aus und stellen knapp ein Sechstel (14,0 %) der Gesamtbevölkerung dar (Statistisches Bundesamt, 2023).

## 2.3 Public Health und Migration

Auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa im Jahr 1986 wurden die bisher entwickelten Konzepte in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zu einem Aktionsprogramm zusammengefasst, das das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ verfolgte. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde dabei als entscheidendes Dokument und Leitlinie für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsförderung etabliert. In den folgenden Jahren wurden das Konzept und die Handlungsbereiche auf weiteren internationalen Konferenzen mit Erklärungen und Empfehlungen (die eine stetig wachsende Anzahl von Delegierten aus vielen Ländern und Regionen repräsentierten) differenziert, bewertet und weiterentwickelt (BZgA, 2018). Eine politische Strategie, bei der die individuellen Kulturen traditioneller Bevölkerungsgruppen, ethnischer Minderheiten und Einwanderer im Fokus der Gesundheitsförderung stehen, wird als gesundheitsfördernde Gesamtpolitik bezeichnet. Ein zentraler Faktor für die Chancengleichheit im Gesundheitswesen ist der gleichberechtigte Zugang zu Gesundheitsleistungen. Chancengleichheit in diesem Bereich bedeutet nicht, dass alle Menschen dieselbe Gesundheit haben, sondern dass ihnen gleiche Möglichkeiten für eine gute Gesundheit geboten werden. Soziale Ausgrenzung zeigt sich nicht nur durch materielle Güter, sondern führt auch zu Benachteiligungen in anderen Lebensbereichen einschließlich der Gesundheit (Mengistu, 2002, S. 89-97).

Obwohl Deutschland zu den reichsten Ländern der Welt zählt und über umfassende Systeme sozialer Sicherung und medizinischer Versorgung verfügt, sind die Möglichkeiten, die Gesundheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung zu bewahren, immer noch nicht gleichmäßig verteilt. Dies liegt an sozioökonomischen und sozialen Umständen, die die Gesundheit der Menschen früh im Leben beeinflussen und langfristige Auswirkungen haben. In den letzten Jahren hat sich diese Ungleichheit insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie sogar noch verstärkt (Kim, et al., 2022, S. 351). Um die gesundheitliche Situation von Menschen mit einer eigenen oder familiären Migrationsgeschichte angemessen zu betrachten,

ist es entscheidend, die sozialen Determinanten zu berücksichtigen, die ihr Leben beeinflussen und ihre Gesundheit prägen. In der Public-Health-Forschung zum Themenfeld Migration, Rassismus und Gesundheit ist es notwendig, die folgenden Faktoren differenziert zu erfassen und ihre Wechselwirkungen zu analysieren: Aspekte der Migrations- oder Fluchtgeschichte, Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus sowie strukturelle und lebensweltbezogene Faktoren wie soziale Lage, soziales Umfeld, Arbeitsbedingungen oder Einkommens- und Wohnsituation (RKI, 2023, S. 58-59). Public Health umfasst sämtliche analytischen und organisatorischen Anstrengungen, die darauf abzielen, Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu erkennen, zu verbessern oder zu verhindern. Es bezieht sich auf Maßnahmen für Bevölkerungsgruppen und organisierte Systeme in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Krankheitsbekämpfung, Rehabilitation und Pflege. In der Public Health werden verschiedene Zielgruppen anvisiert, darunter sozial benachteiligte, ausgegrenzte und vulnerable Gruppen, Menschen aus der unteren sozialen Schicht sowie Personen, die in Armut leben. Diese Gruppen weisen nicht nur höhere Krankheits- und Sterblichkeitsraten auf, sondern haben auch einen erschwerten Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen im Versorgungssystem. Die steigenden gesundheitsbezogenen Herausforderungen bei Migrant\_Innen verdeutlichen die Bedeutung von Public Health für die Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe (Spallek, Schumann, & Yildirim, 2018, S. 433-435). Die Verringerung des ‚Healthy-Migrant-Effect‘ ist eines der Beispiele dafür. Über lange Zeit hinweg sahen sich Forscher\_Innen in Europa und den USA mit statistischen Zahlen konfrontiert, die eine teilweise um bis zu 50 % niedrigere Sterblichkeitsrate bei zugewanderten Personen im Vergleich zur nichtmigrierten Bevölkerung zeigten. Dieser Befund war überraschend, da Migrant\_Innen in den Zielländern oft in sozial schlechteren Verhältnissen leben und somit höheren Krankheitsrisiken ausgesetzt sind als die einheimische Bevölkerung. Um dieses Paradoxon zu erklären, wird die These des ‚Healthy-Migrant-Effekts‘ herangezogen. Die meisten Gastarbeiter\_Innen, die zwischen 1950 und 1960 aus südeuropäischen und nordafrikanischen Ländern angeworben wurden, unterzogen sich in der Regel medizinischen Untersuchungen durch deutsche Ärzte. Dabei wurden der Stütz- und Bewegungsapparat, das Herz-Kreislaufsystem, das Seh- und Hörvermögen sowie andere Gesundheitsindikatoren analysiert. Infolgedessen wurde die Einreise nach Deutschland aus gesundheitlichen Gründen bei 9,5 % der Bewerber abgelehnt. Somit kamen nur Personen ins Land, die im Vergleich zur Bevölkerung in ihren Herkunftsländern einen überdurchschnittlichen Gesundheitszustand aufwiesen. Dies verstärkte den sogenannten ‚normalen‘ Healthy-Migrant-Effekt. Im Laufe der Zeit wurde deutlich, dass die medizinische Versorgung von Migrant\_Innen und ihren Nachkommen mit zunehmender kultureller und sozialer

Vielfalt sowie einer alternden zugewanderten Bevölkerung eine Reihe von komplexen Herausforderungen mit sich brachte. Dabei spielten neben sprachlichen Schwierigkeiten auch unterschiedliche Vorstellungen und Kenntnisse über körperliche und psychische Prozesse sowie abweichende Erwartungen an die Beziehung zum medizinischen Personal eine entscheidende Rolle (Jung, 2021, S. 12-14).

## **2.4 Sprache und Sprachbarriere**

Die Sprache fungiert als zentrales Mittel der Kommunikation, durch das Menschen Erfahrungen, Erlebnisse, Erkenntnisse und Wissensbestände austauschen können. Dadurch entstehen gemeinsame Verständnisse und Gefühle der Zugehörigkeit, die als psychische Fundamente innerhalb der Gesellschaft dienen (Zengin, 2016, S. 88).

Die begrenzten Sprachkenntnisse haben negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in der Bundesrepublik Deutschland. Aufgrund ihrer eingeschränkten Sprachverständnisse haben viele Migrant\_Innen Schwierigkeiten, ihre gesundheitlichen Beschwerden zu kommunizieren. Dies führt häufig zu Verständigungsproblemen und erschwert die korrekte Diagnosestellung, was sich wiederum stark auf die Gesundheit der betroffenen Migrant\_Innen auswirken kann. Die eigene Wahrnehmung und Gedanken sprachlich nicht ausdrücken zu können, lässt ein Gefühl von Orientierungslosigkeit, Hilfslosigkeit und Zweifel aufkommen (Zengin, 2016, S. 89-90).

Für eine erfolgreiche Kommunikation im medizinischen Kontext sind zahlreiche Voraussetzungen von Bedeutung. Es geht nicht nur darum, oft komplexe Informationen zu vermitteln, die für das Gegenüber möglicherweise schwer verständlich sind. Vielmehr ist es auch von Bedeutung, Raum für den Ausdruck von Emotionen und die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen zu schaffen. Das ärztliche Gespräch mit Migrant\_Innen ist häufig von Kommunikationshindernissen geprägt. Dies betrifft insbesondere solche, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen und/oder in anderen kulturellen Umgebungen aufgewachsen sind. Ein wesentlicher Störfaktor ist das Sprachverständnis. Ist das Gegenüber nicht mit der deutschen Sprache vertraut, gestaltet sich bereits die Initiierung eines guten Kontakts bzw. das Aufbauen von Vertrauen und Sympathie schwierig. Die klare Vermittlung von Informationen ist eventuell sogar gänzlich unmöglich (Jung, 2021, S. 146).

Viele Menschen, die seit Jahren in Deutschland leben, haben ein Sprachniveau erreicht, das ihnen ermöglicht, alltägliche Aktivitäten wie Einkaufen oder Gespräche mit Nachbarn zu bewältigen. Oft geben sie vor, komplexe Inhalte zu verste-

hen, indem sie gängige Floskeln verwenden oder eifrig nicken, obwohl sie tatsächlich Schwierigkeiten haben, komplizierte Zusammenhänge zu erfassen oder Anweisungen zu verstehen. In solchen Situationen ist es für medizinisches Personal entscheidend, mit Feingefühl zu handeln, um herauszufinden, ob die Informationen tatsächlich verstanden wurden, und um Barrieren zu überwinden, ohne das Gegenüber in Verlegenheit zu bringen.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist der Unterschied im Sprachverständnis zwischen gesprochener und geschriebener Sprache. Viele Menschen haben aufgrund mangelnder Schulbildung in ihren Herkunftsländern Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben und einige sind sogar Analphabeten. Andere sind mit Schriftzeichen aufgewachsen, die sich von den in Deutschland gebräuchlichen lateinischen Buchstaben unterscheiden. Selbst wenn Patienten gut Deutsch sprechen, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass sie schriftliche Dokumente verstehen können. Ohne entsprechende Unterstützung bleiben Briefe von Krankenkassen unbeantwortet, Informationsbroschüren ungelesen, ärztliche Atteste unverstanden und Rechnungen möglicherweise unbezahlt (Jung, 2021, S. 146-147).

Im Rahmen einer Repräsentativbefragung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden die Sprachkenntnisse der fünf größten Ausländergruppen in Deutschland detailliert untersucht, darunter Personen aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Griechenland und Polen. Diese Untersuchung umfasste die Beherrschung der gesprochenen Sprache im häuslichen Umfeld, die Lesefähigkeit von Druckmedien sowie die Deutschkenntnisse für den Alltag. Es wurde festgestellt, dass Personen, die Schwierigkeiten haben, ihre Heimatsprache zu lesen und zu schreiben, ähnliche Probleme im Bereich der deutschen Sprache aufweisen. Dies betrifft in der Regel ältere Migrant\_Innen, die im Heimatland geboren wurden, aber keine formale Schulbildung erhielten (Haug, 2008, S. 5-6).

Ab dem 1. Januar 2005 wurden staatliche Integrationskurse gemäß dem Zuwanderungsgesetz eingeführt, die unter anderem das Ziel verfolgen, das Sprachniveau B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen zu erreichen (Rother, 2008, S. 7). Im Jahr 2009 wurde festgestellt, dass sich die Deutschkenntnisse der TN verbessert haben, insbesondere in den Bereichen ‚Hören‘ und ‚Zusammenhängendes Sprechen‘, während im Bereich ‚Schreiben‘ weniger Fortschritte verzeichnet wurden (Rother, 2009, S. 6).



## **2.5 Allgemeinmedizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund**

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Definition und Bedeutung der allgemeinmedizinischen Versorgung sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund erläutert.

Die allgemeinmedizinische Versorgung umfasst die grundlegende medizinische Betreuung von Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht oder spezifischem Gesundheitszustand. Zu ihren Aufgaben gehören die Diagnose, Behandlung und Prävention von Krankheiten und Gesundheitsproblemen sowohl akuter als auch chronischer Natur. Diese Versorgung wird üblicherweise von Hausärzten oder Allgemeinmedizinern geleistet und dient oft als erster Anlaufpunkt im Gesundheitssystem. Sie beinhaltet die Verwaltung von Routinediensten wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, die Behandlung akuter Erkrankungen sowie die langfristige Betreuung chronischer Krankheiten (äkhb, 2011, S. 1).

Ein Migrationshintergrund kann sowohl potenzielle gesundheitliche Risiken als auch Ressourcen mit sich bringen. Defizite in der Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund betreffen hauptsächlich die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, die eng mit der allgemeinmedizinischen Praxis verbunden sind. Kinder mit Migrationshintergrund unterziehen sich weniger häufig den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und weisen erhöhte Raten von Karies und Übergewicht im Vergleich zu einheimischen Kindern auf. Erwachsene mit Migrationshintergrund nutzen Krebsvorsorgeuntersuchungen weniger häufig als Vergleichsgruppen ohne Migrationshintergrund. Es ist bekannt, dass Alter und subjektives Gesundheitsgefühl die Konsultation von Hausärzten maßgeblich beeinflussen. Folglich wird in den kommenden Jahren eine erhöhte Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung erwartet, insbesondere von älteren, multimorbiden Menschen mit Migrationshintergrund (Bungartz, Joos, Steinhäuser, Szecsenyi, & Freund, 2011, S. 1181).

In der Allgemeinmedizin nimmt die Arzt-Patienten-Beziehung im Vergleich zu anderen Fachbereichen sowohl aus ärztlicher als auch aus patientenseitiger Perspektive eine herausragende Stellung ein. Sowohl deutsche Patient\_Innen als auch solche mit Migrationshintergrund bringen ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt häufig ein hohes Maß an Vertrauen entgegen. Durch Offenheit, Unvoreingenommenheit, Geduld und Empathie haben sowohl Ärzt\_Innen als auch Patient\_Innen die Möglichkeit, eine vertrauensvolle Basis zu etablieren, auf der gemeinsame Behandlungsstrategien und -ziele entwickelt werden können. Dies kann dazu beitragen, Konflikte zu vermeiden und Somatisierungsprozessen vorzubeugen (Bungartz, Joos, Steinhäuser, Szecsenyi, & Freund, 2011, S. 1184).

## 2.6 Die Rolle der Sprache in der allgemeinmedizinischen Versorgung

*„Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer.“*

(Hippokrates)

Bereits seit der Antike ist bekannt, dass die verbale Kommunikation das wirksamste Werkzeug einer Ärztin/eines Arztes ist. Zahlreiche Patient\_Innenbefragungen und Studien aus verschiedenen Ländern bestätigen: Patient\_Innen wünschen sich einen Arzt oder eine Ärztin, der oder die ihnen zuhört und mit ihnen spricht. Es ist von Bedeutung, dass das Gespräch in einer verständlichen Sprache geführt wird, die den gesamten Behandlungskontext umfasst und nicht nur für ein angenehmes Gesprächsklima sorgt. Denn ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt\_In und Patientin kann nur durch Kommunikation aufgebaut werden.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist asymmetrisch: Auf der einen Seite steht der verunsicherte, hilfebedürftige kranke Mensch, der mitunter aus Verzweiflung die Informationen des Arztes/der Ärztin nur schwer aufnehmen kann, und auf der anderen Seite steht jemand mit entsprechender medizinischer Kompetenz. Diese Asymmetrie erfordert das Vertrauen der Patient\_Innen in die Ärzt\_Innen. Allein mit Fachinformationen kann die Unsicherheit der Patient\_Innen nicht beseitigt werden. Erst objektive und neutrale Sachinformationen und Aufklärungen, eingebettet in eine vertrauensvolle Beziehung, können Ängste und Bedenken mindern und Vertrauen aufbauen.

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient\_In und Ärzt\_In ist notwendig, um die Compliance (das kooperative Verhalten des Patienten/der Patientin während der Therapie) herzustellen, die die Basis für eine erfolgreiche Behandlung bildet. Wenn keine Mitarbeit im Rahmen des ärztlichen Vorgehens entsteht und wenn Patient\_Innen aus Verständigungsgründen die therapeutischen Maßnahmen nicht mittragen können, kann dies zu gesundheitlichen Schäden führen. Außerdem wird der finanzielle Verlust durch Non-Compliance von den gesetzlichen Krankenkassen auf über 5 Milliarden Euro jährlich geschätzt (Wesselmann, Lorenz, & Lindemeyer, 2004, S. 103-107).

Die strukturellen Rahmenbedingungen in einer Hausarztpraxis können die angemessene Versorgung von Patient\_Innen mit Migrationshintergrund behindern. In einer europaweiten Studie zur Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen wurde als am häufigsten genannte Hürde im ambulanten Sektor die mangelnde sprachliche Verständigung mit den Patienten identifiziert (95 %). Im Gegensatz dazu wurden verfügbare Dolmetscherdienste (99 %) und flexible Zeitplanung (96 %) als entscheidende Faktoren für eine effektive ambulante Versorgung von Migrant\_Innen genannt. In deutschen Hausarztpraxen stehen jedoch oft keine professionellen Dolmetscherdienste zur Verfügung, um die Kommunikation mit fremdsprachigen

Patienten zu erleichtern. Darüber hinaus werden die Kosten für Dolmetscherdienste derzeit nicht von den Krankenkassen übernommen und die rechtlichen Bestimmungen in Bezug darauf sind unzureichend. Zudem sind mehrsprachige Patienteninformationen in vielen Hausarztpraxen noch nicht verfügbar (Bungartz, Joos, Steinhäuser, Szecsenyi, & Freund, 2011, S. 1182).

Um einen grundlegenden Informationsaustausch sicherzustellen, wird oft in solchen Situationen auf improvisierte Methoden zurückgegriffen, beispielsweise indem Angehörige oder nicht speziell qualifiziertes Personal mit gleicher Muttersprache um Hilfe gebeten werden. Es ist auch nicht ungewöhnlich, dass Kinder als Übersetzer fungieren. Jedoch bergen all diese improvisierten Lösungen erhebliche Probleme. Dies betrifft sowohl die mangelnde Kompetenz der Übersetzer\_Innen in medizinischen Angelegenheiten als auch die fehlende Kontrolle über die Qualität, Zuverlässigkeit und Vertraulichkeit der Übersetzungen. Zudem müssen die sozialen Probleme berücksichtigt werden, insbesondere, wenn Kinder und minderjährige Angehörige dazu gedrängt werden, intime und belastende Informationen von ihren Eltern zu übersetzen oder zu vermitteln. Dies kann zu zusätzlichen Belastungen für alle Beteiligten in bereits schwierigen Krankheitssituationen führen (Knipper & Bilgin, 2009, S. 72-73).

Im Hinblick auf die allgemeinmedizinische Versorgung stellen fehlende Deutschkenntnisse insbesondere im Bereich des medizinischen Vokabulars, beispielsweise für Körperteile oder andere Gesundheitsbereiche, eine große Hürde dar. Dies erschwert den Arztbesuch erheblich und führt zu Frustration und Ungeduld bei allen Beteiligten. Infolgedessen beanspruchen einfache Beratungsgespräche plötzlich viel Zeit und es entstehen schnell Missverständnisse. Da eine Aufklärung bei komplexen Interventionen aufgrund der eingeschränkten Sprachkenntnisse von Patient\_Innen und ärztlichem Personal oft unmöglich ist, wird häufig auf einfacher zu erklärende Verfahren zurückgegriffen. Dies kann zu Verzögerungen bei der Behandlung oder im schlimmsten Fall sogar dazu führen, dass bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, da die Kosten für Dolmetschende nicht übernommen werden und kein anderer Dolmetscher zur Verfügung steht. Es ist daher verständlich, dass insbesondere bei neu nach Deutschland gekommenen Personen ein hoher Bedarf an muttersprachlichem ärztlichem Personal besteht. Letzteres kann nicht nur die Anliegen sprachlich besser verstehen, sondern auch kulturell mehr Verständnis für die Probleme aufbringen. Während es in Großstädten und Ballungsräumen oft möglich ist, Hausärzt\_Innen zu finden, die Russisch, Persisch, Arabisch oder Türkisch sprechen, gestaltet sich dies im ländlichen Raum häufig schwierig (Jung, 2021, S. 22).

### 3 Fragestellung und Ausgangslage

Die oben genannten Themen verdeutlichen, wie die Globalisierung und die damit einhergehenden Migrationsbewegungen zu einer zunehmend vielfältigen Bevölkerungsstruktur geführt haben, insbesondere in Ländern wie Deutschland. Diese Diversität bringt jedoch auch neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem mit sich, insbesondere in Bezug auf die angemessene Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Eine zentrale Herausforderung stellt die Sprachbarriere dar. Diese erschwert nicht nur die Kommunikation zwischen Patient\_Innen und Ärzt\_Innen, sondern kann auch den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen beeinträchtigen. Die Forschungsfrage lautet daher: Wie unterscheidet sich die Inanspruchnahme der medizinischen Vorsorge und Versorgung in einer allgemeinmedizinischen Praxis zwischen dem Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland und nach der Integration? Vor diesem Hintergrund ist es von wesentlicher Bedeutung, spezifische Maßnahmen zu entwickeln, um diese Hindernisse zu überwinden und eine verbesserte Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten.

Die folgenden Aspekte werden genauer untersucht:

- Inwiefern wirken sich die Sprachkenntnisse von Migrant\_Innen auf ihren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen aus?
- Warum akzeptieren Migrant\_Innen mit begrenzten Sprachkenntnissen ihre Situation?
- Wie umfassend ist das Wissen von Migrant\_Innen über die Leistungen des deutschen Gesundheitswesens?
- Inwiefern ändert sich der Zugang zum Gesundheitssystem nach einer erfolgreichen Integration in die aufnehmende Gesellschaft?
- Welche Strategien und Maßnahmen können entwickelt werden, um Personen mit Migrationshintergrund mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut zu machen?

Diese Fragen haben die Autorin dazu angeregt, das Thema dieser Bachelorarbeit zu untersuchen und herauszufinden, ob eine Verbesserung der Sprachkenntnisse von Personen mit Migrationshintergrund tatsächlich den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern und signifikant zur Reduzierung von Unter-, Fehl- und Überversorgung beitragen kann.

## 4 Methodik

Das Ziel der folgenden Ausführungen besteht darin, die angewandten Forschungsmethoden und deren Relevanz für diese Arbeit umfassend darzulegen. Die methodische Grundlage der Studie wird ausführlich beschrieben, was ein besseres Verständnis des Forschungsansatzes und der Ergebnisse ermöglicht.

### 4.1 Datenerhebung

Zur Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge und Versorgung in einer allgemeinmedizinischen Praxis zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland und nach der Integration wurde ein Fragebogen konzipiert. Ziel war auch die Identifikation potenzieller Unterschiede zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland sowie nach einer Integrationsphase von mindestens drei Jahren. Die Untersuchung erfolgte durch eine Online-Umfrage unter Verwendung eines qualitativen Fragebogens. Die Befragung wurde im Zeitraum vom 12. Juli bis zum 1. August 2023 mithilfe der Plattform [www.surveymonkey.de](http://www.surveymonkey.de) durchgeführt. Ein Fragebogen wird verwendet, um Betrachtungsweisen und Einstellungen zu Themen oder Sachverhalten zu erfassen, und dient somit als Forschungsinstrument (Raab-Steiner, E., & Benesch, M., 2021). Sämtliche Fragen wurden speziell für diese Umfrage entwickelt, wobei die methodische Entscheidung auf wissenschaftlichen sowie pragmatischen Überlegungen basiert. Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung persönlicher, privater und beruflicher migrationsspezifischer Erfahrungen der Autorin konzipiert. Da die Auswirkungen der Sprachbarriere auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Migrant\_Innen subjektive Meinungen und Empfindungen widerspiegeln, erweist sich dieses Forschungsinstrument als geeignet für die vorliegende Studie. Im folgenden Abschnitt werden die Stichprobe, das Umfragematerial, die Durchführung der Erhebung und die Datenauswertung präsentiert.

#### 4.1.1 Auswahl der Stichprobe

Die Befragte\_Innen in dieser Studie stammen vorwiegend aus der ehemaligen Sowjetunion und wurden ausschließlich aus dem primären und sekundären Bekanntenkreis der Autorin rekrutiert. Dadurch ist die untersuchte Gruppe in sozioökonomischer und kultureller Hinsicht vergleichsweise homogen. Alle Be-

fragt\_Innen gehören zur ersten Generation von Migrant\_Innen, wobei die Migrationswelle aus der ehemaligen Sowjetunion seit Anfang bis Mitte der neunziger Jahre aufgrund politischer Entwicklungen verstärkt wurde. Die Stichprobe wurde auf Personen beschränkt, die älter als 18 Jahre sind und seit mindestens drei Jahren in Deutschland leben. Hierdurch sollte ein Vergleich der medizinischen Versorgung und der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen sowohl zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland als auch in der aktuellen Zeit durchgeführt werden. Die Stichprobe umfasst insgesamt 42 Proband\_Innen, bestehend aus 27 weiblichen, 14 männlichen und einer Person mit anderer Geschlechtsidentifikation. Das Alter der Befragt\_Innen liegt im Bereich von 18 bis 55 Jahren oder älter.

#### **4.1.2 Material (Umfrage)**

Zunächst erfolgte die Entwicklung der Fragen unter Berücksichtigung einer prägnanten und knappen Formulierung der Items. Daraufhin wurde das Layout konzipiert und abschließend wurden die Fragen in ihrer Gesamtheit zusammengeführt. Zur Beantwortung wurden insgesamt 19 geschlossene Fragen, eine offene Frage und acht Mischformfragen bereitgestellt. Die offene Frage erlaubte den Teilnehmenden, individuelle und freiformulierte Antworten zu geben. Die geschlossenen Fragen beinhalteten vordefinierte Antwortoptionen, die mittels Ankreuzen ausgewählt werden konnten. In einigen geschlossenen Fragen wurde zudem eine Mischform implementiert. Diese Mischformen zeichnen sich durch vorgegebene Antwortkategorien aus, beinhalten jedoch zusätzlich eine offene Kategorie, beispielsweise unter der Bezeichnung „Sonstiges“, die es den Befragt\_Innen ermöglichte, eine freie Antwort zu verfassen (Raab-Steiner, E., & Benesch, M., 2021, S. 48-50).

Am Anfang des Fragebogens wurden eine formelle Anrede sowie ein einführender Text eingefügt, der als Einleitung zum Thema diente. In diesem Text wurden vorläufige Informationen bezüglich des Themas, des Datenschutzes und der geschätzten Dauer der Befragung präsentiert. Die Umfrageinitiierung erfolgte durch die Erfassung soziodemografischer Merkmale als erste Phase des Fragebogens. Der Erhebungsprozess wurde durch die Integration der Proband\_Innen in spezifische Altersgruppen in der ersten Frage eingeleitet, wobei die Kategorien „18 bis 24“, „25 bis 34“, „35 bis 44“, „45 bis 54“ oder „55 oder älter“ zur Selbstzuordnung bereitgestellt wurden. Anschließend wurde in der zweiten Frage der Familienstand abgefragt. In der dritten Frage erfolgte die Ermittlung des Geschlechts, wobei den Teilnehmenden die Antwortoptionen „Weiblich“, „Männlich“ sowie „Anderes“ zur Verfügung standen. Die vierte Frage wurde als offene Frage konzipiert, da sie Raum für eine variable numerische Antwort bieten sollte. Mit

dieser Frage wurde ermittelt, wie viele Jahre die TN bereits in Deutschland verbracht haben. In der fünften Frage sollten die Proband\_Innen ihren höchsten Bildungsabschluss aus den Auswahlmöglichkeiten „Unterer Schulabschluss“, „Abitur oder gleichwertiger Abschluss“, „Studium ohne Abschluss“, „Bachelorabschluss“, „Masterabschluss“ und „Doktorgrad“ angeben.

Die Analyse der Sprachkompetenzen der Teilnehmenden erfolgte in zweifacher Hinsicht. Zum einen wurden Informationen zur Muttersprache und zu den beherrschten Fremdsprachen erfragt. Zum anderen wurde die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse abgefragt. Diese Fragen waren den Nummern 6 und 8 zugeordnet. Mittels der Antwortmöglichkeiten „sehr wichtig“, „wichtig“ und „unwichtig“ in Frage 7 hatten die TN die Gelegenheit, ihre Einschätzung zur Relevanz der Sprachbarriere in der Arzt-Patienten-Beziehung zu äußern. Frage 9 umfasste eine hypothetische Auswahl zwischen einem renommierten Ärzt\_In, der ausschließlich Deutsch spricht, einer Ärztin/einem Arzt mit durchschnittlichem Ruf, der die Muttersprache des Teilnehmers beherrscht, sowie der Möglichkeit „Keiner der oben Genannten“. Die folgende gemischte Frage bezog sich auf die anfängliche Vorgehensweise der TN bei der Arztsuche. Wurde eine Praxis in der Nähe ausgewählt oder wurde um Rat bei Freunden ersucht? Zudem bestand die Möglichkeit, unter „Sonstiges“ individuelle Antworten anzugeben (Frage 10). Frage 11 wurde konzipiert, um zu ermitteln, ob die TN seinerzeit den Eindruck hatten, dass aufgrund von Sprachbarrieren entweder nicht ausreichende, zu viele oder nicht adäquate Untersuchungen/Behandlungen durchgeführt wurden oder ob sie sich als ordnungsgemäß versorgt empfanden. Als Alternativoption stand die Möglichkeit „Keine der genannten“ zur Verfügung. Mittels der Antwortoptionen „Ja“ oder „Nein“ sollten die TN in Frage 12 angeben, ob es Situationen gab, in denen sie aufgrund der Sprachbarriere keine Ärztin/keinen Arzt aufgesucht haben. Die Frage 13 ermittelte, ob die TN über ihre gesetzlichen Leistungen informiert wurden, wobei die möglichen Antworten darauf hinwiesen, ob eine Ärztin/ein Arzt oder der persönliche Bekanntenkreis, Medien usw. als Informationsquelle dienten. Die Frage 14 bezog sich auf die Teilnahme an kostenfreien Vorsorgeuntersuchungen mit den Antwortoptionen „Ja“ oder „Nein“. Bei bejahender Antwort sollten die Befragte\_Innen angeben, wie sie von ihrem Anspruch darauf erfahren haben, mit Kommentarmöglichkeit. Die identische Fragestellung wurde auch für Zusatzleistungen verwendet (Frage 15). In Frage 16 wurde das Verständnis der TN vor der Integration für sämtliche Empfehlungen und Anweisungen der Ärzt\_Innen ermittelt, wobei die Antwortoptionen „Ja“, „Nein“ und „Teilweise“ zur Verfügung standen. Die TN wurden in Frage 17 nach den angewandten Methoden zur Bewältigung von Sprachbarrieren befragt. Hierbei waren mehrfache Nennungen möglich und die genannten Methoden umfassten Mimik und Gestik, Wörterbücher/elektronische Wörterbücher, Fremdsprachenkenntnisse, Übersetzungs-

Apps, Übersetzung durch Mitarbeiter, Familienangehörige, professionelle Dolmetscher, Dolmetscherdienste sowie sonstige Mittel. Die Fragen 18 bis 27 umfassten wiederum die Thematik der Fragen 8 bis 17, nun jedoch im Kontext der aktuellen Situation nach der Integration, um eine vergleichende Analyse zwischen dem Beginn des Aufenthalts in Deutschland und der gegenwärtigen Lage zu ermöglichen. In der abschließenden Frage (28) wurde zur Auswahl von Optionen aufgefordert, um die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern. Dies beinhaltete die Förderung von Deutschkursen, erweiterte zeitliche Ressourcen, finanzielle Unterstützung für Kommunikationsmaßnahmen wie Dolmetscherdienste, Seminare für Ärzte zur Sensibilisierung von Sprachbarrieren sowie die Möglichkeit zur Angabe von „Sonstiges“. Die vollständige Umfrage befindet sich in Anhang 2.

### **4.1.3 Durchführung der Umfrage**

Die Befragung wurde am 12. Juli 2023 per E-Mail an 50 Personen aus dem primären und sekundären Bekanntenkreis der Autorin versandt. In der E-Mail wurde deutlich gemacht, dass es sich um eine freiwillige und anonyme Umfrage handelt. Die TN wurden darüber informiert, dass ihre Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass durch die Teilnahme an der Umfrage die Zustimmung erteilt wird, dass die Ergebnisse für die Erstellung der Bachelorarbeit der Autorin genutzt werden dürfen. Das Thema der Umfrage sowie die voraussichtliche Dauer der Befragung wurden ebenfalls erläutert. Zur Teilnahme an der Umfrage wurden die Proband\_Innen angewiesen, einen Link zu öffnen, der sie automatisch zur Umfrage führte. Dieses Vorgehen bereitete keine technischen Schwierigkeiten, da alle TN mit den Funktionen von E-Mails vertraut waren. Der Umfragezeitraum erstreckte sich über insgesamt 19 Tage. Die Fragen waren größtenteils obligatorisch formuliert, um sicherzustellen, dass die TN auf alle Fragen antworteten und somit den Fortschritt zu den nächsten Fragen ermöglichten. Vor der Freischaltung und Versendung des Fragebogens an die TN wurde zunächst ein Pretest mit drei Personen aus dem Umfeld der Autorin durchgeführt. Ein Pretest bezeichnet eine begrenzte Stichprobe, die dazu dient, die Praktikabilität der Durchführung der Erhebung sowie die Qualität der gestellten Fragen zu testen (Raab-Steiner, E., & Benesch, M., 2021, S. 59-60). Die Personen wurden darum gebeten, Grammatik- und Rechtschreibfehler zu beachten sowie die Verständlichkeit der Fragen zu bewerten. Mithilfe des Pretests konnten unklare Fragen und Antwortmöglichkeiten überarbeitet werden. Diese Maßnahme ermöglichte zudem die Festlegung der durchschnittlichen Bearbeitungszeit auf einen Zeitraum von acht bis zehn Minuten. Die Online-Umfrage wurde nach 19 Tagen



abgeschlossen und umfasste insgesamt 42 Proband\_Innen.

## 4.2 Datenauswertung

Die Datenanalyse wurde mithilfe von Excel Microsoft Office 365 und dem Statistikprogramm SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 27.0.1.0) durchgeführt. Die Rohdaten, die durch das Umfragetool Survey Monkey generiert wurden, wurden zunächst in Excel importiert und anschließend in das Statistikprogramm SPSS übertragen, angepasst und ausgewertet. Hierbei erfolgten eine deskriptive Analyse einschließlich der Bereinigung von Datenfehlern sowie die Darstellung relevanter statistischer Kennzahlen durch verschiedene Grafiken, Diagramme und Tabellen. Die Ergebnisse wurden daraufhin dahingehend analysiert, ob die Bedeutung der Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient\_Innen und Ärzten von der Variable ‚Bildungsabschluss‘ abhängig ist. Hierbei wurde das Signifikanzniveau auf  $p < 0,05$  festgelegt. Alle 42 Teilnehmenden wurden in die Auswertung einbezogen.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die gewonnenen Erkenntnisse aus der durchgeführten Befragung im Detail präsentiert. Dabei werden die Ergebnisse umfassend analysiert und interpretiert, um einen tiefgehenden Einblick in die Thematik zu ermöglichen.

### Frage 1: Alter

Die Analyse der Altersverteilung in der vorliegenden Untersuchung zeigt eine diversifizierte Teilnehmerstruktur. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Gruppe der 45- bis 54-Jährigen mit einem Anteil von 28,57 % ( $n = 12$ ) die größte Kohorte innerhalb der Stichprobe darstellt. Auf Platz 2 folgt die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen, die einen Anteil von 26,19 %

( $n = 11$ ) ausmacht. Personen im Alter von 25 bis 34 Jahren repräsentieren 21,43 % ( $n = 9$ ) der Befragte\_Innen, während die Gruppen der 35- bis 44-Jährigen und der 55-Jährigen oder älter jeweils 19,05 % ( $n = 8$ ) bzw. 4,76 % ( $n = 2$ ) der Stichprobe ausmachen. Die Darstellung der Altersverteilung der Teilnehmenden ist in Abbildung 1 ersichtlich.

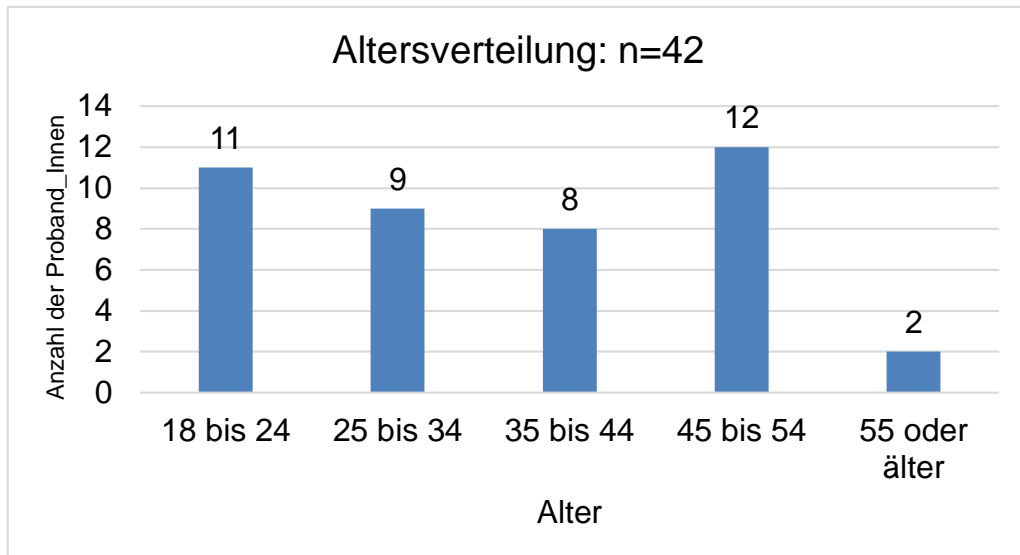


Abbildung 1: Altersverteilung der TN/Häufigkeit (Eigene Darstellung)

### Frage 2: Familienstand

Das Kreisdiagramm (Abbildung 2) veranschaulicht die Verteilung der Familienstände innerhalb der Stichprobe. Die deutliche Mehrheit der Befragt\_Innen gab an, verheiratet zu sein, was 60,98 % der Stichprobe entspricht (n = 25). Nur eine Person in der Stichprobe gab den Familienstand „Verwitwet“ an, was einem Anteil von 2,44 % entspricht. Niemand in der Stichprobe antwortete, geschieden zu sein. Der Familienstand „Ledig“ ist mit 36,59 % vertreten, was 15 Personen entspricht. Von den 42 TN haben 41 die Frage beantwortet, während eine Person sie ausgelassen hat.

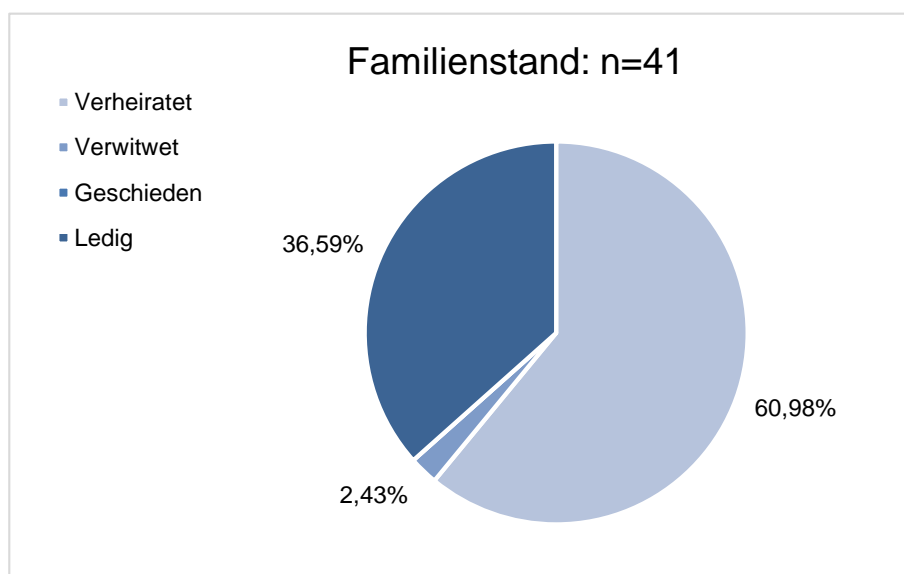


Abbildung 2: Verteilung der Familienstände der Teilnehmern/Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 3: Geschlecht

Die Tabelle 3 zeigt die Verteilung des Geschlechts innerhalb der Stichprobe. Die Mehrheit der Befragt\_Innen gab an, weiblich zu sein, wobei dies 64,29 % der Stichprobe entspricht (n = 27). Männliche Proband\_Innen machen 33,33 % der Stichprobe aus (n = 14), während nur eine Person (2,38 %) ein anderes Geschlecht nannte.

*Tabelle 3: Geschlechterverteilung der TN/Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)*

<b>Geschlecht</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Weiblich	27	64,29 %
Männlich	14	33,33 %
Anderes	1	2,38 %
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>100 %</b>

### Frage 4: Dauer des Aufenthalts der TN in Deutschland

Basierend auf den Daten zeigt sich, dass der Mittelwert der Proband\_Innen bei etwa 10,78 Jahren liegt (siehe Anhang 3: Detaillierter SPSS Output), die sie in Deutschland verbracht haben. Von den insgesamt 42 Befragt\_Innen haben 41 Angaben zur Dauer ihres Aufenthalts gemacht, während eine Person die Frage nicht beantwortet hat. Die Verteilung der Aufenthaltsdauer reicht von einem Jahr bis zu 30 Jahren, wobei die meisten Befragt\_Innen zwischen fünf und zehn Jahre in Deutschland gelebt haben (Tabelle 4).

*Tabelle 4: Dauer des Aufenthalts in Deutschland (Eigene Darstellung)*

<b>Jahre in Deutschland</b>	<b>TN</b>
5-10	26
11-15	7
16-20	4
21-25	2
26-30	2
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>

### Frage 5: Bildungsabschluss

Die Abbildung 3 zeigt die Bildungsabschlüsse der TN sowie die entsprechenden Häufigkeiten. Der niedrigste Bildungsabschluss, der untere Schulabschluss, wurde von vier TN erreicht. Elf TN haben das Abitur oder einen gleichwertigen Abschluss. Ein TN hat ein Studium begonnen, jedoch keinen Abschluss erzielt. 18

TN verfügen über einen Bachelorabschluss, während sechs TN einen Masterabschluss erlangt haben. Zudem haben zwei TN den höchsten akademischen Grad, den Doktorgrad, erreicht. Dieser differenzierte Überblick über die Bildungsabschlüsse der TN ermöglicht eine präzise Charakterisierung der Gruppenzusammensetzung in Bezug auf den Bildungshintergrund.

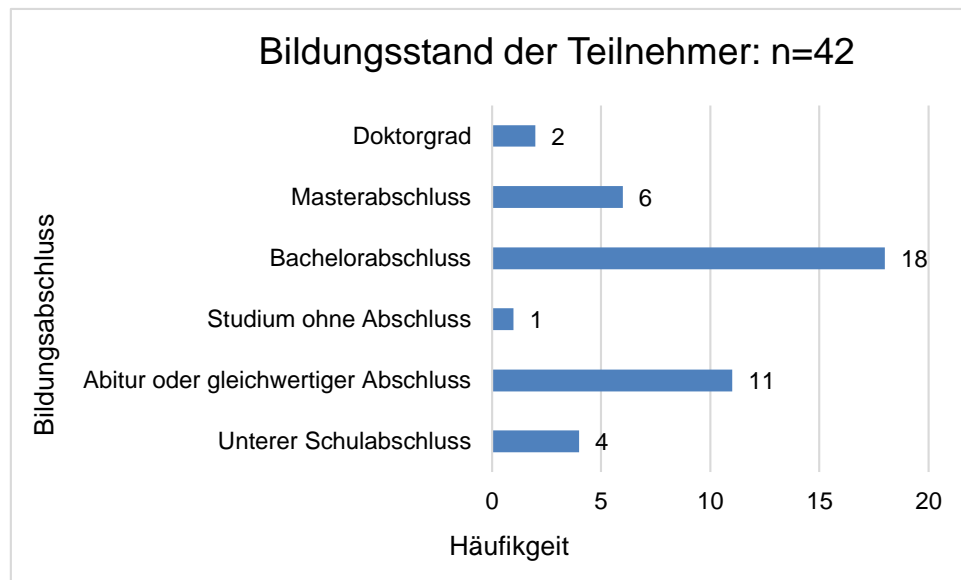


Abbildung 3: Verteilung des Bildungsstandes der Teilnehmer/Häufigkeit (Eigene Darstellung)

### Frage 6: Sprachkenntnisse (Mutter- und Fremdsprachen)

Die Angaben in Tabelle 5 bezüglich der Muttersprachen der TN zeigen eine vielfältige Sprachpalette innerhalb der Stichprobe von insgesamt 42 Personen. Hierbei gibt es TN, die nur eine Muttersprache angegeben haben, sowie solche, die zwei Muttersprachen sprechen. In Bezug auf eine einzelne Muttersprache dominieren besonders die Sprachen Armenisch (18 TN), Russisch (zehn TN) und Ukrainisch (drei TN). Es gibt auch kleinere Gruppen von TN mit anderen Muttersprachen wie Persisch, Arabisch, Türkisch, Albanisch, Georgisch und Punjabi, wobei jede dieser Sprachen von ein bis zwei TN gesprochen wird.

Aus den vorliegenden Ergebnissen geht hervor, dass die Mehrheit der Befragten aus den ehemaligen Ländern der Sowjetunion stammt. Dies legt nahe, dass die ProbandInnen eine gemeinsame historische und kulturelle Verbindung zu den Regionen der ehemaligen Sowjetunion teilen. Diese Erkenntnis ist von Bedeutung, um die kulturelle Vielfalt und die vielschichtigen Hintergründe der Teilnehmergruppe besser zu verstehen und angemessen zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Verteilung der Muttersprachen in der Teilnehmergruppe (Eigene Darstellung)

1 Muttersprache	Anzahl der TN
Albanisch	1
Arabisch	2
Armenisch	18
Farsi	2
Georgisch	1
Punjabi	1
Russisch	10
Türkisch	1
Ukrainisch	3
2 Muttersprachen	
Lettisch, Russisch	1
Russisch, Hebräisch	1
Tamil, Englisch	1
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>

Die Abbildung 4 veranschaulicht den Anteil der beherrschten ersten Fremdsprachen in der Gruppe von 42 TN. Deutsch führt mit 42,86 % (18 TN), gefolgt von Russisch (26,19 %) (elf TN) und Englisch (21,43 %) (neun TN). Arabisch, Hindi und Hebräisch werden von kleineren Gruppen beherrscht mit Prozentsätzen zwischen 2,38 % und 4,76 %.

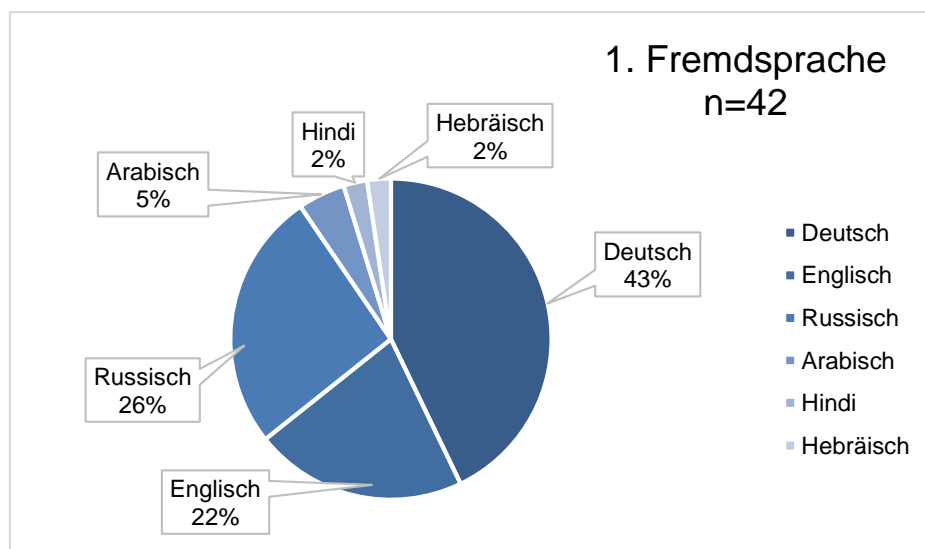


Abbildung 4: Verteilung der ersten Fremdsprachenkenntnisse (Eigene Darstellung)

Der prozentuale Anteil der beherrschten zweiten Fremdsprachen ist in Abbildung 5 dargestellt (n = 39). Englisch führt mit 48,72 % (19 TN) an, gefolgt von Deutsch (30,78 %) (zwölf TN). Russisch, Spanisch, Türkisch, Hebräisch, Französisch und Latein werden von kleineren Gruppen gesprochen mit Prozentsätzen zwischen 2,56 % und 5,13 %. Die Diagramme verdeutlichen die Vielfalt der Fremdsprachenkenntnisse und die Präferenzen der Proband\_Innen.

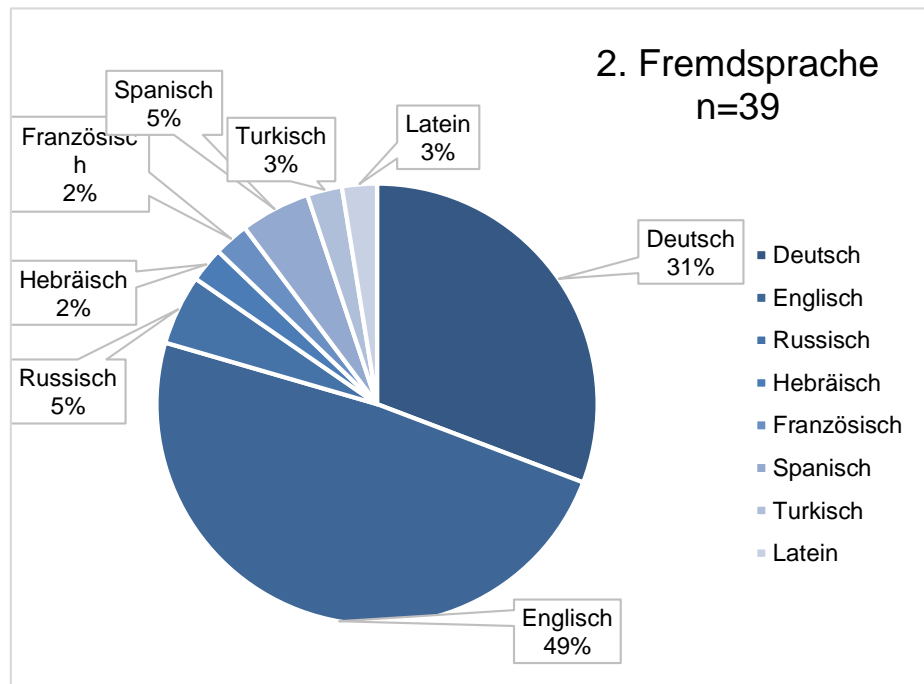


Abbildung 5: Verteilung der zweiten Fremdsprachenkenntnisse (Eigene Darstellung)

**Frage 7: Wie wichtig ist das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient\_In und Ärzt\_In?**

Das Balkendiagramm in Abbildung 6 visualisiert die Einschätzungen von 42 TN zur Bedeutung der Sprachbarriere in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Mehrheit von 73,81 % (31 TN) gab an, dass das Thema „sehr wichtig“ sei. Eine weitere Gruppe von 21,43 % (neun TN) findet es „wichtig“, während nur 4,76 % (zwei TN) es als „unwichtig“ einschätzen. Das Diagramm bietet einen klaren Überblick über die unterschiedlichen Meinungen in Bezug auf die Relevanz der Sprachbarriere in dieser Kontextsituation.

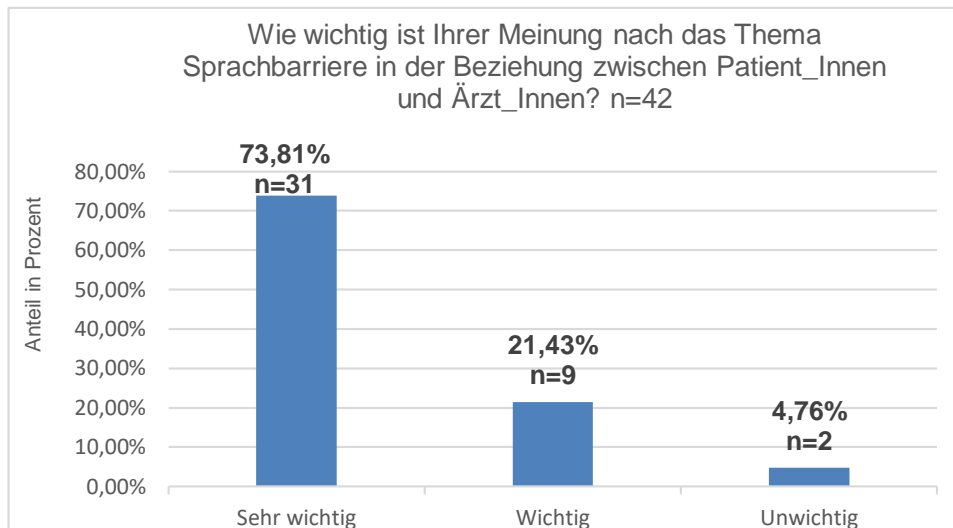


Abbildung 6: Wichtigkeit des Themas: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 8: Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse bei der Einreise nach Deutschland

Die Abbildung 7 zeigt die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse von Personen bei ihrer Einreise nach Deutschland. Die Mehrheit von 40,48 % (17 TN) gab an, über keine Deutschkenntnisse zu verfügen. A1–A2 wurde von 47,62% (20 TN) der TN selbst geschätzt, während 11,90 % (fünf TN) angaben, die Niveaus B1–B2 zu beherrschen. Niemand in der Stichprobe schätzte seine Deutschkenntnisse auf dem Niveau C1–C2 ein.

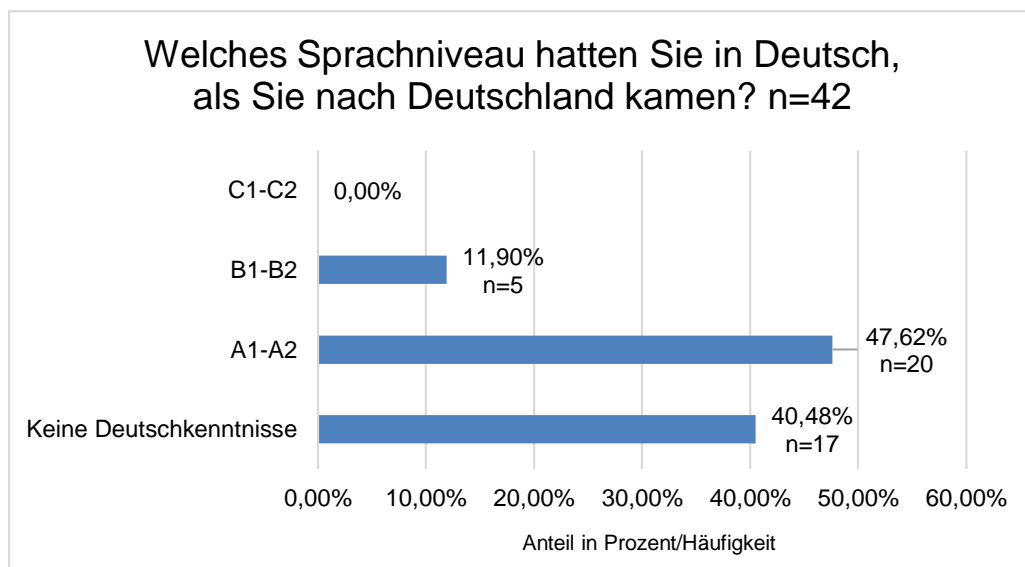


Abbildung 7: Deutschkenntnisse bei der Einreise nach Deutschland: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 9: Auswahl der Ärzte zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland

Abbildung 8 zeigt die Entscheidungspräferenzen der TN in Bezug auf die Arztwahl bei ihrer Einreise nach Deutschland basierend auf vergangenen Erfahrungen und hypothetischen Szenarien. Eine Frage lautete: „Angenommen, Sie hätten zu jenem Zeitpunkt die Möglichkeit gehabt, zwischen zwei Ärzten zu wählen.“ Die Proband\_Innen wurden gebeten, die Kriterien auszuwählen, die ihre Entscheidung beeinflussen könnten. Die Antworten zeigen, dass eine Mehrheit von 45,24 % (19 TN) dazu tendierte, sich für eine Ärztin/einen Arzt mit mittelmäßigem Ruf zu entscheiden, vorausgesetzt, diese Person sprach ihre Muttersprache. Im Gegensatz dazu bevorzugten 40,48 % (17 TN) eine Ärztin/einen Arzt mit gutem Ruf, auch wenn dieser ausschließlich Deutsch sprach. Eine kleinere Gruppe von 14,29 % (sechs TN) entschied sich dafür, keine der genannten Optionen zu wählen.

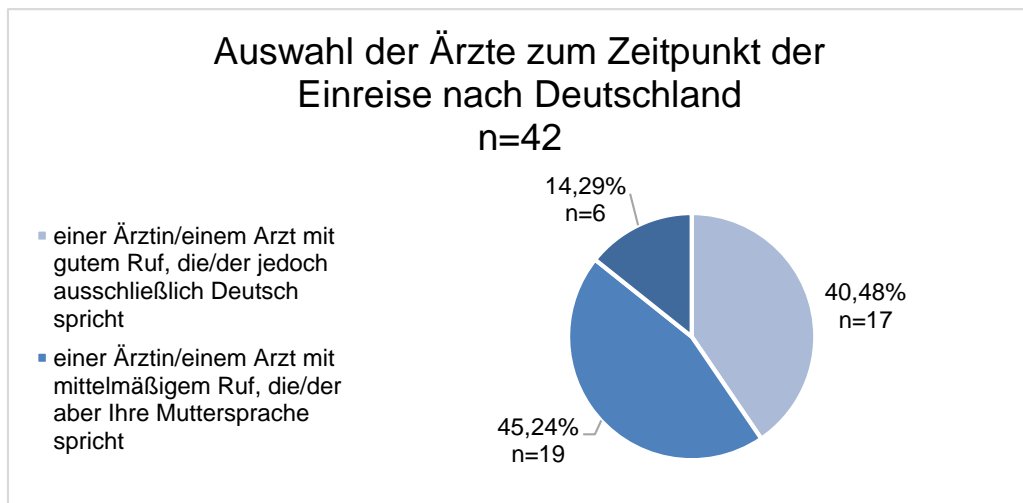


Abbildung 8: Auswahl der Ärzte: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 10: Wie haben Sie damals nach einer Ärztin oder einem Arzt gesucht?

Bei der Frage zur Arztsuche gaben 54,76 % (23 TN) der TN an, eine Praxis in der Nähe ausgewählt zu haben. 38,10 % (16 TN) haben sich im Bekanntenkreis nach Empfehlungen erkundigt. Zusätzlich haben 7,14% (drei TN) alternative Methoden angegeben. Drei der Befragte\_Innen, die „Sonstiges“ angaben, nannten das Internet als ihre Wahl für die Arztsuche (Abbildung 9).



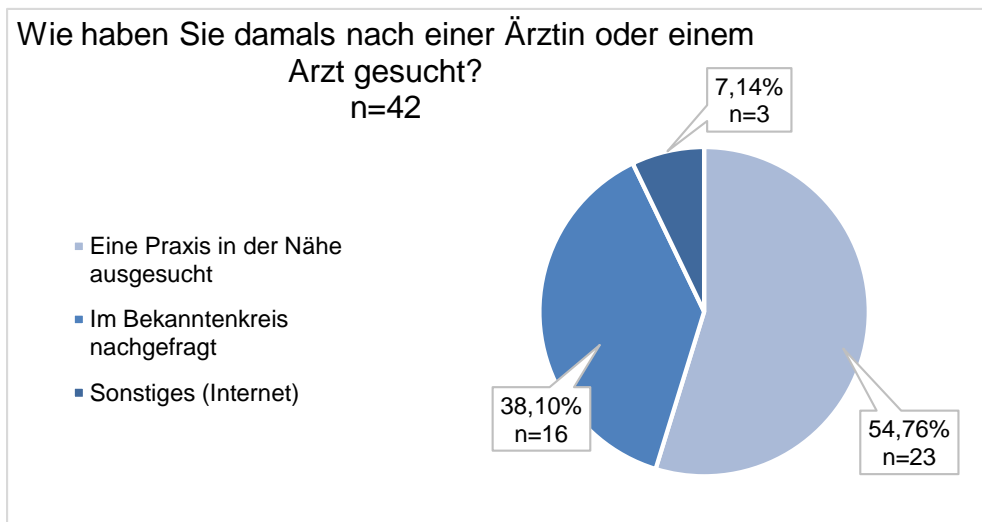


Abbildung 9: Methoden der Arztsuche zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland : Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 11: Über-, Unter- und Fehlversorgung zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland (Selbsteinschätzung):

Die Antworten auf Frage 11, die den Einfluss von Sprachbarrieren auf die medizinische Versorgung thematisierte, lassen folgende Schlüsse zu: Eine signifikante Mehrheit von 35,71 % (15 TN) der 42 Proband\_Innen äußerte den Eindruck, dass ihnen nicht ausreichend Untersuchungen oder Behandlungen zuteilwurden. Lediglich eine geringe Minderheit von 2,38 % (ein TN) empfand, dass ihr zu viele medizinische Maßnahmen zuteilwurden. Für 11,90 % (fünf TN) der Befrag\_Innen bestand der Eindruck, dass sie falsche oder nicht auf ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen oder Behandlungen erhalten haben. Demgegenüber gaben 40,48 % (17 TN) an, sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt zu haben, während 9,52 % (vier TN) antworteten, dass keine der genannten Optionen auf sie zutraf. Die oben beschriebenen Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Über-, Unter- und Fehlversorgung zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

Über-, Unter- und Fehlversorgung (Selbsteinschätzung)	Häufigkeit n = 42	Prozent
Nicht genügend Untersuchungen/Behandlungen	15	35,71 %
Zu viele Untersuchungen/Behandlungen	1	2,38 %

Falsche oder nicht auf Ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen/Behandlungen	5	11,90 %
Sie haben sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt	17	40,48 %
Keine der oben genannten Optionen	4	9,52 %

**Frage 12: Gab es Situationen, in denen Sie aufgrund der Sprachbarriere nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen sind?**

Die Frage 12 bezog sich auf das Verhalten der TN in Bezug auf den Gang zu einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund von Sprachbarrieren. Von den insgesamt 42 Befragten gaben 54,76 % (23 TN) an, in Situationen, in denen eine Sprachbarriere bestand, nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen zu sein. Die verbleibenden TN, entsprechend 45,24 % (19 TN), antworteten mit „Nein“. Diese Ergebnisse wurden in einem Kreisdiagramm (Abbildung 10) dargestellt, um die prozentuale Verteilung der Antworten zu visualisieren.

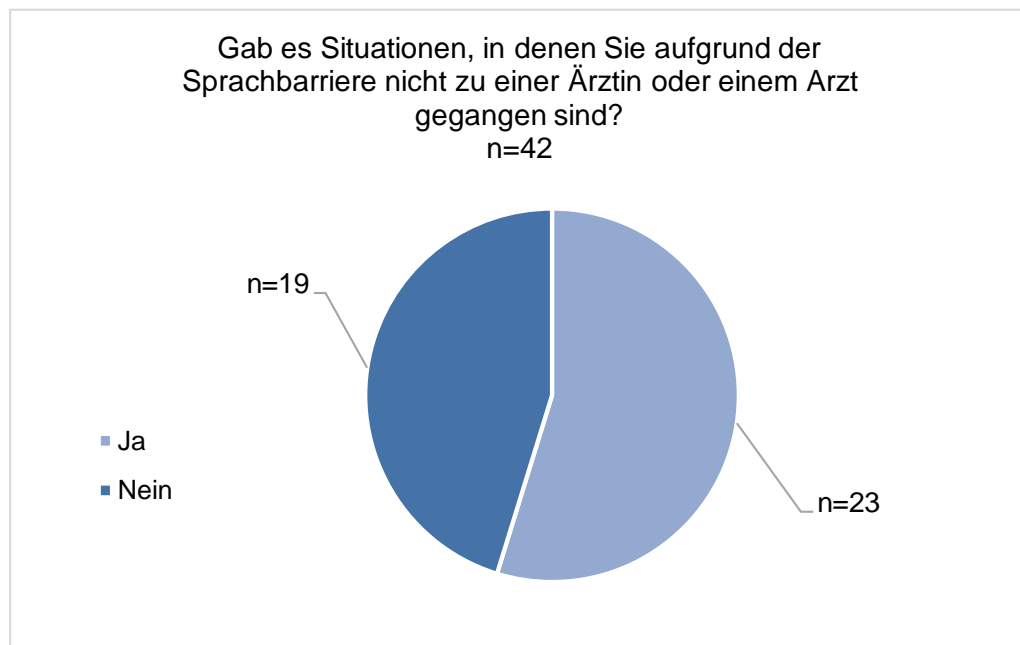


Abbildung 10: Verzicht auf den Arztbesuch aufgrund von Sprachbarrieren: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung)

### Frage 13: Informationssammlung über den Umfang der gesetzlichen Leistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland

In Frage 13 wurde ermittelt, wie die TN zum Zeitpunkt ihrer Einreise nach Deutschland über die ihnen zustehenden gesetzlichen Leistungen informiert wurden. Zwei potenzielle Informationsquellen standen zur Auswahl: entweder durch eine Ärztin oder einen Arzt oder durch Informationen aus dem Bekanntenkreis, den Medien usw. (Abbildung 11). Von den 42 Befragten gaben lediglich neun an, dass sie Informationen über ihre berechtigten gesetzlichen Leistungen von ÄrztInnen erhalten haben. Die verbleibenden 33 TN haben sich hingegen anderer Informationsquellen bedient.

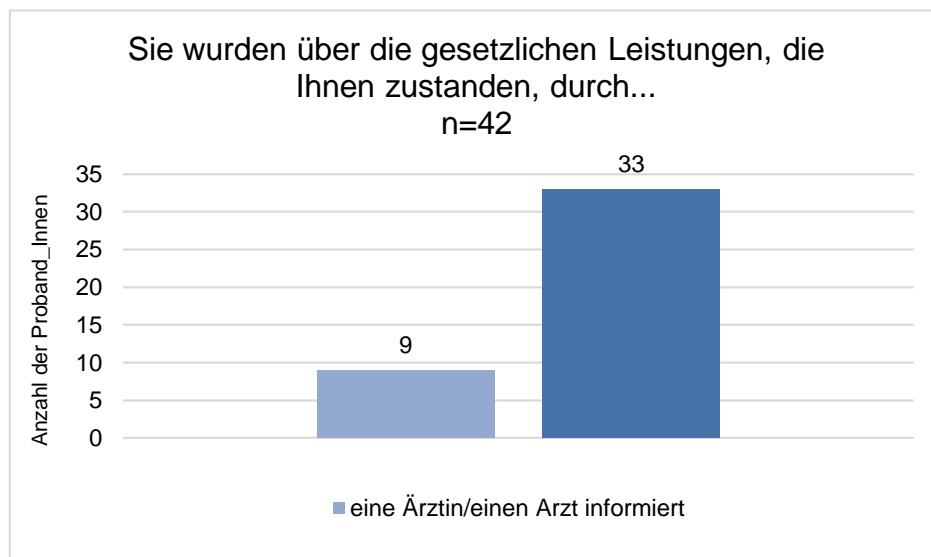


Abbildung 11: Verteilung der Informationsquellen über gesetzliche Leistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland unter den Befragten. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung)

### Frage 14: Hausärztliche Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland.

Das Ziel der Frage war es, Informationen zur Teilnahme an kostenlosen allgemeinmedizinischen Untersuchungen von 42 TN zum Zeitpunkt ihrer Einreise nach Deutschland zu sammeln. Die Befragten hatten die Optionen „Ja“ und „Nein“ zur Auswahl. Bei einer bejahenden Antwort sollten sie auch angeben, woher sie von den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen erfahren haben – sei es durch eine Ärztin/einen Arzt, FreundInnen, die Medien, etc. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, einen Kommentar hinzuzufügen.

Insgesamt haben 45,24 % (19 TN) der Befragten angegeben (Abbildung 12), dass sie die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch

genommen haben. Die Mehrheit von 54,76 % (23 TN) gab hingegen an, diese Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen zu haben. Von den 42 TN haben 17 die Kommentarzeile ausgefüllt, als Informationsquelle zu kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen gaben 14 Personen den Bekanntenkreis an, zwei Personen nannten die Krankenkassen und nur eine Person gab die Medien an. Im Anhang findet sich die vollständige Auflistung der angegebenen Antworten.

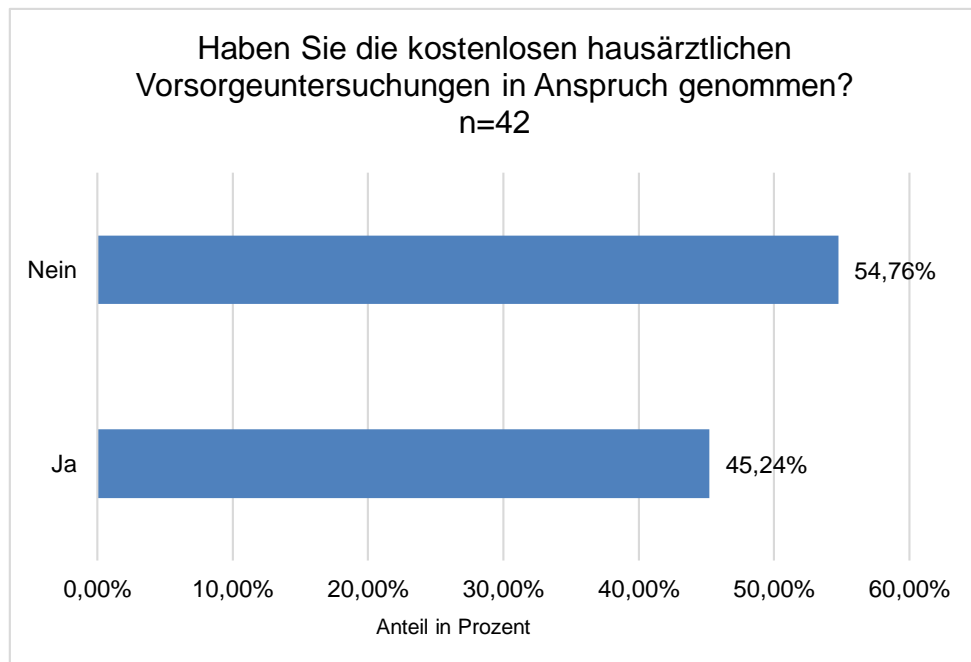


Abbildung 12: Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 15: Informationsgewinnung der Befragt\_Innen über die privaten medizinischen Leistungen

Die Frage 15 lautete „Wussten Sie damals, dass es Zusatzleistungen gibt?“ und wurde von den 42 TN beantwortet (Tabelle 7). Dabei wurde von 21,43 % (neun TN) angegeben, dass sie über Zusatzleistungen informiert waren, während 78,57 % (33 TN) angaben, dass sie dies nicht wussten. Das Kommentarfeld wurde von acht Befragt\_Innen ausgefüllt, wobei drei ihren Bekanntenkreis als Informationsquelle für Zusatzleistungen angaben, drei Ärzte, einer die Krankenkassen und einer die Medien. Die umfassende Aufstellung der angegebenen Antworten befindet sich im Anhang.

Tabelle 7: Bewusstsein über das Vorhandensein von medizinischen Zusatzleistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

Wussten Sie damals, dass es Zusatzleistungen gibt? n = 42	Prozent	Häufigkeit
Ja	21,43 %	9
Nein	78,57 %	33

### Frage 16: Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland

Die Ergebnisse der Frage 16 („Haben Sie damals alle Empfehlungen und Anweisungen von der Ärztin/vom Arzt verstanden?“) wurden von 42 TN erfasst, wobei 41 auf diese Frage geantwortet haben und ein/e Proband\_In die Frage übersprungen hat. Unter den antwortenden TN gaben 34,15 % (14 TN) an, alles verstanden zu haben, während 7,32 % (drei TN) angaben, nicht alles verstanden zu haben. Die Mehrheit der TN (58,54 %, n = 24) gab an, nur teilweise verstanden zu haben. Die Verteilung dieser Antworten ist in Abbildung 13 dargestellt.

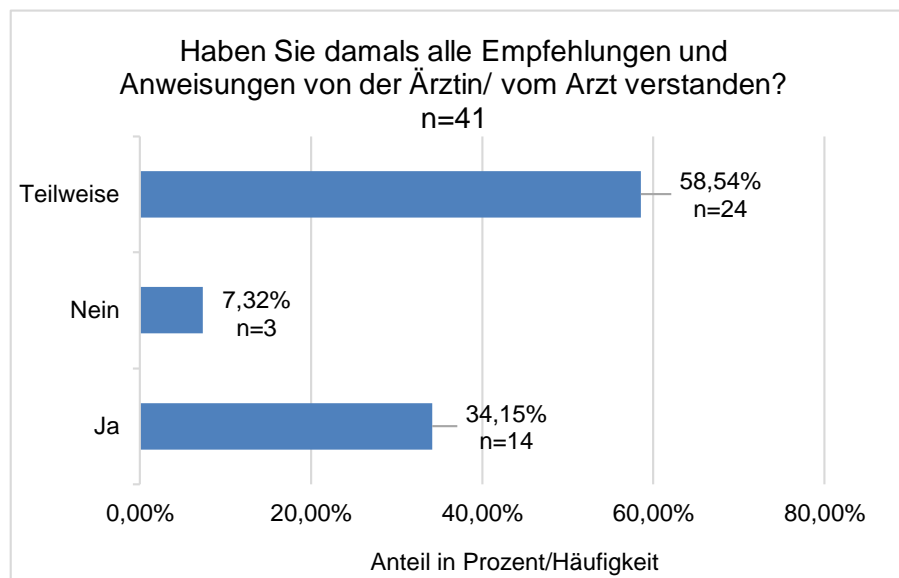


Abbildung 13: Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent und Häufigkeit (Eigene Darstellung)

### **Frage 17: Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren beim Arztbesuch zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland**

Die Frage 17 („Welche Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren beim Arztbesuch in allgemeinmedizinischen Praxen wurden von Ihnen damals angewendet?“) ermöglichte den Proband\_Innen die mehrfache Nennung verschiedener Strategien (Tabelle 8). Die Ergebnisse zeigen, dass die TN eine Vielzahl von Methoden gleichzeitig eingesetzt haben, um die Sprachbarrieren zu überwinden. Die häufigsten Strategien waren die Anwendung von Mimik und Gestik sowie die Nutzung von Fremdsprachenkenntnissen, wobei beide von 54,76 % (23 TN) genannt wurden. Ebenso gaben 52,38 % (22 TN) an, die Übersetzung durch Familienangehörige angewendet zu haben. Wörterbücher oder elektronische Wörterbücher wurden von 19,05 % (acht TN) genutzt.

Andere genannte Methoden waren die Nutzung von Übersetzungs-Apps (30,95 % bzw. 13 TN), die Übersetzung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (14,29 % bzw. sechs TN) und der Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort (2,38 % bzw. ein TN). Es ist zu beachten, dass keine der befragten Personen angab, Dolmetscherdienste per Telefon oder Videocall genutzt zu haben.

*Tabelle 8: Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren beim Arztbesuch zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung)*

<b>Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren beim Arztbesuch zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland (mehrfache Nennung möglich) n = 42</b>	<b>Häufigkeit</b>
Mimik und Gestik	23
Wörterbücher/elektronische Wörterbücher	8
Fremdsprachenkenntnisse	23
Übersetzungs-Apps	13
Übersetzung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	6
Übersetzung durch Familienangehörige	22
Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort	1
Dolmetscherdienste (per Telefon oder Videocall)	0

## Fragen zum heutigen Zeitpunkt

### Frage 18: Aktuelle Deutschkenntnisse

In Abbildung 14 ist ersichtlich, dass die Mehrheit der TN mit 66,67 % (n = 28) angab, ihre Deutschkenntnisse zum Zeitpunkt der Umfrage auf C1-C2-Niveau gesteigert zu haben. Die übrigen TN haben sich auf B1-B2-Niveau verbessert und nur eine Person antwortete, keine Deutschkenntnisse zu haben.

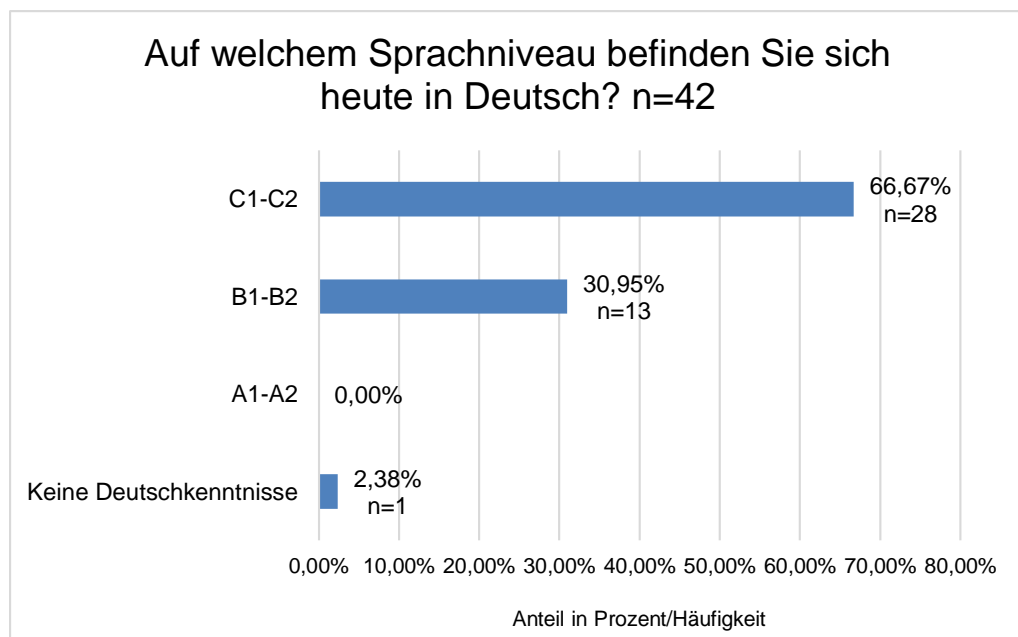


Abbildung 14: Aktuelle Deutschkenntnisse: Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 19: Auswahl der Ärzte zum heutigen Zeitpunkt

Die vorliegende Abbildung 15 zeigt die aktuellen Entscheidungspräferenzen der TN bei der Wahl zwischen zwei Ärzt\_Innen. Aktuell bevorzugen 80,49 % der Befrag\_Innen (33 TN) eine Ärztin/einen Arzt mit gutem Ruf, die/der jedoch ausschließlich Deutsch spricht. 14,63 % (sechs TN) neigen dazu, eine Ärztin/einen Arzt mit mittelmäßigem Ruf zu wählen, sofern dieser ihre Muttersprache spricht. Eine kleine Gruppe von 4,88 % (zwei TN) zieht es vor, keine der oben genannten Optionen zu wählen.

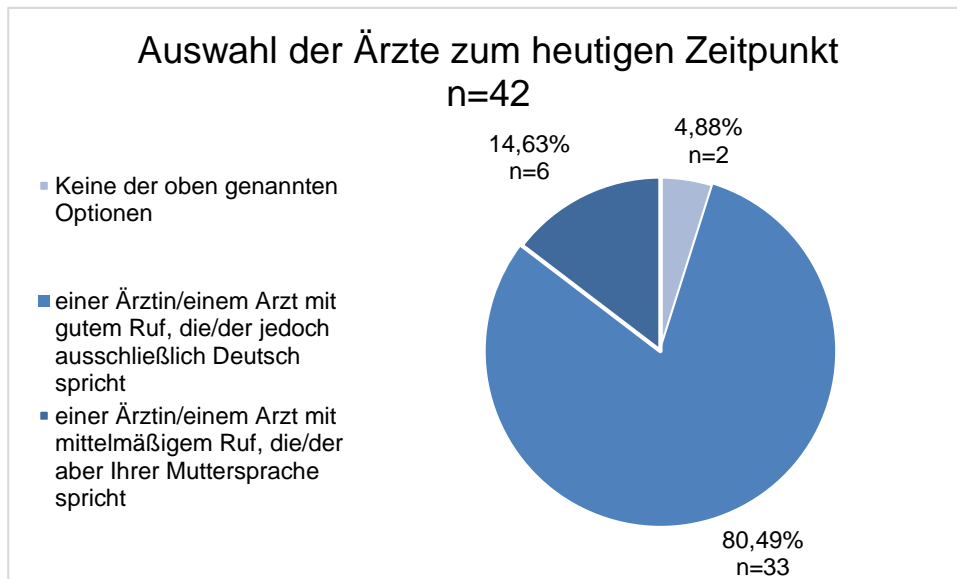


Abbildung 15: Methoden der Arztsuche zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)

### Frage 20: Wie suchen Sie heute nach einer Ärztin oder einem Arzt?

Die Frage „Wie suchen Sie heute nach einer Ärztin oder einem Arzt?“ wurde den Proband\_Innen gestellt, um verschiedene Herangehensweisen zu erfassen:

Ein Teil der Befragte\_Innen von 50 % (n = 42) gab an, eine Praxis in der Nähe zu bevorzugen. 28,57 % (zwölf TN) gaben an, ihren Bekanntenkreis zur Arztsuche zu konsultieren. Die Option „Sonstiges“ wurde von 21,43 % (neun TN) ausgewählt, bei der sie individuelle Quellen für ihre Arztsuche angeben konnten (Abbildung 16). Die detaillierten Angaben zu den ‚Sonstiges‘-Antworten sind im Anhang aufgeführt.

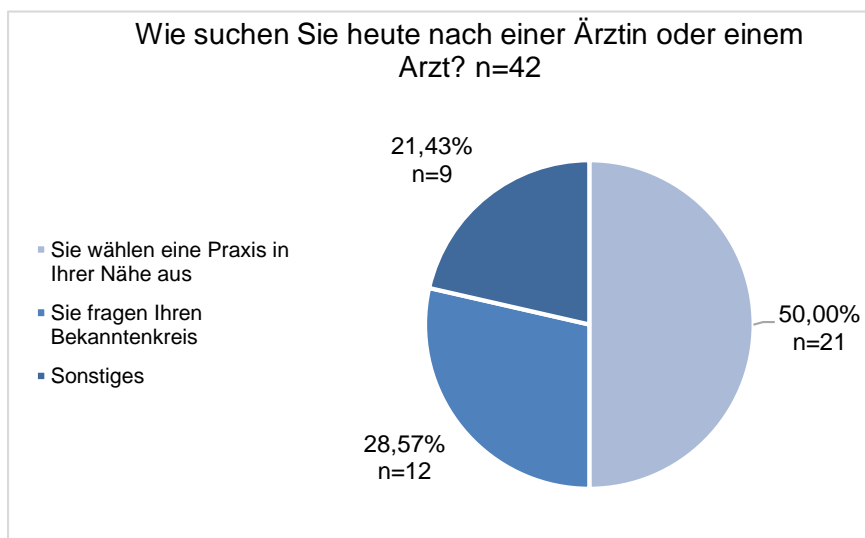


Abbildung 16: Methoden der Arztsuche zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)



**Frage 21: Wie würden Sie Ihren Eindruck von Ihrem Arztbesuch heute beschreiben?**

Die Auswertung der Antworten auf Frage 21, die den Einfluss von Sprachbarrieren auf die aktuelle medizinische Versorgung betrifft, ergibt folgendes Bild (n = 42):

Eine bedeutende Mehrheit von 52,38 % (22 TN) antwortete, sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt zu haben. Hingegen äußerte eine kleine Minderheit von 2,38% (ein TN) den Eindruck, falsche oder nicht auf ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen/Behandlungen erhalten zu haben, während weitere 2,38 % (ein TN) angaben, dass ihnen zu viele Untersuchungen/Behandlungen zugewiesen wurden. Im Gegensatz dazu gaben 33,33 % (14 TN) an, sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt zu haben, während 9,52 % (vier TN) antworteten, dass keine der genannten Optionen auf sie zutreffe. Die erörterten Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt.

*Tabelle 9: Über-, Unter- und Fehlversorgung zum heutigen Zeitpunkt: Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)*

Wie würden Sie Ihren Eindruck von Ihrem Arztbesuch heute beschreiben? (Selbsteinschätzung)	Häufigkeit	Prozent
	n = 42	
Nicht genügend Untersuchungen/Behandlungen	14	33,33 %
Zu viele Untersuchungen/Behandlungen	1	2,38 %
Falsche oder nicht auf Ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen/Behandlungen	1	2,38 %
Sie haben sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt	22	52,38 %
Keine der oben genannten Optionen	4	9,52 %

**Frage 22: Erhalten Sie heute ärztlicherseits Informationen über den Umfang der Ihnen zustehenden gesetzlichen Leistungen?**

Die Frage thematisierte, ob die Befragten gegenwärtig ärztlicherseits Informationen über den Umfang der ihnen zustehenden gesetzlichen Leistungen erhalten. Von den insgesamt 42 TN gaben 42,86 % (18 TN) an, diese Informationen zu erhalten, während 57,14 % (24 TN) antworteten, keine entsprechenden Informationen zu erhalten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 17 grafisch dargestellt.

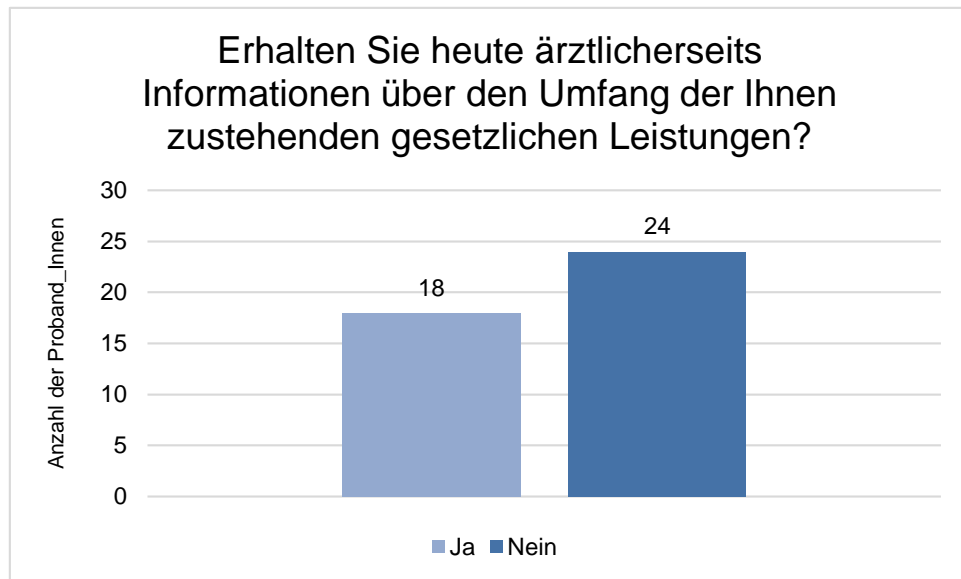


Abbildung 17: Informationsfluss zu gesetzlichen Leistungen durch Ärzte aktuell. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung)

**Frage 23: Nehmen Sie heute die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?**

Die Fragestellung bezog sich darauf, ob die TN derzeit die kostenfreien präventiven Untersuchungen bei ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt wahrnehmen. Von insgesamt 42 TN gaben 45,24 % (19 TN) an, aktiv an diesen Untersuchungen teilzunehmen, während 54,76 % (23 TN) antworteten, dies nicht zu tun. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse ist in Abbildung 18 zu sehen.

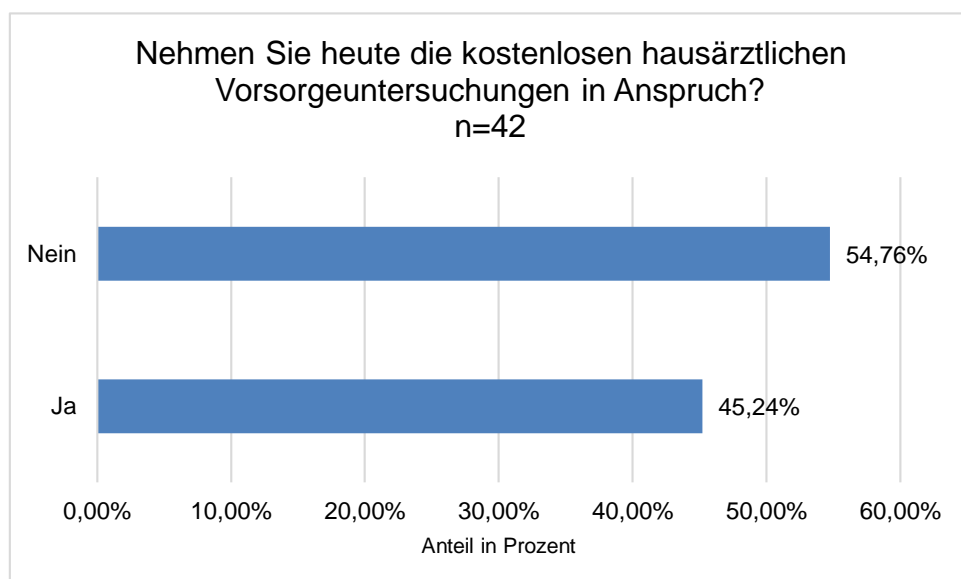


Abbildung 18: Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum heutigen Zeitpunkt. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung)

**Frage 24: Erhalten Sie heute ärztlicherseits Informationen darüber, dass es Zusatzleistungen gibt?**

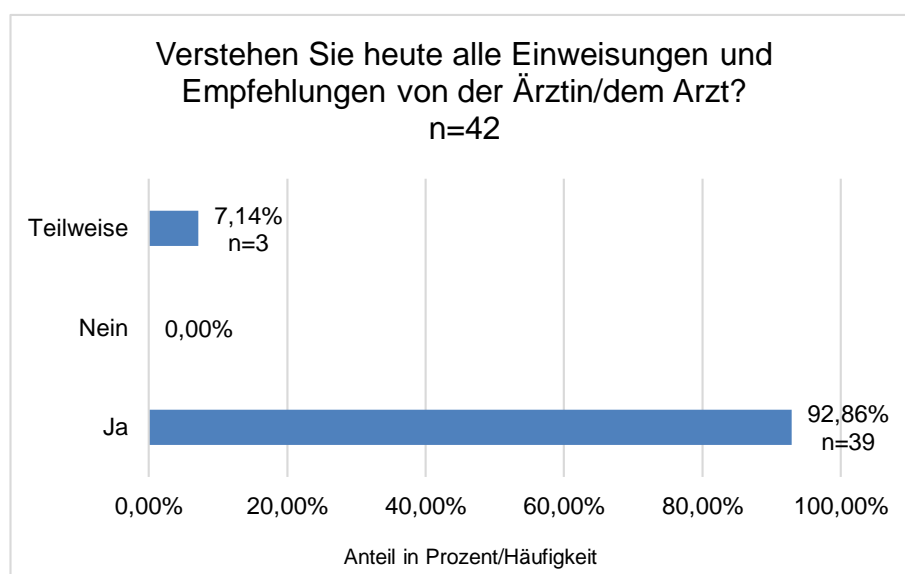
In Tabelle 10 sind die Ergebnisse zu Frage 24 dargestellt. Von 42 TN gaben 40,48 % (17 TN) an, solche Informationen zu erhalten, während 59,52 % (25 TN) antworteten, keine entsprechenden Informationen zu bekommen.

*Tabelle 10: Übersicht über die von der Ärztin/dem Arzt bereitgestellten Informationen zu verfügbaren Zusatzleistungen. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)*

<b>Erhalten Sie heute ärztlicherseits Informationen darüber, dass es Zusatzleistungen gibt?</b> N = 42	<b>Prozent</b>	<b>Häufigkeit</b>
Ja	40,48 %	17
Nein	59,52 %	25

**Frage 25: Verstehen Sie heute alle Einweisungen und Empfehlungen von der Ärztin/dem Arzt?**

Die Antworten zu Frage 25 wurden von 42 TN erfasst. Unter den antwortenden TN gaben 92,86 % (39 TN) an, alles verstanden zu haben, während 7,14 % (drei TN) aussagten, nur teilweise verstanden zu haben. Es wurde von keinem TN angegeben, die ärztlicherseits gegebenen Einweisungen und Empfehlungen seien nicht verständlich. Die Verteilung dieser Antworten ist in Abbildung 19 dargestellt.



*Abbildung 19: Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum heutigen Zeitpunkt. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)*

**Frage 26: Fühlen Sie sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen im Vergleich zu damals?**

Die Frage 26 wurde von 42 TN beantwortet. Die Ergebnisse zeigen (Abbildung 20), dass die Mehrheit der Befragten von 73,81 % (31 TN), angab, sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen zu fühlen. Nur eine geringe Minderheit von 2,38 % (ein TN) antwortete, sich nicht sicherer zu fühlen, während 23,81 % (zehn TN) angeben, sich teilweise sicherer zu fühlen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Befragten ein gesteigertes Sicherheitsgefühl bei Arztbesuchen im Vergleich zu früher empfindet.

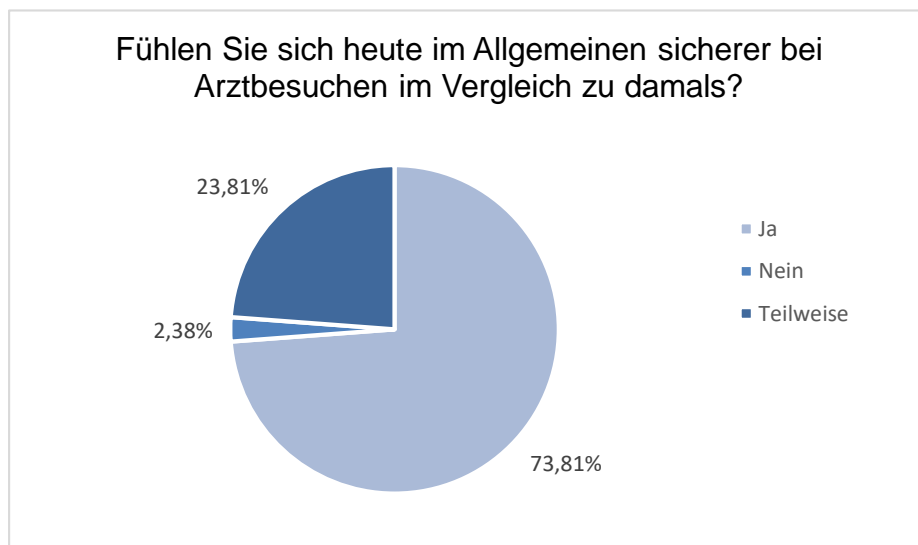


Abbildung 20: Sicherheitsgefühl bei Arztbesuchen im Vergleich zu früher. Verteilung der TN-Antworten nach Prozent (Eigene Darstellung)

**Frage 27: Welche der folgenden Punkte können Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten in Zukunft zu verbessern? (mehrfache Nennung möglich)**

Die Auswertung der Frage zur zukünftigen Verbesserung der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten führte zu folgenden Resultaten: Die TN hatten die Möglichkeit, mehrere Faktoren auszuwählen, die ihrer Meinung nach zur Verbesserung beitragen könnten. Hierbei gaben 21,95 % (neun TN) an, dass Mimik und Gestik relevant seien. Elektronische Wörterbücher wurden von 24,39 % (zehn TN) genannt. Eigene Fremdsprachenkenntnisse wurden von 60,98 % (25 TN) als bedeutend erachtet, während 56,10 % (23 TN) Übersetzungs-Apps favorisierten. 34,15 % (14 TN) glaubten an eine effektive Kommunikation durch MitarbeiterInnen, während 21,95 % (neun TN) dies auf die Hilfe von Familienangehörigen zurückführten. Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort wurden von 29,27 % (23 TN) angeführt, ebenso wie Dolmetscherdienste per Telefon oder Videocall. Unter „Sonstiges“ gaben 7,32 % (drei TN) individuelle Faktoren an, wie

„alle oben genannten Punkte können hilfreich sein“. Eine Person fühlte sich bereits gut verstanden und eine andere betonte ihre Englischkenntnisse. Insgesamt wurde die Frage 27 von 41 TN beantwortet, während ein TN sie übersprang. Die Verteilung der Ergebnisse nach Häufigkeit ist in Tabelle 11 dargestellt.

*Tabelle 11: Verbesserung der Ärztekommunikation: Mögliche Einflussfaktoren. Verteilung der TN-Antworten nach Anzahl (Eigene Darstellung)*

<b>Verbesserung der Ärztekommunikation: Mögliche Einflussfaktoren (mehrfache Nennung möglich) n = 41</b>	<b>Häufigkeit</b>
Mimik und Gestik	9
Wörterbücher/elektronische Wörterbücher	10
Eigene Fremdsprachenkenntnisse	25
Übersetzungs-Apps	23
Übersetzung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	14
Übersetzung durch Familienangehörige	9
Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort	12
Dolmetscherdienste (per Telefon oder Video-call)	12
Sonstiges	3

**Frage 28: Welche der folgenden Optionen halten Sie für eine effektive Ressource zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen? (mehrfache Nennung möglich)**

Die Auswertung der Frage zu effektiven Ressourcen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen führte zu folgenden Ergebnissen: Mehrere Optionen wurden von den TN (n = 42) mehrfach genannt. Die Förderung von Deutschkursen für Menschen mit Migrationshintergrund wurde von einer Mehrheit von 90,48 % (38 TN) als effektive Ressource angesehen. 45,24 % (19 TN) der Befragten befürworteten sowohl die Erweiterung der zeitlichen Ressourcen während der Sprechstunden für Patient\_Innen mit Migrationshintergrund als auch die Bereitstellung finanzieller Unterstützung oder die Übernahme

der Kosten für Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation wie etwa Dolmetscherdienste. Ebenso unterstützten 45,24 % (19 TN) die Durchführung von Seminaren und Fortbildungen für Ärzt\_Innen zur Sensibilisierung und Bewältigung von Sprachbarrieren in der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Ergebnisse sind in der Tabelle 12 dargestellt.

*Tabelle 12: Effektive Ressourcen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen. Verteilung der TN-Antworten nach Häufigkeit und Prozent (Eigene Darstellung)*

<b>Welche der folgenden Optionen halten Sie für eine effektive Ressource zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt_Innen und Patient_Innen? (mehrfache Nennung möglich) n = 42</b>	<b>Prozent</b>	<b>Häufigkeit</b>
Die Förderung von Deutschkursen für Menschen mit Migrationshintergrund	90,48 %	38
Eine Erweiterung der zeitlichen Ressourcen während der Sprechstunden für Patient_Innen mit Migrationshintergrund	45,24 %	19
Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung oder die Übernahme der Kosten für Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation wie zum Beispiel Dolmetscherdienste	45,24 %	19
Die Durchführung von Seminaren und Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte zur Sensibilisierung und Bewältigung von Sprachbarrieren in der Arzt-Patienten-Beziehung	45,24 %	19

### **Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Bedeutung der Sprachbarriere in der Arzt-Patient-Beziehung**

In Bezug auf die Frage nach der Relevanz des Themas „Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient\_Innen und Ärzt\_Innen“ (Abbildung 21) antworteten 15 von den 18 TN, die ein Bachelorstudium absolviert haben, dass das Thema für sie sehr wichtig sei, während die übrigen drei TN unterschiedliche Antwortkategorien wählten, sprich „wichtig“, „unwichtig“ und „keine Angabe“. Von den elf TN mit Abitur oder einem gleichwertigen Abschluss gaben sechs an, dass das Thema für sie

sehr wichtig sei, vier TN stufen es als wichtig ein und einer empfand es als unwichtig. Von den insgesamt acht TN mit einem Master- oder Doktorgrad bewerteten alle das Thema als „wichtig“ oder „sehr wichtig“.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Thema „Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient\_Innen und Ärzt\_Innen“ für nahezu alle TN von großer Bedeutung ist. Die Anwendung des Chi-Quadrat-Tests (Anhang 3: Detaillierter SPSS Output) ergab jedoch keinen signifikanten Zusammenhang ( $p = 0,914$ ) zwischen der Bedeutung des Themas und dem Bildungsabschluss der TN.

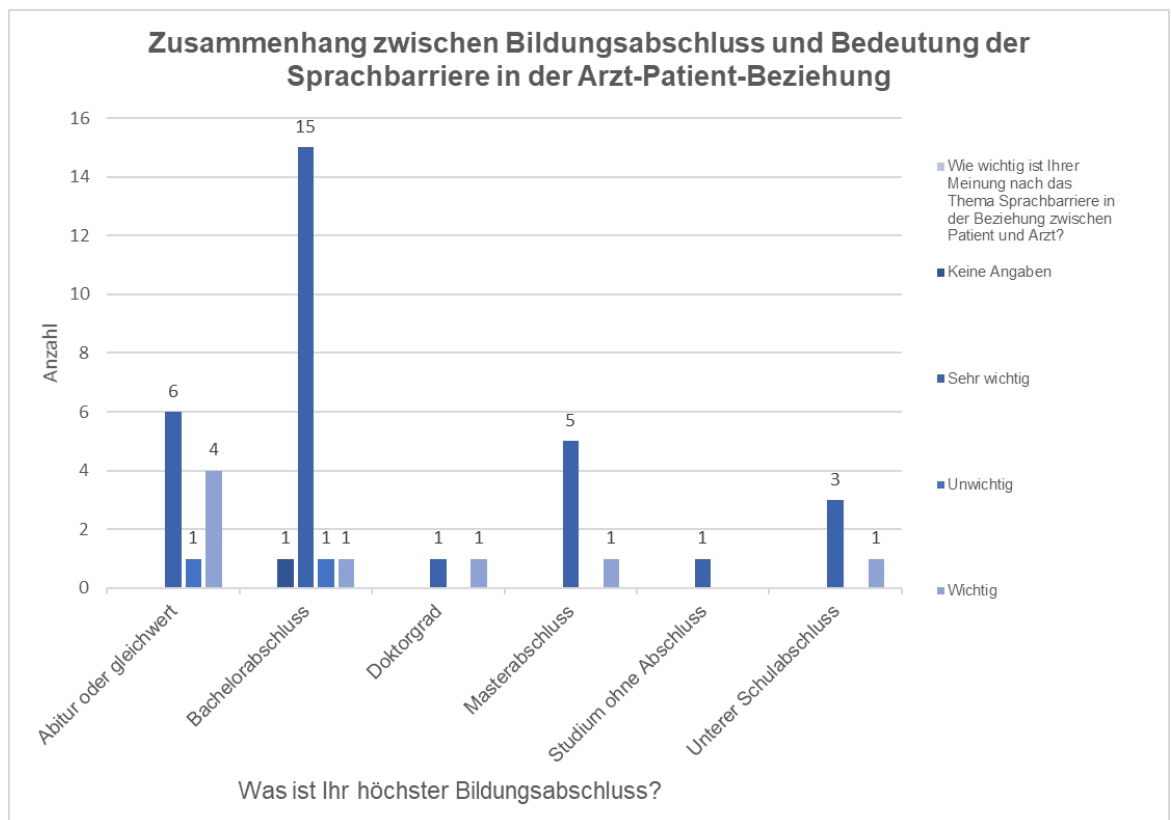


Abbildung 21: Bedeutung des Themas Sprachbarriere in der Arzt-Patient-Beziehung und Bildungsabschluss (Eigene Darstellung)

### Vergleich des Verstehens von Empfehlungen und Anweisungen von Ärzten vor und nach der Integration

Die vorliegenden Daten (Abbildung 22) geben das Verständnis von Empfehlungen und Anweisungen von Ärzten vor und nach der Integration wieder.

Vor der Integration gaben 14 TN an, alle Empfehlungen und Anweisungen verstanden zu haben, während drei TN antworteten, sie nicht verstanden zu haben. 24 TN gaben an, die Empfehlungen teilweise verstanden zu haben, und ein TN machte keine Angaben.

Nach der Integration gaben 39 TN an, alle Empfehlungen und Anweisungen zu

verstehen. Es gab keine TN, die angaben, diese nicht zu verstehen, und drei Personen gaben an, sie teilweise zu verstehen.

Es ist zu beachten, dass die Anzahl der BefragteInnen in beiden Gruppen insgesamt 42 beträgt. Der Vergleich zeigt einen deutlichen Anstieg der Personen, die alle Empfehlungen und Anweisungen von Ärzten nach der Integration verstehen. Dies deutet darauf hin, dass die Integration möglicherweise positive Auswirkungen auf das Verstehen von medizinischen Anweisungen und Empfehlungen haben könnte.

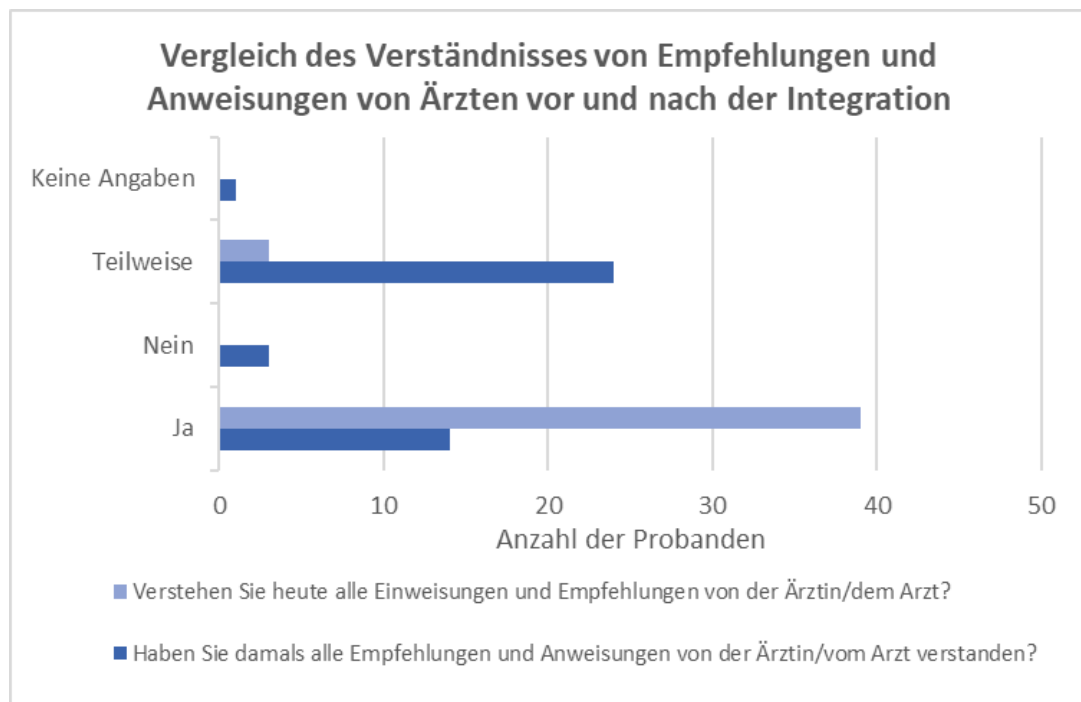


Abbildung 22: Vergleich des Verstehens von Empfehlungen und Anweisungen von Ärzten vor und nach der Integration (Eigene Darstellung)

## 6 Handlungsempfehlungen

In einer Zeit, in der MigrantInnen einen integralen Bestandteil der deutschen Bevölkerung darstellen, wurden bereits umfassende Anstrengungen unternommen, um ihre spezifischen Bedürfnisse besser zu adressieren. Zahlreiche Institutionen, Konzepte, Projekte und ehrenamtliche Organisationen wurden ins Leben gerufen, um sprachliche und kulturelle Barrieren abzubauen. Diese Bemühungen seitens der einheimischen Medizin- und Sozialarbeiter haben das Potenzial, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch MigrantInnen erheblich zu verbessern.



Dennoch bleibt die Frage nach angemessener gesundheitlicher Vorsorge und Versorgung für Migrant\_Innen sowohl Gegenstand medizinischer als auch politischer Diskussionen, da viele dieser Leistungen entweder gar nicht oder nur teilweise umgesetzt werden können. All diese Bemühungen bleiben praktisch bedeutungslos und unrealisierbar, wenn Migrant\_Innen, die solche Unterstützung benötigen, nicht erreicht werden können oder selbst nicht erreicht werden wollen.

Die Hindernisse, die einer besseren Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen im Wege stehen, müssen auf verschiedenen Ebenen abgebaut werden.

Um die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in Deutschland zu verbessern, bedarf es einer Vielzahl von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Sowohl der Öffentliche Gesundheitsdienst als auch die Politik spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Eine bedeutende Maßnahme ist die Gewährleistung der Erreichbarkeit der Zielgruppen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Pressemitteilungen, die auch in den Muttersprachen der Migrant\_Innen verfügbar sind. Dadurch können sie besser über vorhandene Gesundheitsangebote informiert werden. Gemeinschaftsorganisationen und soziale Netzwerke können ebenfalls eine zentrale Rolle dabei spielen, Migrant\_Innen bei der Navigation durch das Gesundheitssystem zu unterstützen und ihnen Zugang zu Informationen über verfügbare Ressourcen zu verschaffen. Durch eine gezielte Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Herausforderungen, mit denen Migrant\_Innen mit Sprachbarrieren konfrontiert sind, und die Notwendigkeit einer verbesserten Gesundheitsversorgung für diese Bevölkerungsgruppe können Barrieren abgebaut und der Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung verbessert werden.

Es ist außerdem essenziell, eine gesetzliche gesundheitliche Beratung für neu ankommende Migrant\_Innen zu verankern. Diese Beratung sollte Informationen über Vorsorgeuntersuchungen, Konsequenzen bei Nichteinhaltung und eine Erstuntersuchung inklusive Impfstatusprüfung umfassen. Zudem könnten Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt werden, die die zentralen medizinischen Vorkommnisse und Begriffe erklären.

Darüber hinaus sollten Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen zu sozialen, medizinischen und präventiven Themen entwickelt werden, die digital verfügbar sind und bei Bedarf auch in Papierform ausgehändigt werden können. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass Migrant\_Innen im berufsfähigen Alter, die ohne Sprachnachweis nach Deutschland eingewandert sind, das Sprachniveau A1 erreichen. Integrationskurse sollten daher auch eine verständliche Einführung in das deutsche Gesundheitssystem umfassen.

In einer Zeit, in der Kommunikationsmöglichkeiten umfassend sind, ist die Nutzung von Dolmetscherdiensten über Videokonferenzplattformen (wie Skype,

WhatsApp, Teams, Zoom usw., die Benutzern ermöglichen, audiovisuelle Kommunikation und Zusammenarbeit über das Internet durchzuführen) keine Utopie mehr. Unter der Voraussetzung, dass die beteiligten Parteien bereits persönlichen Kontakt hatten und mit dieser Form der Kommunikation einverstanden sind, eröffnet dies zahlreiche Vorteile. Die Beteiligten sind nicht mehr an einen bestimmten Ort gebunden, was Zeit und Kosten spart und sogar umweltfreundlich ist, da der Dolmetscher nicht physisch anwesend sein muss. Diese Form der Kommunikation kann sowohl im medizinischen Bereich als auch in anderen Bereichen eingesetzt werden, in denen Dolmetscherdienste benötigt werden. Die entscheidende Voraussetzung ist eine verbesserte (auch virtuelle) Vernetzung zwischen den Einrichtungen.

Eine weitere Möglichkeit, die Sprachbarriere bei Migrant\_Innen zu überwinden, besteht darin, Technologien wie Dolmetscher-Apps oder spezielle Geräte einzusetzen, die Live-Übersetzungen ermöglichen. Diese Geräte, bekannt als ‚Sprachübersetzer‘ oder ‚multilinguale Übersetzungsgeräte‘, bieten eine sofortige und präzise Kommunikation in verschiedenen Sprachen. Sie nutzen fortschrittliche Technologien wie Spracherkennung, maschinelles Lernen und künstliche Intelligenz, um gesprochene Wörter in Echtzeit zu übersetzen.

Angesichts der Kosten solcher Geräte könnten sie in die Ausstattung medizinischer Einrichtungen integriert werden. Durch diese Integration könnte das medizinische Personal Zeit und Geld sparen, während gleichzeitig eine effektive Kommunikation mit Patient\_Innen verschiedener Sprachgruppen gewährleistet wird. Diese digitalen Lösungen tragen dazu bei, die Kommunikationslücken zu überbrücken und eine effiziente Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient\_Innen zu ermöglichen, ohne auf physische Dolmetscher angewiesen zu sein. Sie fördern eine klare und präzise Übermittlung medizinischer Informationen, was zu einer verbesserten Patientenversorgung und einer höheren Zufriedenheit führen kann.

Darüber hinaus tragen Dolmetscher-Apps und spezielle Übersetzungsgeräte zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen bei, indem sie die Kommunikation zwischen verschiedenen Sprachgruppen erleichtern und Barrieren für den Zugang zu medizinischen Leistungen abbauen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass diese Technologien benutzerfreundlich sind, eine hohe Übersetzungsqualität bieten und Datenschutzstandards einhalten, um das Vertrauen der Nutzer\_Innen und eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten.

Insgesamt erfordert die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen eine umfassende und koordinierte Herangehensweise auf allen Ebenen, um sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen haben.

## 7 Diskussion

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst eine Interpretation der Ergebnisse der Stichprobe. Anschließend werden die Limitationen der Datenerhebung dargestellt.

### 7.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Diese Studie zielt darauf ab, zentrale Aspekte der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in Deutschland zu erforschen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Nutzung der allgemeinmedizinischen Versorgung durch Migrant\_Innen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Verbesserung der Sprachkompetenz und eine erfolgreiche Integration einen bedeutenden Einfluss auf die medizinische Versorgung und Prävention haben können, selbst in dieser begrenzten und vergleichsweise homogenen Stichprobe. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung von verbesserten Sprachkenntnissen und Integration für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen.

Unter den Teilnehmenden beherrscht eine hohe Anzahl neben ihrer Muttersprache mindestens eine weitere Fremdsprache. Insbesondere sind Englisch (48,72 %), Deutsch (30,78 %) und Russisch (26 %) als häufig genannte Fremdsprachen anzuführen. Diese Vielfalt an Sprachkenntnissen spiegelt den multikulturellen Hintergrund der untersuchten Gruppe wider und zeigt die Bedeutung eines mehrsprachigen Ansatzes in der Gesundheitsversorgung.

Ein interessanter Befund betrifft die Entwicklung der Deutschkenntnisse der Befragt\_Innen im Laufe der Zeit. Während bei der Einreise nach Deutschland nur 40,48 % über keine Deutschkenntnisse verfügten, geben aktuell 66,67 % an, ihre Deutschkenntnisse auf dem Niveau C1–C2 gesteigert zu haben. Dies deutet darauf hin, dass die Proband\_Innen im Laufe ihrer Integration in die deutsche Gesellschaft ihre Sprachfähigkeiten verbessert haben, was möglicherweise auf gezielte Sprachkurse und praktische Erfahrungen im Alltag zurückzuführen ist.

In Bezug auf die Arztwahl zeigt sich eine Veränderung der Präferenzen. Bei der Einreise neigten 45,24 % dazu, sich für Ärzt\_Innen mit mittelmäßigem Ruf zu entscheiden, solange diese ihre Muttersprache sprachen. Aktuell bevorzugen jedoch 80,49 % der Befragt\_Innen Ärzt\_Innen mit gutem Ruf, auch wenn diese ausschließlich Deutsch sprechen. Diese Verschiebung deutet darauf hin, dass neben der Sprache auch andere Faktoren wie das Vertrauen in die ärztliche Kompetenz eine Rolle bei der Arztwahl spielen.

Ein wesentlicher Befund ist, dass nur eine Minderheit der Proband\_Innen (nur neun von 42) zum Zeitpunkt ihrer Einreise in Deutschland Informationen über ihre gesetzlichen Leistungen von Ärzten erhielt. Dies deutet darauf hin, dass es in

diesem Bereich Verbesserungsbedarf gibt, um sicherzustellen, dass Migrant\_Innen umfassend über ihre Rechte und Leistungen informiert sind. Eine bessere Aufklärung über die verfügbaren Leistungen könnte dazu beitragen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Gesundheitsgerechtigkeit zu fördern.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, bei der Einreise und aktuell. Obwohl beide Zeiträume eine ähnliche Teilnahmequote von 45,24 % aufweisen, ist zu prüfen, ob diese Untersuchungen für alle zugänglich sind und ob eine angemessene Aufklärung über ihre Bedeutung stattfindet. Eine verbesserte Sensibilisierung und Aufklärung über die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen könnten dazu beitragen, die Präventionsmaßnahmen zu stärken und die Gesundheit der Migrant\_Innen zu verbessern.

Hingegen zeigt sich ein deutlicher Fortschritt im Verständnis medizinischer Empfehlungen: Während bei der Einreise nur 34,15 % alles verstanden, stieg diese Zahl auf aktuell 92,86 %. Dies könnte auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein, darunter eine verbesserte Sprachkompetenz und eine bessere Integration in das Gesundheitssystem. Eine klare Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen ist entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlung und die Patientenzufriedenheit, wobei die gesteigerte Verständlichkeit medizinischer Empfehlungen auf eine Verbesserung in diesem Bereich hindeutet.

Die am häufigsten genannten Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren sind Mimik und Gestik, die Nutzung von Fremdsprachenkenntnissen und die Übersetzung durch Familienangehörige. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Vielfalt der Strategien, die von Migrant\_Innen angewendet werden, um eine effektive Kommunikation mit Ärzten sicherzustellen. Sie verweisen zudem auf die Bedeutung von kultureller Sensibilität und Unterstützung durch das soziale Umfeld.

In Bezug auf die Verbesserung der Kommunikation mit Ärzten zeigte sich eine breite Unterstützung für verschiedene Maßnahmen, darunter Deutschkurse, die Erweiterung von Sprechstunden für Migrant\_Innen und finanzielle Unterstützung für Dolmetscherdienste. Deutlich wurden die Vielfalt der benötigten Ressourcen, um eine effektive Kommunikation sicherzustellen, sowie die zentrale Rolle einer ganzheitlichen Herangehensweise an das Thema.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Bildungsabschluss und der Bedeutung der Sprachbarriere ergab keinen signifikanten Zusammenhang. Dies lässt den Schluss zu, dass die Bedeutung der Sprachbarriere für die Arzt-Patienten-Beziehung unabhängig vom Bildungsstand der Befrag\_Innen gleichbleibend hoch ist. Es besteht die Notwendigkeit, die Sprachbarriere als zentrales Thema in der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen anzuerkennen und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zu ergreifen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Verbesserungen in der Sprachkompetenz und Integration potenziell positive Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben können. Insbesondere das gestiegene Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen nach der Integration lässt darauf schließen, dass eine verbesserte Sprachkompetenz zu einer effektiveren Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen führen kann. Diese Erkenntnisse sind von großer Bedeutung für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen.

## 7.2 Limitationen

Zunächst ist festzustellen, dass die Stichprobe nicht repräsentativ und zu klein ist, um aussagekräftige Ergebnisse zu liefern. Um eine robuste Datenbasis zu gewährleisten, sind weitere umfangreichere Erhebungen zu diesem Thema erforderlich. Eine Hauptlimitation besteht in der begrenzten Größe und Repräsentativität der Stichprobe. Aufgrund der kleinen und relativ homogenen Teilnehmergruppe können die Ergebnisse nicht auf die gesamte Population von Migrant\_Innen in Deutschland verallgemeinert werden, was die Übertragbarkeit einschränken kann und die Aussagekraft der Ergebnisse begrenzt.

Die niedrige Teilnehmeranzahl könnte auf die begrenzte Zugänglichkeit der Umfrage zurückzuführen sein, möglicherweise bedingt durch Beschränkungen bei der Verbreitung in bestimmten Gemeinschaften oder aufgrund von eingeschränktem Zugang zu Informationsquellen.

Des Weiteren könnten Selbstauswahl- oder Erinnerungsverzerrungen die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Befragte\_Innen wurden gebeten, ihre Erfahrungen retrospektiv zu bewerten, was zu Verzerrungen führen könnte, insbesondere wenn Erinnerungen an vergangene Ereignisse unpräzise oder selektiv sind. Solche Verzerrungen könnten die Genauigkeit der Daten beeinträchtigen und zu verzerrten Schlussfolgerungen führen.

Die Erfassung von Daten zu sensiblen Themen wie Gesundheitsverhalten und Arzt-Patienten-Kommunikation könnte zu sozial erwünschten Antworten geführt haben, was die Validität der Ergebnisse beeinträchtigen könnte.

Es ist auch möglich, dass unkontrollierte Variablen oder Störfaktoren die Ergebnisse beeinflusst haben könnten, wie beispielsweise kulturelle Unterschiede, sozioökonomischer Status oder Zugang zu Gesundheitsdiensten, die möglicherweise unberücksichtigt geblieben sind.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass keine Kontrollgruppe einbezogen wurde, die keine Sprachbarriere in Deutsch aufwies. Dies erschwert den direkten

Vergleich und die Bewertung des tatsächlichen Einflusses der Sprachbarriere auf die Ergebnisse der Umfrage.

Des Weiteren wurden in dieser Untersuchung keine prädisponierenden Faktoren wie psychischer Stress oder emotionale Belastung erhoben, die zur Entwicklung von Misstrauen zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen beigetragen haben könnten. Durch die Berücksichtigung solcher Faktoren hätte eine umfassendere Bewertung vorgenommen werden können, um festzustellen, ob die Sprachbarriere allein oder in Verbindung mit anderen Faktoren zu bestimmten Ergebnissen geführt hat.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass der Zusammenhang zwischen dem Alter der TN und der wahrgenommenen Wichtigkeit des Themas nicht explizit untersucht wurde. In zukünftigen Erhebungen könnte daher der Zusammenhang zwischen diesen Variablen genauer untersucht werden, um mögliche Altersunterschiede in der Wahrnehmung der Bedeutung der Sprachbarriere in der Arzt-Patienten-Beziehung zu erfassen.

Darüber hinaus wurde in dieser Umfrage nicht nach verschiedenen Arten von allgemeinmedizinischen Untersuchungen gefragt, wie beispielsweise Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. In zukünftigen Studien könnte gezielt untersucht werden, ob und inwieweit die Sprachbarriere die Bereitschaft der Proband\_Innen beeinflusst, an verschiedenen Arten von medizinischen Untersuchungen teilzunehmen, insbesondere wenn es um die Gesundheit von Kindern geht.

Die Fragen F11, F13 und F19 weisen möglicherweise Einschränkungen auf, die die Genauigkeit der gesammelten Daten beeinträchtigen könnten. Bei Frage F11 umfasst die Auswahl der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten möglicherweise nicht alle denkbaren Szenarien, was zu unvollständigen oder verzerrten Informationen führen könnte. In Frage F13 könnte die Fragestellung möglicherweise nicht eindeutig genug sein und zu uneindeutigen Antworten führen. Bei Frage F19 könnten die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten möglicherweise zu stark vereinfacht sein und nicht alle relevanten Faktoren berücksichtigen.

Eine weitere Limitation stellt die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ dar. Die Mehrheit der Proband\_Innen hat diese Option übersprungen, was darauf hindeuten könnte, dass die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht ausreichend waren, um alle denkbaren Situationen oder Erfahrungen zu erfassen. Somit könnten bedeutsame Informationen verlorengegangen sein, die zu einem umfassenderen Verständnis der Thematik beigetragen hätten.

Um diese potenziellen Einschränkungen zu überwinden und ein umfassenderes Verständnis des Themas zu erlangen, könnten weitere Untersuchungen mit größeren und vielfältigeren Stichproben durchgeführt werden. Verschiedene methodische Ansätze wie qualitative Forschungsmethoden oder Längsschnittstudien

könnten angewendet werden, um die Validität und Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu verbessern.

Dies sollte bei der Auswertung der Umfrageergebnisse berücksichtigt werden. In zukünftigen Studien könnten alternative Ansätze für offene Antwortmöglichkeiten oder eine detailliertere Abfrage von Teilnehmererfahrungen in Betracht gezogen werden, um eine vollständigere Datenerhebung zu ermöglichen. Es ist von Bedeutung, diese potenziellen Limitationen bei der Interpretation der Umfrageergebnisse zu berücksichtigen und sie bei zukünftigen Studien zu adressieren, um eine genauere Erfassung der relevanten Informationen zu gewährleisten.

## 8 Fazit

In dieser Bachelorarbeit wurden zentrale Aspekte der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen in Deutschland untersucht, wobei ein besonderer Fokus auf der Nutzung der allgemeinmedizinischen Versorgung lag. Das Ziel bestand darin, die Auswirkungen von Sprachkompetenz, Integration und Arztwahl auf die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen zu untersuchen und Erkenntnisse für mögliche Verbesserungsansätze zu gewinnen. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine Verbesserung der Sprachkompetenz und eine erfolgreiche Integration einen signifikanten Einfluss auf die medizinische Versorgung und Prävention haben können, selbst in einer begrenzten und vergleichsweise homogenen Stichprobe. Diese Erkenntnisse zeigen die Bedeutung von verbesserten Sprachkenntnissen und Integration für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen.

Unter den Teilnehmenden beherrschte eine hohe Anzahl neben ihrer Muttersprache mindestens eine weitere Fremdsprache, wobei Englisch, Deutsch und Russisch am häufigsten genannt wurden. Diese Vielfalt an Sprachkenntnissen spiegelt den multikulturellen Hintergrund der untersuchten Gruppe wider und zeigt die Bedeutung eines mehrsprachigen Ansatzes in der Gesundheitsversorgung. Ein interessanter Befund ist die Entwicklung der Deutschkenntnisse der TN im Laufe der Zeit. Es wurde festgestellt, dass viele Proband\_Innen ihre Deutschkenntnisse im Laufe ihrer Integration in die deutsche Gesellschaft verbessert haben, was möglicherweise auf gezielte Sprachkurse und praktische Erfahrungen im Alltag zurückzuführen ist.

In Bezug auf die Arztwahl zeigte sich eine Veränderung der Präferenzen, wobei TN zunehmend Ärzte mit einem guten Ruf bevorzugten, auch wenn diese ausschließlich Deutsch sprachen. Dies deutet darauf hin, dass neben der Sprache auch andere Faktoren wie das Vertrauen in die ärztliche Kompetenz eine Rolle bei der Arztwahl spielen. Ein weiterer bedeutsamer Befund ist, dass nur eine Minderheit der Befragt\_Innen zum Zeitpunkt ihrer Einreise in Deutschland ausreichend

Informationen über ihre gesetzlichen Leistungen von Ärzten erhielt. Dies verdeutlicht einen Verbesserungsbedarf, um sicherzustellen, dass Migrant\_Innen umfassend über ihre Rechte und Leistungen informiert sind, was den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern und die Gesundheitsgerechtigkeit fördern könnte.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit, dass Verbesserungen in der Sprachkompetenz und Integration potenziell positive Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung von Migrant\_Innen haben können. Insbesondere das gestiegene Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen nach der Integration deutet darauf hin, dass eine verbesserte Sprachkompetenz zu einer effektiveren Kommunikation zwischen Ärzt\_Innen und Patient\_Innen führen kann. Diese Erkenntnisse sind von großer Bedeutung für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Migrant\_Innen in Deutschland.



## Literaturverzeichnis

- äkhb. (2011). Ärztekammer Bremen. Körperschaft des öffentlichen Rechts.  
*Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen*. Bremen.  
Abgerufen am 13. 03 2024 von <https://www.aekhb.de/kosta/pdf/KOSTA-AuszWbo05.pdf>
- BAMF. (2021). *Minas. Atlas über Migration, Integration und Asyl*. (11. Ausgabe).  
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Abgerufen am 15. 02 2024 von  
[https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/Migrationsatlas/migrationsatlas-2021-11.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/Migrationsatlas/migrationsatlas-2021-11.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- Berlinghoff, M. (2018). *Geschichte der Migration in Deutschland*. Abgerufen am 21. 03 2024 von Bundeszentrale für politische Bildung. bpb:  
<https://www.bpb.de/themen/migration-integration/dossier-migration/252241/geschichte-der-migration-in-deutschland/>
- Bungartz, J., Joos, S., Steinhäuser, S., Szecsenyi, J., & Freund, T. (2011).  
*Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Elektronischer Sonderdruck für J. Bungartz. Heidelberg: Springer-Verlag. Abgerufen am 13. 03 2024 von [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische\\_klinik/Abteilung\\_2/Abt.\\_Allgemeinmedizin\\_und\\_Versorgungsforschung/publikationen/Veroeffentlichungen/degam\\_abstracts/bundesgesundheitsblatt\\_00103-011-1365-3.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Abt._Allgemeinmedizin_und_Versorgungsforschung/publikationen/Veroeffentlichungen/degam_abstracts/bundesgesundheitsblatt_00103-011-1365-3.pdf)
- BZgA. (2018). *Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) Abgerufen am 21. 03 2024 von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-3-entwicklung-nach-ottawa/>
- Domenig, D. (2003). *Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung*. In T. Borde, & M. David, *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Graef-Calliess, I. T.-R. (2021). *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge.
- Haug, S. (2008). *Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland*. Working Paper 14. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen am 13. 03 2024 von [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile&v=11)
- Jung, P. (2021). *Erfahrungen aus der hausärztlichen Praxis*. In P. J. M. Sieberer, *Migration & Gesundheit* (Bd. 5). Berlin: Elsevier Essentials (Hrsg.).
- Jung, P. (2021). *Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. In M. Sieberer, P. Jung, & F. Führmann, *Migration & Gesundheit* (Bd. 3). Berlin: Elsevier Essentials (Hrsg.).

- Jung, P. (2021). *Sprache und Kommunikation*. In P. Jung, T. Langer, & R. u. Tošić, *Migration & Gesundheit*. Berlin: Elsevier Essentials (Hrsg.).
- Karl-Trummer & Pammer. (2010). *Migratin, Kultur, Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen*. Linz.
- Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S. (1999). *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Kim, M.-S., Kofahl, C., Schmidt, L., Torzilli, L., Krause, N., & Dingoyan, D. (2022). *Gesundheitsförderung in Lebenswelten von Menschen mit Migrationshintergrund. Migration und Soziale Arbeit* (vol. 2022, no. 4 Ausg.). Frankfurt a.M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS e.V.).
- Knipper, M., & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Köln: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin.
- Kohls, M. (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen am 13. 03 2024 von [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile%26v%3D11](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D11)
- Lechner, C., Atanisev, K. (2023). *Integration von Migrantinnen in Deutschland: Politiken und Maßnahmen. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen am 13. 03 2024 von [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/emn-dp-1-2023-integration-migrantinnen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=10](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/emn-dp-1-2023-integration-migrantinnen.pdf?__blob=publicationFile&v=10) abgerufen
- Mengistu, D. (2002). *Public Health für Migranten. Konzepte für die Gesundheitsfürsorge auf kommunaler Ebene*. In T. Hegemann, & B. Lenk-Neumann, *Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Münz, R. S. (1999). *Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt und New York: Campus Verlag.
- Muschong, N. (2007). *Die Integration von Migranten im deutschen Gesundheitssystem. Eine Studie*. Frankfurt am Main: Haag und Herchen Verlag 2007). *Die Integration von Migranten im deutschen Gesundheitssystem. Eine Studie*. Frankfurt am Main: Haag und Herchen Verlag.
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen : Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (6 Ausg.). Facultas Verlags und Buchhandels AG.
- Razum, O., & Spallek, J. (2009). *Definition von Migration und von der Zielgruppe "Migranten"*. Abgerufen am 21. 03 2024 von Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/57302/definition-von-migration-und-von-der-zielgruppe-migranten/#footnote-target-1>
- RKI. (2008). Robert Koch-Institut. *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin. Abgerufen am 12. 03 2024

- von  
[www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile)
- RKI. (2023). *Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung*. (Journal of Health Monitoring). Berlin. Abgerufen am 21. 03 2024 von  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JHealthMonit\\_2023\\_01\\_Migrationsbezogene\\_Determinanten\\_Public-Health-Forschung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JHealthMonit_2023_01_Migrationsbezogene_Determinanten_Public-Health-Forschung.pdf?__blob=publicationFile)
- Rother, N. (2008). *Das Integrationspanel. Ergebnisse zur Integration von Teilnehmern zu Beginn ihres Integrationskurses, Working Paper 19*. Nürnberg. Abgerufen am 13. 03 2024 von  
<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp19-Integrationspanel.html?nn=283560>
- Rother, N. (2009). *Das Integrationspanel. Entwicklung von alltagsrelevanten Sprachfertigkeiten und Sprachkompetenzen der Integrationskursteilnehmer während des Kurses, Working Paper 23*. Nürnberg. Abgerufen am 13. 03 2024 von  
<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp23-integrationspanel2.html?nn=287508>
- Schenk, L., Pepler, L. (2020). *Migration und Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt. Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit*. Berlin: Schenk, L., Habermann, M. (Hrsg.).
- Spallek, J., Schumann, M., & Yildirim, T. (2018). *Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund*. In *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (10. Ausg.). Bern: Hurrelmann, K., Richter, M., Klptz, T., Stock, S. (Hrsg.).
- Squires, A., Blumenthal, D. (2016). *Migration and health in the European Union*. *New England Journal of Medicine*.
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus 2021 -*. Statistisches Bundesamt (Destatis), Fachserie 1 Reihe 2.2, 2021 (Erstergebnisse), Wiesbaden. Abgerufen am 13. 03 2024 von  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Bundesamt. (2023). *24,3 % der Bevölkerung hatten 2022 eine Einwanderungsgeschichte*, Pressemitteilung Nr. 158 vom 20. April 2023. Abgerufen am 15. 02 2024 von DESTATIS:  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23\\_158\\_125.html#:~:text=April%202023&text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Im%20Jahr%202022%20lebten,%3A%2019%2C0%20Millionen\)](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_158_125.html#:~:text=April%202023&text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Im%20Jahr%202022%20lebten,%3A%2019%2C0%20Millionen)).
- Tumani, V., Özkan, I., & Koller, M. (2002). *Psychiatrische und psychosoziale Versorgung von ethnischen Minoritäten am LKH-Göttingen - Das Göttinger Konzept*. In T.

- Heise, & J. Schuler, *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- UNHCR. (2023). *Geschichte von UNHCR*. Von United Nations High Commissioner for Refugees: Abgerufen am 13. 02 2024 von <https://www.unhcr.org/dach/de/ueberuns/geschichte-von-unhcr>
- Wesselmann, E., Lorenz, A. L., & Lindemeyer, T. (2004). *Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Zengin, F. (2016). *Migration als Chance für die Zukunft. Auf der Suche nach einer neuen Heimat. Lebensstil, Gesundheit und Krankheit von Migranten unter soziologischen, medizinischen und psychologischen Aspekten*. Bonn: Free Pen Verlag.

# Anhang

## Anhang 1: Umfrage

### Inanspruchnahme der medizinischen Vorsorge und Versorgung in einer allgemeinmedizinischen Praxis zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland und nach der Integration.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften -  
2023, Anna Ayvazyan

#### Liebe Teilnehmer\_Innen,

ich lade Sie herzlich ein, an meiner Umfrage im  
Rahmen meiner Bachelorarbeit zum Thema **“Die  
Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die  
Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von  
Migrant\_Innen in der Allgemeinmedizin“**  
teilzunehmen.

Ihnen werden maximal **28 Fragen** gestellt und die  
Umfrage dauert ca. **6 Minuten**.

#### Datenschutz:

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgt anonym.  
Die Erhebung und Verwendung personenbezogener  
Daten erfolgt nur insoweit, als dies zu Bereitstellung  
und technischen Durchführung der Umfrage  
erforderlich ist. Die Daten werden ausschließlich für  
den genannten Forschungszweck verwendet.  
Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6  
Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. A) DSGVO, §27 Abs. 1  
BDSG bzw. die entsprechenden Vorschriften der  
Landesdatenschutzgesetze (z. B. §13 Abs. 1, 3 NDSG).

**Vielen Dank vorab für Ihre Teilnahme und  
Unterstützung!**

#### 1. Wie alt sind Sie?

- 18 bis 24
- 25 bis 34
- 35 bis 44
- 45 bis 54
- 55 oder älter

#### 2. Welche der folgenden Optionen beschreibt Ihren derzeitigen Familienstand am besten?

- Verheiratet
- Verwitwet
- Geschieden
- Ledig

#### 3. Was ist Ihr Geschlecht?

- Weiblich
- Männlich
- Anderes

#### 4. Wie viele Jahren leben Sie schon in Deutschland?

#### 5. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Unterer Schulabschluss
- Abitur oder gleichwertiger Abschluss
- Studium ohne Abschluss
- Bachelorabschluss
- Masterabschluss
- Doktorgrad

**6. Welche Sprachen sprechen Sie?**

Muttersprache:

1. Fremdsprache

2. Fremdsprache

**7. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient und Arzt?**

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Unwichtig

**8. Welches Sprachniveau hatten Sie in Deutsch, als Sie nach Deutschland kamen?**

- Keine Deutschkenntnisse
- A1-A2
- B1-B2
- C1-C2

**9. Angenommen, Sie hätten zu jenem Zeitpunkt die Möglichkeit gehabt, zwischen zwei Ärzten zu wählen:**

- Keine der oben genannten Optionen
- einer Ärztin/einem Arzt mit gutem Ruf, die/der jedoch ausschließlich Deutsch spricht
- einer Ärztin/einem Arzt mit mittelmäßigem Ruf, die/der aber Ihre Muttersprache spricht

**10. Wie haben Sie damals nach einer Ärztin oder einem Arzt gesucht?**

- Eine Praxis in der Nähe ausgesucht
- Im Bekanntenkreis nachgefragt
- Sonstiges (bitte angeben)

**11. Hatten Sie damals den Eindruck, dass Ihnen aufgrund Ihrer Sprachbarriere eher:**

- Keine der oben genannten Optionen
- Nicht genügend Untersuchungen/Behandlungen zugutegekommen sind
- Zu viele Untersuchungen/Behandlungen zugutegekommen sind
- Falsche oder nicht auf Ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen/Behandlungen erhalten haben
- Sie haben sich ordnungsgemäß versorgt gefühlt

**12. Gab es Situationen, in denen Sie aufgrund der Sprachbarriere nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen sind?**

- Ja
- Nein

**13. Sie wurden über die gesetzlichen Leistungen, die Ihnen zustanden, durch**

- eine Ärztin/einen Arzt informiert
- Ihren Bekanntenkreis, Medien etc. informiert

**\* 14. Haben Sie die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen?**

- Ja
- Nein

Wie haben Sie erfahren, dass Ihnen kostenlose Vorsorgeuntersuchungen zustehen? (Durch eine Ärztin/einen Arzt, Ihren Bekanntenkreis, die Medien, etc.)

**15. Wussten Sie damals, dass es Zusatzleistungen gibt?**

- Ja
- Nein

Wie haben Sie erfahren, dass Ihnen Zusatzleistungen zustehen? (Durch eine Ärztin/einen Arzt, Ihren Bekanntenkreis, die Medien, etc.)

**16. Haben Sie damals alle Empfehlungen und Anweisungen von der Ärztin/ vom Arzt verstanden?**

- Ja
- Nein
- Teilweise

**17. Welche der unten aufgeführten Methoden zur Überwindung von Sprachbarrieren haben Sie damals angewendet? (Mehrfache Nennung möglich)**

- Mimik & Gestik
- Wörterbücher/ elektronische Wörterbücher
- Fremdsprachenkenntnisse
- Übersetzungs-Apps
- Übersetzung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Übersetzung durch Familienangehörige
- Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort
- Dolmetscherdienste (per Telefon oder Videocall)

**18. Auf welchem Sprachniveau befinden Sie sich heute in Deutsch?**

- Keine Deutschkenntnisse
- A1-A2
- B1-B2
- C1-C2

**19. Angenommen, Sie haben heute die Möglichkeit, zwischen zwei Ärzten zu wählen:**

- Keine der oben genannten Optionen
- einer Ärztin/einem Arzt mit gutem Ruf, die/der jedoch ausschließlich Deutsch spricht
- einer Ärztin/einem Arzt mit mittelmäßigem Ruf, die/der aber Ihrer Muttersprache spricht

**20. Wie suchen Sie heute nach einer Ärztin oder einem Arzt?**

- Sie wählen eine Praxis in Ihrer Nähe aus
- Sie fragen Ihren Bekanntenkreis
- Sonstiges (bitte angeben)

**21. Wie würden Sie Ihren Eindruck von Ihrem Arztbesuch heute beschreiben?**

- Keine der oben genannten Optionen
- Zu wenige Untersuchungen/Behandlungen
- Zu viele Untersuchungen/Behandlungen
- Falsche oder nicht auf Ihre Krankheit abgestimmte Untersuchungen/Behandlungen erhalten
- Sie fühlten sich ordnungsgemäß versorgt

**22. Erhalten Sie heute ärztlicherseits Informationen über den Umfang der Ihnen zustehenden gesetzlichen Leistungen?**

- Ja
- Nein

**23. Nehmen Sie heute die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?**

- Ja
- Nein

**24. Erhalten Sie heute ärztlicherseits Informationen, dass es Zusatzleistungen gibt?**

- Ja
- Nein

**25. Verstehen Sie heute alle Einweisungen und Empfehlungen von der Ärztin/dem Arzt?**

- Ja
- Nein
- Teilweise

**26. Fühlen Sie sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen im Vergleich zu damals?**

- Ja
- Nein
- Teilweise

**27. Welche der folgenden Punkte können Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten in Zukunft zu verbessern? (Mehrfache Nennung möglich)**

- Mimik & Gestik
- Wörterbücher/ elektronische Wörterbücher
- Eigene Fremdsprachenkenntnisse
- Übersetzungs-Apps
- Übersetzung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Übersetzung durch Familienangehörige
- Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort
- Dolmetscherdienste (per Telefon oder Videocall)
- Sonstiges (bitte angeben)

**28. Welche der folgenden Optionen halten Sie für eine effektive Ressource zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten? (Mehrfache Nennung möglich)**

- Die Förderung von Deutschkursen für Menschen mit Migrationshintergrund
- Eine Erweiterung der zeitlichen Ressourcen während der Sprechstunden für Patienten mit Migrationshintergrund
- Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung oder die Übernahme der Kosten für Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation, wie zum Beispiel Dolmetscherdienste
- Die Durchführung von Seminaren und Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte zur Sensibilisierung und Bewältigung von Sprachbarrieren in der Arzt-Patienten-Beziehung

## Anhang 2: Vollständige Auflistung der angegebenen Antworten („Sonstiges“)

Frage 10: Wie haben Sie damals nach einer Ärztin oder einem Arzt gesucht?

1. Internet

Frage 14: Haben Sie die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen? Wenn „Ja“: Wie haben Sie erfahren, dass Ihnen kostenlose Vorsorgeuntersuchungen zustehen? (Durch eine Ärztin/einen Arzt, Ihren Bekanntenkreis, die Medien, etc.) \_\_\_\_\_ (Bitte geben Sie einen Kommentar ein.)

1. Bekanntenkreis
2. Durch Bekanntenkreis
3. Bekanntenkreis
4. Bekanntenkreis
5. Bekanntenkreis
6. Bekannten
7. Krankenkasse
8. Medien
9. Durch Bekannte
10. Bekannte
11. Bekannten
12. durch Bekanntenkreis

Frage 15: Wussten Sie damals, dass es Zusatzleistungen gibt? Wenn "Ja": Wie haben Sie erfahren, dass Ihnen Zusatzleistungen zustehen? (Durch eine Ärztin/einen Arzt, Ihren Bekanntenkreis, die Medien, etc.) \_\_\_\_\_ (Bitte geben Sie einen Kommentar ein.)

1. Bekanntenkreis
2. Bekanntenkreis
3. Bekannten
4. Krankenkasse
5. Gar nicht
6. Durch den Arzt
7. Arzt
8. Durch den Arzt

Frage 20: Wie suchen Sie heute nach einer Ärztin oder einem Arzt?

1. Online
2. Internet
3. Erst Bekanntenkreis und dann eine Praxis in der Nähe
4. Internet
5. Nach der schnellsten Terminverfügbarkeit
6. Internet
7. Bewertungen im Internet
8. Bewertungen im Internet
9. Ich überprüfe, wer den besten Ruf hat und sich besser mit meiner Erkrankung auskennt.

Frage 27: Welche der folgenden Punkte können Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten in Zukunft zu verbessern? (Mehrfache Nennung möglich)

1. Alle oben genannten Punkte können als hilfreich sein
2. Ich verstehe fast alles
3. Englischkenntnisse



### Anhang 3: Detaillierter SPSS Output

#### Alter

Statistiken		
Wie alt sind Sie?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Wie alt sind Sie?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	18 bis 24	11	26,2	26,2	26,2
	25 bis 34	9	21,4	21,4	47,6
	35 bis 44	8	19,0	19,0	66,7
	45 bis 54	12	28,6	28,6	95,2
	55 oder älter	2	4,8	4,8	100,0
	Gesamt		42	100,0	100,0

#### Geschlecht

Statistiken		
Was ist Ihr Geschlecht?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Was ist Ihr Geschlecht?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Anderes	1	2,4	2,4	2,4
	Männlich	14	33,3	33,3	35,7
	Weiblich	27	64,3	64,3	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Aufenthaltsdauer in Deutschland

Wie viele Jahren leben Sie schon in Deutschland?		
N	Gültig	41
	Fehlend	1
	Mittelwert	10,78

Wie viele Jahren leben Sie schon in Deutschland?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	1	2,4	2,4	2,4
	3	1	2,4	2,4	4,9
	4	1	2,4	2,4	7,3
	5	5	11,9	12,2	19,5
	6	5	11,9	12,2	31,7
	7	2	4,8	4,9	36,6
	8	5	11,9	12,2	48,8
	9	4	9,5	9,8	58,5
	10	3	7,1	7,3	65,9
	11	1	2,4	2,4	68,3
	12	1	2,4	2,4	70,7
	13	2	4,8	4,9	75,6
	14	1	2,4	2,4	78,0
	15	1	2,4	2,4	80,5
	17	1	2,4	2,4	82,9
	19	1	2,4	2,4	85,4
	20	2	4,8	4,9	90,2
	24	1	2,4	2,4	92,7
	25	1	2,4	2,4	95,1
	26	1	2,4	2,4	97,6
30	1	2,4	2,4	100,0	
	Gesamt	41	97,6	100,0	
Fehlend	System	1	2,4		
Gesamt		42	100,0		

## Bildungsabschluss

Statistiken		
Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Abitur oder gleichwert	11	26,2	26,2	26,2
	Bachelorabschluss	18	42,9	42,9	69,0
	Doktorgrad	2	4,8	4,8	73,8
	Masterabschluss	6	14,3	14,3	88,1
	Studium ohne Abschluss	1	2,4	2,4	90,5
	Unterer Schulabschluss	4	9,5	9,5	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Bedeutung der Sprachbarriere in der Arzt-Patient-Beziehung

Statistiken		
Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient und Arzt?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient und Arzt?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr wichtig	31	73,8	73,8	73,8
	Unwichtig	2	4,8	4,8	78,6
	Wichtig	9	21,4	21,4	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse bei der Einreise nach Deutschland

Statistiken		
Welches Sprachniveau hatten Sie in Deutsch, als Sie nach Deutschland kamen?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Welches Sprachniveau hatten Sie in Deutsch, als Sie nach Deutschland kamen?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	A1-A2	20	47,6	47,6	47,6
	B1-B2	5	11,9	11,9	59,5
	Keine Deutschkenntnisse	17	40,5	40,5	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Gab es Situationen, in denen Sie aufgrund der Sprachbarriere nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen sind?

Statistiken		
Gab es Situationen, in denen Sie aufgrund der Sprachbarriere nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen sind?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Gab es Situationen, in denen Sie aufgrund der Sprachbarriere nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt gegangen sind?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	23	54,8	54,8	54,8
	Nein	19	45,2	45,2	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Informationssammlung über den Umfang der gesetzlichen Leistungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland

Statistiken		
Sie wurden über die gesetzlichen Leistungen, die Ihnen zustanden, durch		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Sie wurden über die gesetzlichen Leistungen, die Ihnen zustanden, durch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eine Ärztin/einen Arzt informiert	9	21,4	21,4	21,4
	Ihren Bekanntenkreis, Medien etc.	33	78,6	78,6	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland

Statistiken		
Haben Sie die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Haben Sie die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	19	45,2	45,2	45,2
	Nein	23	54,8	54,8	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Haben Sie damals alle Empfehlungen und Anweisungen von der Ärztin/ vom Arzt verstanden?

Statistiken		
Haben Sie damals alle Empfehlungen und Anweisungen von der Ärztin/ vom Arzt verstanden?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Haben Sie damals alle Empfehlungen und Anweisungen von der Ärztin/ vom Arzt verstanden?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.	1	2,4	2,4	2,4
	Ja	14	33,3	33,3	35,7
	Nein	3	7,1	7,1	42,9
	Teilweise	24	57,1	57,1	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Aktuelle Deutschkenntnisse

Statistiken		
Auf welchem Sprachniveau befinden Sie sich heute in Deutsch?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Auf welchem Sprachniveau befinden Sie sich heute in Deutsch?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	B1-B2	13	31,0	31,0	31,0
	C1-C2	28	66,7	66,7	97,6
	Keine Deutschkenntnisse	1	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Teilnahme an kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum heutigen Zeitpunkt

Statistiken		
Nehmen Sie heute die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Nehmen Sie heute die kostenlosen hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	19	45,2	45,2	45,2
	Nein	23	54,8	54,8	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

## Verständnis medizinischer Empfehlungen und Anweisungen zum heutigen Zeitpunkt.

Statistiken		
Verstehen Sie heute alle Einweisungen und Empfehlungen von der Ärztin/dem Arzt?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Verstehen Sie heute alle Einweisungen und Empfehlungen von der Ärztin/dem Arzt?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	39	92,9	92,9	92,9
	Teilweise	3	7,1	7,1	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

**Fühlen Sie sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen im Vergleich zu damals?**

Statistiken		
Fühlen Sie sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen im Vergleich zu damals?		
N	Gültig	42
	Fehlend	0

Fühlen Sie sich heute im Allgemeinen sicherer bei Arztbesuchen im Vergleich zu damals?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	31	73,8	73,8	73,8
	Nein	1	2,4	2,4	76,2
	Teilweis	10	23,8	23,8	100,0
	Gesamt	42	100,0	100,0	

**Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Bildungsabschluss und der Bedeutung des Themas**

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	8,245 <sup>a</sup>	15	,914
Likelihood-Quotient	9,361	15	,858
Anzahl der gültigen Fälle	42		

a. 22 Zellen (91,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,02.



**Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? \* Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient und Arzt? Kreuztabelle**

			Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Sprachbarriere in der Beziehung zwischen Patient und Arzt?				
			Sehr wichtig	Unwichtig	Wichtig	Gesamt	
Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	Abitur oder gleichwert	Anzahl	0	6	1	4	11
		Erwartete Anzahl	,3	8,1	,5	2,1	11,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	54,5%	9,1%	36,4%	100,0%
	Bachelorabschluss	Anzahl	1	15	1	1	18
		Erwartete Anzahl	,4	13,3	,9	3,4	18,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	5,6%	83,3%	5,6%	5,6%	100,0%
	Doktorgrad	Anzahl	0	1	0	1	2
		Erwartete Anzahl	,0	1,5	,1	,4	2,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Masterabschluss	Anzahl	0	5	0	1	6
		Erwartete Anzahl	,1	4,4	,3	1,1	6,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
	Studium ohne Abschluss	Anzahl	0	1	0	0	1
		Erwartete Anzahl	,0	,7	,0	,2	1,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Unterer Schulabschluss	Anzahl	0	3	0	1	4
		Erwartete Anzahl	,1	3,0	,2	,8	4,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	1	31	2	8	42
		Erwartete Anzahl	1,0	31,0	2,0	8,0	42,0
		% von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	2,4%	73,8%	4,8%	19,0%	100,0%

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 25. März 2024

Anna Ayvazyan \_\_\_\_\_