

# Ethnisierte Gesundheitsversorgung und die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland

LISA PEPPLER

---

**Zusammenfassung** Während in der derzeitigen Diskussion um Medizin und Migration die Herausforderungen der interkulturellen Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt stehen, wie etwa Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede, steht hier die intrakulturelle Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Am Beispiel von niedergelassenen Ärzt/innen türkischer und Patient/innen der gleichen Herkunft wird herausgearbeitet, wodurch diese sich konstituiert. Die Erkenntnisse basieren auf leitfadengestützten Interviews mit 29 (post-)migrantisches Ärzt/innen sowie drei Experteninterviews mit Vorsitzenden deutsch-türkischer Ärzteorganisationen.

Das Verhältnis der Ärzt/innen zu ihren Patient/innen ist durch eine Ambivalenz charakterisiert, die sich aus ethnizierender Vergemeinschaftung und professioneller Distanzierung ergibt: Die Patient/innen suchen die Ärzt/innen aufgrund ihrer türkischen Herkunft auf, weil sie sich durch deren Kenntnisse der türkischen Sprache und Kultur eine vereinfachte Behandlung erhoffen. Aufgrund dessen haben die Ärzt/innen im Praxisalltag eine überaus stabile Patientenbasis und dementsprechend einen Wettbewerbsvorteil. Sie nehmen eine Mittlerfunktion zwischen der Bevölkerung türkischer Herkunft und dem Gesundheitssystem ein. Als Mitglieder der medizinischen Profession, die dem Gemeinwohl verpflichtet ist, sowie als Angehörige einer ethnisierten Minderheit argumentieren sie, dass die Bevölkerung türkischer Herkunft dem durch sie garantierten Zugang zu medizinischer Versorgung bedarf. Andererseits sehen sie sich mit einer hohen Erwartungshaltung seitens der Patient/innen konfrontiert, deren ethnizierende Vergemeinschaftung sich auch in eindringlichen Forderungen ausdrücken kann – die die Ärzt/innen jedoch zurückweisen, sobald ihr professionelles Selbstverständnis infrage gestellt wird. Letztlich resultiert das „türkisierte“ Arzt-Patienten-Verhältnis aus vielschichtigen Ethnisierungsprozessen, die durch die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems gerahmt sind – wie beispielsweise die freie Arztwahl oder das Zusammenspiel von Gemeinwohlorientierung und Wettbewerb. Vor diesem Hintergrund findet gewissermaßen eine Sortierung „von unten“ statt, die in ethnisierten Versorgungsstrukturen resultiert.

---

**Keywords** Migration, medizinische Profession, Ethnizität, türkische Herkunft, Arzt-Patienten-Verhältnis

---

Die Diskussion um Medizin und Migration hat sich in den letzten Jahren intensiviert, insbesondere hinsichtlich der interkulturellen Gesundheitsversorgung (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, DEUTSCHER ETHIKRAT 2010). Im Mittelpunkt stehen sowohl die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (OLBERMANN 2015, SCHENK 2016, BOZORGMERH *et al.* 2017, JANSKY & NAUCK 2017) als auch die Immigration von Ärzt/innen im stationären Sektor vor dem Hintergrund des aktuellen Fachkräftemangels (SCHNEPF 2013, KLEIN 2016). Darüber hinaus gibt es bildungspolitische Bestrebungen, die Vermittlung interkultureller Kompetenzen in das Medizinstudium zu integrieren (KRESSING 2016). Im Vordergrund dieser Debatten stehen Herausforderungen der *interkulturellen Gesundheitsversor-*

*gung*, wodurch zugleich kulturelle Unterschiede (re-)produziert werden. Problematisiert werden hierbei primär Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede (DEUTSCHER ETHIKRAT 2016) sowie daraus resultierende ökonomische, rechtliche und ethische Konsequenzen (FALGE & ZIMMERMANN 2014).

Trotz zunehmender Forschungen wird weitestgehend übersehen, dass sich im ambulanten Sektor bereits seit Ende der 1970er Jahre ethnisierte Versorgungsstrukturen herausbildeten, die heute Alltag in der medizinischen Versorgung sind (PEPPLER 2016, 2017). Sie basieren auf einer gewissermaßen *intrakulturellen* Arzt-Patienten-Beziehung, die durch die (Re-)Produktion kultureller Gemeinsamkeiten charakterisiert ist. Am Beispiel von niedergelassenen Ärzt/innen türki-

scher Herkunft in Deutschland wird im Folgenden herausgearbeitet, wodurch sich solche Arzt-Patienten-Beziehungen konstituieren: Welche Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen werden wirksam, und bedeuten diese für die ärztliche Tätigkeit im ambulanten Sektor und inwiefern manifestieren sich diese Prozesse in den Versorgungsstrukturen?

Die Ausführungen basieren auf den Ergebnissen meiner Dissertation über die türkisch-deutsche Medizinermigration und die Positionierungsprozesse von Ärzt/innen türkischer Herkunft in (West-)Deutschland seit den 1960er Jahren (PEPPLER 2016). Im Rahmen dieser qualitativen Studie führte ich anonymisierte leitfadengestützte Interviews mit 29 Ärzt/innen türkischer Herkunft sowie drei nicht-anonymisierte Experteninterviews mit Vorsitzenden deutsch-türkischer Ärzteorganisationen. Mit 29 Ärzt/innen führte ich die Interviews in der Bundesrepublik zwischen 2007 und 2011; mit drei weiteren Befragten sprach ich im Rahmen einer Multi-sited Ethnography (MARCUS 1995) während eines dreimonatigen Forschungsaufenthaltes in Istanbul im Sommer 2011. Die Transkripte wurden MaxQDA-gestützt codiert, wobei zunächst die Einzelfälle rekonstruiert und diese anschließend komparativ analysiert wurden.

Das Sample der Studie ist überaus heterogen: Befragt wurden acht Frauen und 24 Männer. Sie waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 30 und 80 Jahre alt, die Migrationsjahre umfassen die Zeit von 1961 bis 2012. 14 Ärzt/innen absolvierten ihr Medizinstudium und ggf. ihre Promotion in der Türkei (Dr.<sup>T</sup>) und migrierten im Erwachsenenalter; sie stammen zumeist aus den gehobenen städtischen Mittelschichten. 15 Ärzt/innen wurden in Deutschland geboren oder kamen im Kindesalter in die Bundesrepublik. Sie studierten und promovierten an deutschen Universitäten (Dr.). Sieben von ihnen stammen aus migrierten Arztfamilien; acht aus Familien, die zumeist infolge des Anwerbevertrags von 1961 nach Westdeutschland kamen. Alle Befragten sind oder waren beruflich als Ärzt/innen in der Bundesrepublik tätig und nahezu alle Interviewpartner/innen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft.

Über die Gesamtzahl der Ärzt/innen türkischer Herkunft in Deutschland existieren keine Daten, da die jährliche Ärztestatistik der Bundesärztekammer die Mediziner/innen nach Staatsbür-

gerschaft klassifiziert. Somit lässt sich zwar sagen, dass die Zahl der Ärzt/innen mit türkischer Staatsbürgerschaft 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 13,9 Prozent auf 1.049 gestiegen ist (BUNDES-ÄRZTEKAMMER 2019). Realiter dürfte die Anzahl von Ärzt/innen türkischer Herkunft jedoch sehr viel höher liegen, da die Approbation bis 2012 direkt an die deutsche Staatsbürgerschaft bzw. die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gebunden war. Aufgrund historischer Entwicklungen in der türkisch-deutschen Medizinermigration sind zahlreiche eingebürgerte Ärzt/innen türkischer Herkunft in der Bundesrepublik tätig, die statistisch als Deutsche erfasst werden (PEPPLER 2016: 11).

Während die türkische Herkunft der Ärzt/innen in den offiziellen Statistiken gewissermaßen verschwindet, spielt sie im ärztlichen Alltag eine umso größere Rolle, wie zu zeigen sein wird. Um die Frage nach Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen in der intrakulturellen Gesundheitsversorgung zu beantworten, wird zunächst das Verhältnis der niedergelassenen Ärzt/innen zu ihren Patient/innen in den Mittelpunkt gestellt. Daran anschließend wird dargestellt, wie dieses Verhältnis von den Ärzt/innen zwischen Wettbewerb und professioneller Gemeinwohrrhetorik ausgestaltet wird und sich schließlich in ethniserten Versorgungsstrukturen manifestiert.

### **Ethnisierende Vergemeinschaftung und professionelle Distanzierung**

Für die selbständige Tätigkeit im ambulanten Sektor ist der Patientenstamm zentral, weil eine Arztpraxis nur dann bestehen kann, wenn dort ausreichend Patient/innen versorgt werden. Da gesetzlich Versicherte ihre behandelnden Ärzt/innen aufgrund der freien Arztwahl selbst auswählen dürfen, wird das medizinische Angebot auch durch die entsprechende Nachfrage von Patientenseite reguliert – verstärkt durch gesundheitspolitische Entwicklungen wie zunehmende Wettbewerbselemente seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 und der Stärkung der Patientenrechte seit dem Patientenrechtegesetz (2013).

Die niedergelassenen Ärzt/innen meines Samples berichten davon, dass Patient/innen türkischer Herkunft mit bis zu 90 Prozent den Groß-

teil ihrer Klientel ausmachen (PEPPLER 2016: 409). Manche Befragte bezeichnen ihre eigene Praxis deshalb als „Ethnopraxis“<sup>41</sup> (Levent) oder „Türkenpraxis“ (Pala a). Andere sprechen über „Kopftuchpraxen [...], wo praktisch nur Türken reingehen und türkisch begrüßt werden, [...] wo sich die türkische Gemeinde im Vorzimmer trifft“ (Baydar). Bereits diese kurzen Interviewzitate deuten Ethnisierungsprozesse in den intrakulturellen Arzt-Patienten-Beziehungen an, die im Folgenden vertiefend dargestellt werden. Dabei werden die ethnisierenden Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen aus der Perspektive der befragten Ärzt/innen rekonstruiert. Den Ausführungen liegt ein konstruktivistisches Verständnis von Ethnizität und ethnischen Gruppen zugrunde, bei dem die Prozesshaftigkeit und die dynamischen Aushandlungsprozesse ethnischer Zugehörigkeiten im Mittelpunkt stehen (BARTH 1998, SCHMIDT-LAUBER 2007: 15, HESS 2010: 15).

In Studien zur interkulturellen Gesundheitsversorgung gelten Sprachbarrieren als wesentliches Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung. Auch Patient/innen türkischer Herkunft können sich in einer ärztlichen Behandlung nicht immer ausreichend auf Deutsch verständigen. Dass dies „immer noch ein Problempunkt“ (Yüksel) ist, wird auf den Familiennachzug aus der Türkei zurückgeführt (Pala b; Merkezi). Demgegenüber stellen die befragten Ärzt/innen ihre Türkischkenntnisse als einen wesentlichen Grund heraus, warum ihre Patient/innen sie konsultieren – selbst dann, wenn sie keinen türkischen Nachnamen haben, wie Dr.<sup>T</sup> Schmidt bemerkt: „[D]ie wissen, dass ich die Sprache kann und dann kommen sie.“ Darüber hinaus erzählt Dr. Levent, er gelte als „Ansprechpartner“, weil er „die gleiche Sprache“ spreche.

Die gemeinsame Sprache ist in den intrakulturellen Arzt-Patienten-Beziehungen ein zentrales Moment, das mit Ethnisierungsprozessen verbunden ist. Dr. Bilgen betont beispielsweise die weiten Strecken, die seine Patient/innen fahren und erklärt: „Die kommen dann schon extra, weil ich Türke bin, weil sie sich bei mir besser äußern können.“ Er nimmt offenbar ethnisierende Zuschreibungen von Seiten der Patient/innen wahr, die ihn aufgrund seiner Türkischkenntnisse als Türken identifizieren. Die Fremdethnisierung von Sei-

ten der Patient/innen geht wiederum mit seiner Selbstethnisierung als Türke einher.

Die türkische Sprache der Ärzt/innen stellt in ihrem beruflichen Alltag eine Ressource dar, mit der sie türkischsprachigen Patient/innen eine Behandlung in deren Muttersprache anbieten können. In diesem Rahmen erfahren die türkischen Sprachkompetenzen eine Neu-Bewertung als kulturelles Kapital: Ihr Wert wird innerhalb der Arztpraxis nicht von der Mehrheitsgesellschaft bestimmt, sondern von den Patient/innen (HENKELMANN 2007: 138). Durch ihre Nachfrage werden die Türkischkenntnisse zu einer informellen Zusatzqualifikation und bekommen darüber hinaus durch die freie Arztwahl der Patient/innen eine besondere Wirkmächtigkeit.

Die gemeinsame Sprache ist einer der wesentlichen Faktoren, mittels derer sich ethnische Gruppen konstituieren. Die Sprache steht dabei nicht nur für sich selbst, sondern für kulturelle Gemeinsamkeiten und die Erfahrung einer – vermeintlich gemeinsamen – Migrationsgeschichte. Vor diesem Hintergrund ist auch die Argumentation der Gynäkologin Dr. Yüksel zu verstehen, die erzählt, warum auch diejenigen Patientinnen sie aufsuchen, die über gute Deutschkenntnisse verfügen:

Ich höre immer wieder von meinen Patientinnen: „Einen guten deutschen Doktor hab ich auch um die Ecke, aber bei Ihnen kann ich reden, ich kann Sie verstehen.“ Wo ich dann sage, das ist richtig. Genau das ist der Punkt. Die können reden. Ohne dass sie einen Vermittler brauchen zwischen uns beiden. [Pause] Ist halt so. Selbst wenn die auch relativ einigermaßen gut Deutsch können, gibt es immer wieder noch Frauen, die sagen: „Ich komme lieber hierher, weil ich mit Ihnen in meiner Muttersprache reden kann. Weil ich mich da einfach sicherer fühle.“

In einer sensiblen Situation wie einem Arzt-Patienten-Gespräch, wo heikle und mit Scham besetzte Themen angesprochen werden, bietet die Kommunikation in der Muttersprache ein sicheres Fundament und ein Gefühl von Geborgenheit (KLUGE 2011: 146). Dies kann wiederum dazu führen, dass Patient/innen aktiver bei der Behandlung mitwirken (MORINA 2010: 105). Außerdem vermitteln sich durch die türkische Sprache auch Themen, die über die medizinische Behandlung

hinausgehen. Frau Deniz, die ihre Türkischkenntnisse als „Service“ bezeichnet, betont: „Es ist ja nicht nur so, dass man nur die Sprache versteht, sondern dass man auch [den] kulturellen Hintergrund versteht.“ Auch Dr. Lale hebt dies hervor und nennt als Beispiel familiäre Hintergründe. Sie könne nachvollziehen, wenn jemand „aus einer hierarchischen Familie kommt oder [...] zu Hause misshandelt wird oder eine Aggression erlebt“ und die Familie trotzdem nicht verlässt. In ihrer Praxis könnten die betreffenden Patient/innen „in ihrer eigenen Sprache“ davon erzählen. Dr. Lale argumentiert mit gegenseitigem Verstehen und Verstandenwerden, was sie auf geteilte kulturelle Erfahrungen zwischen ihr als Ärztin und den Patient/innen zurückführt. Sie bezieht sich darauf, dass migrierte Familien häufig durch Stabilität und hierarchische Ordnung geprägt sind, was allerdings als ein „Produkt der Migrationssituation“ (BECK-GERNSHEIM 2007: 39) anzusehen ist, also als Reaktion auf das Leben in einer anderen Gesellschaft. Insgesamt ergibt sich also vermittelt durch die türkische Sprache eine ethnische Vergemeinschaftung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie ist das verbindende Element zwischen den Beteiligten, dessen Wirkmächtigkeit durch den Migrationshintergrund und die Zugehörigkeit zur selben ethnisierten Gruppe entsteht.

Neben der Sprache zählt auch die Religion zu den konstituierenden Elementen ethnischer Gruppen. Inwiefern dies in der Gesundheitsversorgung zum Tragen kommt, veranschaulichen die folgenden zwei Beispiele. Der Zahnarzt Dr. Toklucu vermutet, dass seine Patient/innen ihn konsultieren, weil sie sich bei ihm wohlfühlen; auch dann, „wenn jetzt jemand verschleiert kommt oder sonst was.“ Indem er das Beispiel des Kopftuchs anführt, benutzt er ein Symbol, das im öffentlichen Diskurs in besonderem Maße Fremdheit repräsentiert und Ablehnung gegenüber der Trägerin erzeugt (BECK-GERNSHEIM 2007: 63). In seiner Praxis – so das Argument – wird niemand aufgrund seiner türkischen Herkunft oder muslimischen Religion diskriminiert, weil er einen geschützten Raum bietet. Wie er persönlich zum Thema Verschleierung steht, dazu äußert sich Dr. Toklucu nicht weiter. Ihm geht es an dieser Stelle darum, dass seine Patient/innen in seiner Praxis akzeptiert und nicht verurteilt werden, wie es häufig im öffentlichen Raum geschieht. Besonde-

re Relevanz erhält der religiöse Hintergrund außerdem im Kontext des muslimischen Beschneidungsrituals, wie im Falle des Urologen Dr.<sup>T</sup> Erten: Weil er selbst muslimischen Glaubens ist, wird er häufig für rituelle Beschneidungen aufgesucht. Da diese in Deutschland als medizinisch nicht notwendig gelten, erstatten Krankenkassen die Kosten von etwa 300 Euro nicht, so dass die Familien den Betrag direkt an den Arzt bezahlen. Deshalb, so Dr.<sup>T</sup> Erten, verdiene er mit den Eingriffen gutes Geld.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit interkultureller Gesundheitsversorgung stets thematisiert wird, ist der kulturelle Unterschied im Umgang mit Schmerzen. Dabei wird erklärt, dass deutliche Schmerzäußerungen in einigen Gesellschaften eher negativ als Jammern bewertet, in anderen jedoch positiv angesehen und gewissermaßen auch erwartet werden (ZIMMERMANN 2000: 162). Dr. Levent beschreibt die Krankheitsäußerungen von „Türken“ als „sehr *emotional*.“ Er betont, diese hätten auch eine „andere *Streitkultur*“ und eine „andere Ebene der *Sachlichkeit*.“ Deshalb müsse er „ganz anders mit den Menschen umgehen, auch in der Behandlung.“ Der Zahnarzt formuliert deutliche Unterschiede zwischen seinen Patient/innen türkischer und – dies geht aus dem Kontext des Zitates hervor – deutscher Herkunft. Indem er *das Andere* wiederholt betont, differenziert er die beiden Patientengruppen umso deutlicher voneinander. Den Referenzrahmen seiner Erzählung bildet das vermeintlich rationale Denken und Handeln von Patient/innen deutscher Herkunft, vor dessen Hintergrund das emotionale Verhalten der Patient/innen türkischer Herkunft als abweichend wahrgenommen wird. Dr. Levents Erklärung liegt die gängige Auffassung der Mehrheitsgesellschaft zugrunde – was dadurch verstärkt wird, dass er mich als Interviewerin ohne Migrationshintergrund und damit als Angehörige dieser Mehrheitsgesellschaft identifiziert (PEPPLER 2016: 93). Mir gegenüber macht er deutlich, dass er aufgrund seiner eigenen türkischen Herkunft über das spezifische medizin-kulturelle Wissen verfüge, seine Patient/innen adäquat kultursensibel zu behandeln.

Solche kultursensiblen Kompetenzen werden bei Mediziner/innen mit Migrationshintergrund häufig vorausgesetzt (WEISSKÖPPEL & FALGE 2012: 189). Jedoch müssen sich insbesondere die-

jenigen Ärzt/innen, die als Kinder in die Bundesrepublik kamen oder hier geboren wurden, die benötigten Kenntnisse und Fähigkeiten erst aneignen, weil beispielsweise ihre Sprachkompetenzen für eine Anamnese nicht ausreichen (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008: 112). Dies betrifft insbesondere diejenigen aus migrierten Arztfamilien, die aufgrund ihrer familialen Herkunft aus den gehobenen türkischen Gesellschaftsschichten eher wenig Bezug zu den Lebenswelten ihrer Patient/innen aus niedrigeren sozialen Schichten haben (PEPPLER 2016). Das Beispiel von Familie Pala zeigt dies sehr eindrücklich: Dr. Pala ist der einzige Türkisch sprechende Allgemeinmediziner in einer Mittelstadt und wird von großen Teilen der dortigen Wohnbevölkerung türkischer Herkunft konsultiert. Dr. Pala sieht seinen Sohn als Nachfolger in seiner Praxis, der dann bereits als dritte familiäre Generation in Folge ärztlich in Deutschland tätig sein würde. Dr. Pala (b) nennt jedoch eine Bedingung: „Er muss halt schon nicht nur ein guter Arzt sein, sondern er muss auch Türkisch können, weil ich viele Patienten der ersten Generation versorge.“ Da sein Sohn jedoch kein Türkisch spreche, müsse er zunächst ein Auslandssemester in der Türkei absolvieren, um die Sprache der Patient/innen zu lernen. Dr. Palas Erwartungshaltung gegenüber seinem Sohn als Nachfolger impliziert also Re-Ethnisierungsprozesse, die über transnationale Bewegungen unterstützt werden (PEPPLER 2013, 2016).

Ein weiteres Beispiel ist Dr. Levent, der den medizinkulturellen Hintergrund der Patient/innen türkischer Herkunft erst verstehen lernen musste. Aufgewachsen in Deutschland als Sohn einer westorientierten Arztfamilie aus der gehobenen Istanbuler Mittelschicht, begann Dr. Levent seine berufliche Laufbahn nach dem Studium in der Praxis eines älteren Arztes aus der Türkei, der zahlreiche Patient/innen türkischer Herkunft versorgte. Er erzählt: „[Ich] habe dann sozusagen mit meiner Bevölkerung, mit der ich überhaupt nicht groß geworden bin, erstmalig Kontakt gehabt.“ Damals sei er erstmals Menschen aus „ganz solide[n] einfache[n] Strukturen“ begegnet, wie er sagt. In seiner retrospektiven Erzählung vermischen sich verschiedene biografische Erfahrungen: Zum einen nimmt er die Bevölkerung türkischer Herkunft in Deutschland wahr und identifiziert sich mit dieser ethnisierten Gruppe; zum anderen be-

tont er deren soziostrukturelle Differenzierung, wobei er sich von den unteren sozialen Schichten distanziert, aus denen seine Patient/innen kommen. Dr. Levent schildert weiterhin, wie er von dem älteren Arzt gelernt habe, die Schmerzäußerungen der Patient/innen türkischer Herkunft zu verstehen:

Da hab ich meinen Chef gefragt: „Was heißt denn das?“ Sagt der: „Ja, das ist der Schmerz.“ Sag ich: „Ja, das hab ich ihn gefragt, der hat das verneint, der Zahn tut nicht weh.“ Da hat der zu mir gesagt: „Das stimmt auch, wenn man deutsch denkt, ist das nicht richtig. Du musst auch beachten, dass wir Türken sehr empfindlich sind. [...] Für Schmerz haben wir wahrscheinlich zehn Begriffe, wo die Deutschen vielleicht nur zwei Begriffe haben.“ [...] Ich will damit sagen, dass ich eben so Vieles dann über meine türkische Kultur gelernt habe, die gar nicht so einheitlich ist.

Ob dies tatsächlich die genauen Worte des Dialogs waren, lässt sich zwar nicht feststellen. In Dr. Levents Erinnerung unterscheidet der Erzähler jedoch zwischen *uns Türken* sowie *den Deutschen* und erklärt ihm die jeweils kulturspezifischen Zusammenhänge zwischen Schmerz- und Sprachausdruck. In diesem Interviewzitat changiert Dr. Levent zwischen vielschichtigen Selbst- und Fremdzuschreibungen. Das Missverständnis zu Beginn, ob der Zahn des Patienten schmerze oder nicht, wird im Verlauf mit Dr. Levents deutscher Denkweise erklärt. Die Erklärung beinhaltet den Hinweis „wir Türken“ und impliziert den Chef, die Patient/innen und auch Dr. Levent selbst. Der ältere Arzt führt ihn gewissenmaßen in die türkische Kultur der Patient/innen ein. Dieser kannte bisher lediglich die akademische, städtische türkische Kultur. Durch die langjährige Behandlung seiner Patient/innen identifiziert er sich zunehmend mit der ethnischen Gruppe – eine Identifizierung, die nach BERKING (2010: 300) erst erlernt und schließlich institutionell verstetigt wird. Durch jahrelange wechselseitige Fremd- und Selbstzuschreibungen im Berufsalltag reproduzierten und verfestigten sich Ethnisierungsprozesse, die vordergründig die intrakulturellen Differenzierungen verschleiern.

Die Erzählungen der Ärzt/innen verdeutlichen, dass sie von ihren Patient/innen häufig aufgrund der türkischen Herkunft aufgesucht werden. Da-

mit gehen wechselseitige ethnisierende Zuschreibungen einher, die in eine Art Ethnisierungskreislauf münden: Die Patient/innen suchen die Ärzt/innen auf, weil sie aufgrund der gemeinsamen türkischen Herkunft Türkischkenntnisse und sich kulturspezifisches Wissen voraussetzen und sich deshalb eine angemessenere Behandlung erhoffen. Die Ärzt/innen machen sich diese Erwartungen wiederum zu eigen und stellen ihre Kenntnisse der türkischen Sprach- und Medizinkultur positiv heraus. Es findet also ein ethnisierender Vergemeinschaftungsprozess statt, der vor dem Hintergrund der freien Arztwahl von Seiten der Patient/innen initiiert und von den Ärzt/innen reproduziert wird – ggf. auch dadurch, dass sie sich das vorausgesetzte Wissen erst aneignen müssen. Diese Ethnisierungsprozesse lassen sich auch als „Türkisierungsprozesse“ spezifizieren, da sie sich ausschließlich auf diese ethnisierte Gruppe beziehen. Patient/innen nicht-türkischer Herkunft werden in den dargestellten Erzählungen nicht einbezogen. Die Ärzteschaft türkischer Herkunft nimmt deshalb seit etwa Ende der 1970er Jahre eine Mittlerfunktion zwischen der Wohnbevölkerung türkischer Herkunft und dem deutschen Gesundheitssystem ein. Dass solche „türkisierten“ Versorgungsstrukturen heute Normalität im deutschen Gesundheitswesen sind, geht auf Entwicklungen der türkisch-deutschen Medizinermigration und die „Entdeckung des türkischen Patienten“ im Zuge der Arbeitsmigration aus der Türkei seit den 1960er Jahren zurück (PEPLER 2016, 2017).

Das ROBERT KOCH-INSTITUT (2008: 112) konstatiert allerdings, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass Ärzt/innen mit Migrationshintergrund sich als Kulturvermittler/innen verstehen wollen. Wenngleich die Ärzt/innen die gemeinsame türkische Herkunft nicht negieren, sprechen sie vereinzelt über erhöhte Anspruchshaltungen der Patient/innen ihnen gegenüber. Ein Interviewpartner schildert, dass einst ein Patient ohne Überweisungsschein in seine Praxis gekommen sei und sich zudem geweigert habe, die damalige Praxisgebühr von zehn Euro zu zahlen. Mein Interviewpartner habe dann erklärt, dass das Geld nicht für ihn selbst, sondern für die Krankenkasse sei. Der Patient aber sei laut geworden und habe geschimpft. Er sei in die Praxis gekommen, weil der Arzt auch „Türke“ sei, und habe anschließend gedroht, die Praxis nicht wie-

der aufzusuchen. Solche Fälle seien häufiger vorgekommen, so der Arzt. Dieser habe den Patienten aufgefordert, entweder seine Arbeit als Arzt zu respektieren oder der Praxis in Zukunft fernzubleiben. Der Patient erhoffte sich offensichtlich Vorteile von der gemeinsamen türkischen Herkunft. Der Arzt jedoch berief sich auf seinen professionellen Status und distanzierte sich von den Ansprüchen des Patienten. Damit wies er dessen ethnisierende Vergemeinschaftungsbestrebungen aufgrund seines professionellen Selbstverständnisses zurück (PEPLER 2016: 420). Ähnliches erzählt auch der Zahnarzt Dr. Lema: „Und dann kommen die, stehen dann hier so vor der Tür: ‚Ja, wir haben gehört, dass du Türke bist, ich habe Zahnschmerzen.‘ Ja, okay, aber ich hab meine *bestellten* Patienten.“ Dr. Lema erklärt, er trenne sich unter Umständen von Patient/innen, die seine Leistung als Arzt nicht zu würdigen wissen. Er wolle, dass „Leute kommen, die mich als guten Zahnarzt kennen und schätzen und [meine] Leistungen dann in Anspruch nehmen wollen.“

Die angeführten Konfliktsituationen entstehen, weil die Beteiligten auf zwei unterschiedlichen Ebenen argumentieren. Die Patient/innen identifizieren die Ärzt/innen primär als Mitglieder ihrer ethnisierten Gruppe. Damit zusammenhängend gehen sie nach BARTH (1998: 15) davon aus, dass sie die gleichen „criteria for evaluation and judgement“ teilen und nehmen an, „that the two are fundamentally ,playing the same game“. Insofern erwarten die Patient/innen von den Ärzt/innen, dass diese ihnen auch Sonderbehandlungen einräumen. Die Ärzt/innen empfinden die an sie gestellten Ansprüche allerdings als unpassend. Auch wenn sie ihre gemeinsame türkische Herkunft mit den Patient/innen anerkennen, so distanzieren sie sich von der ethnisierenden Vergemeinschaftung, sobald ihr professionelles Selbstverständnis infrage gestellt wird.

### **Die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung zwischen Wettbewerb und Gemeinwohl**

Da die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft für niedergelassene Ärzt/innen der gleichen Herkunft eine überaus stabile Klientelbasis darstellt, berichten einige Befragte von teils erheblichen Wettbewerbsvorteilen gegenüber niedergelassenen Kolleg/innen ohne Migrationshintergrund.

Zwar merkt Dr. Levent an, dass die Patient/innen zumeist nicht privat versichert seien und ihre Behandlung deshalb keinen zusätzlichen finanziellen Verdienst bedeute, jedoch geht mit der zuverlässigen Auslastung seiner Praxis eine solide Verdienstbasis einher: „Also, ich werd nie Millionär werden mit meinen Landsleuten, aber ich kann auch nicht *arm* werden mit meinen Landsleuten, also ich hab genug zu tun.“ Auch Dr. Pala (a) erzählt von den Vorteilen, die er durch die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft im Stadtteil seiner Praxis hatte, als er diese übernahm.

Das bedeutet normalerweise den *Ruin* einer neuen Praxis, wenn man eine übernimmt, und es kommen nur fünf Patienten. Aber ich hatte auf Anhieb trotzdem im ersten Quartal 700 Patienten, weil halt alle Türken zu mir gekommen sind. War ja klar, war der erste und bin immer noch der einzige türkischsprachige Hausarzt hier in [der] Stadt. Und dann sind die *geströmt*.

Dr. Palas Erzählung klingt übermütig, was auch auf seine vorherigen Erfahrungen zurückzuführen ist. Seine erste Arztpraxis eröffnete er in einer Kleinstadt, wo es keine Wohnbevölkerung türkischer Herkunft gab und wo er als neuer Arzt von Kolleg/innen und Patient/innen nur sehr langsam akzeptiert wurde (Peppler 2016: 426). Nach diesem Erlebnis empfindet er die Entwicklung der darauffolgenden Praxis als umso beschleunigter. Er selbst führt dies wie selbstverständlich auf seine türkische Herkunft zurück. Ähnlich argumentiert auch Dr. Lale, die betont, dass deutsche Kolleg/innen „*größere* Anstrengungen“ unternehmen oder „mehr Lobbyarbeit“ leisten müssten.

Ein großer Bonus [...], wenn man gut im Fach ist, braucht man sich wirklich nicht so viel *anzustrengen* wie ein deutscher Kollege, der sich irgendwo niederlässt – bis er seine Patientenzahlen akquiriert hat.

Wenngleich es sich hierbei um statistisch nicht belegtes Erfahrungswissen handelt, beziehen auch Nachwuchsmediziner/innen solche Überlegungen in ihre Karriereplanung ein. In einem informellen Gespräch erzählte ein Medizinstudent von seinen ursprünglichen Plänen, nach seinem Studium in die Türkei zurückzukehren. Allerdings würde er es mittlerweile für erfolgversprechender halten, sich als Arzt in Deutschland niederzu-

lassen. Dadurch erhofft er sich größere Vorteile als türkischer Arzt für die türkische Wohnbevölkerung, statt in der Türkei ein Arzt unter vielen zu sein. Er sieht also einen „Seltenheitswert“ (BOURDIEU 1983: 187), der sich aus der Zugehörigkeit zu einer ethnisierten Gruppe in einer postmigrantisches Gesellschaft ergibt (PEPPLER 2016: 417). In einem Gesundheitssystem, das zunehmend auf Wettbewerb setzt, ist die „türkisierte“ medizinische Expertise mit dem Zugang zu Ressourcen verbunden – insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion darüber, wie sich die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund verbessern ließe. Die Wettbewerbselemente im deutschen Gesundheitswesen führen also dazu, dass Ethnisierungsprozesse – und damit eben auch die Selbstethnisierung – direkt mit der Etablierung einer Praxis und dem Verdienst der Ärzt/innen verknüpft sind.

Neben den zunehmenden Wettbewerbselementen des deutschen Gesundheitssystems sind Ärzt/innen als Mitglieder der medizinischen Profession dem Gemeinwohl verpflichtet. Dies ist das höchste symbolische Gut und ein wesentliches Element des professionellen Expertentums. Insofern sind sie bestrebt, ihre Leistung als Dienst an der Gesellschaft zu betonen und glaubhaft geltend zu machen (PFADENHAUER 2010: 104). Dies äußert sich insbesondere bei Befragten aus Arztfamilien in einer Art Fürsorgepflicht: „Das ist ja quasi eine gewisse Aufgabe, die ich empfinde,“ so Dr. Levent über die Behandlung seiner Patient/innen türkischer Herkunft. Darüber hinaus spricht Dr. Pala, der seine Praxis in einem „typische[n] Türkenviertel“ (b) eröffnet hat, explizit die Türkisch sprechende Wohnbevölkerung an. Seine Motivation erklärt er damit, seinen Patient/innen ein „Zuhause“ (b) geben zu wollen.

Also, ich bin der Meinung, dass die nächsten Generationen sich des Deutschen annehmen müssten und dieses Heimatlandes annehmen müssten. Aber wir müssen trotzdem für die Menschen der ersten Generation, die hier hart gearbeitet haben, und die jetzt hier leben, [...] auch bis zu deren Ableben Möglichkeiten schaffen, dass die auch ordentlich versorgt sind.

Dr. Palas Argumentation ist an die Vorstellung von einer zunehmenden Integration im generationellen Verlauf angelehnt, die in der Bundes-

republik insbesondere im Rahmen des Familiennachzugs der Arbeitnehmer/innen aus den ehemaligen Anwerbeländern aufgekommen ist. Wenngleich die Generationenzählung ab dem Einwanderungszeitpunkt im wissenschaftlichen Diskurs weitgehend als überholt gilt, besitzen die Bezeichnungen „erste“ und „zweite Generation“ im gesellschaftlichen Diskurs nach wie vor eine starke „Typisierungskraft“ (HAMBURGER 2011: 89). Mit diesem Generationenkonzept im Migrationskontext sind allerdings Ethnisierungsprozesse verknüpft, die permanent reproduziert werden (PARNES *et al.* 2008: 270). Insbesondere durch die Bezeichnung „erste Generation“, mit der er die in den 1960er und 1970er Jahren aus der Türkei eingewanderten Arbeitnehmer/innen bezeichnet, konstruiert Dr. Pala eine spezifische Gruppe, die besonderer gesundheitlicher Unterstützung im Alter bedarf. Seine Argumentation bezieht sich insofern auf das Gemeinwohl, als dass es ihm um die sozialgerechte Versorgung dieser spezifischen Patientengruppe geht. Er selbst sieht sich in seiner Funktion als Arzt auf der Seite der Verantwortlichen, die er als „wir“ bezeichnet.

Während es in der kurativen Medizin primär die Patient/innen sind, welche die Ärzt/innen aufgrund ihrer türkischen Herkunft aufsuchen, verhält es sich bei Präventionsangeboten anders herum: Hier sind es insbesondere die deutsch-türkischen Ärzteverbände, die sich mit gesundheitsbezogenen Informationsveranstaltungen an die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft wenden (PEPPLER 2016, 2017). Ein besonders prägnantes Beispiel für ethnisierte Präventionsmaßnahmen stellen die Aufklärungs- und Screeningkampagnen zu Hepatitis B in Moscheen dar, die die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft (DTM) durchführte: In Deutschland stammt die größte Gruppe derjenigen, die an der Virusinfektion erkrankt sind (25 Prozent), aus der Türkei (BRODZINSKI & BÖMMEL 2010). Hepatolog/innen konstatieren, dass die Präventionsarbeit durch Sprachbarrieren erschwert werde (LÜTGEHETMANN *et al.* 2010) und sprechen sich für Aufklärung und Screeningkampagnen in verschiedenen Sprachen aus, die von geschulten Personen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund durchgeführt werden sollten (BRODZINSKI & BÖMMEL 2010).

Prof. Dr. Yücel, der langjährige Vorstandsvorsitzende der DTM, betont, dass die Infektionen in der Türkei aufgrund der „aktive[n] Arbeit“ der türkischen Hepatologie-Gesellschaft mittlerweile rückläufig sei. Nach dem Vortrag eines türkischen Hepatologen im Rahmen einer Tagung in Deutschland begann die DTM mit Präventionsmaßnahmen, die direkt in der Lebenswelt der Bevölkerung türkischer Herkunft durchgeführt wurden. In Zusammenarbeit mit Imamen vor Ort organisierten die Ärzt/innen Aufklärungs- und Screeningkampagnen direkt nach dem Freitagsgebet in den Moscheen. Letztlich führte also transnationaler Wissenstransfer dazu, dass erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsversorgung für die Mehrheitsgesellschaft im Herkunftsland Türkei transformiert wurden, um sie auf die Lebenswirklichkeiten der ethnisierten Gruppe in Deutschland anzuwenden. Herr Yücel erzählt:

Das hat so gut funktioniert, das hat eingeschlagen! Und das war die Lösung. Aber das macht nur so ein Verein. Wenn Sie von [einer Krankenkasse] das machen wollen, haben Sie nicht die Kontaktstelle. Und deshalb – dieser Verein ist ein[...] kleine[r], aber wichtige[r] Schlüssel. Und diese[n] Schlüssel sollte man wahrscheinlich ausbauen.

Durch die Zusammenarbeit von medizinischen und religiösen Autoritäten und das Aufsuchen der betreffenden Bevölkerungsgruppe in ihrer alltäglichen Umgebung konnte eine positive Wirkung der Präventionsmaßnahmen erreicht werden. Hier bezieht sich die Ethnisierung primär auf gemeinsame religiöse Praktiken einer muslimischen Gruppe, zu der die Ärzt/innen deshalb Zugang erhalten, weil sie selbst als Mitglieder dieser Gruppe angesehen werden. Deshalb können sie „sehr einfach in die Migrantenhäuser gehen, kontrollieren, helfen“, wie Prof. Yücel erklärt – anders als die von ihm genannten Krankenkassen, die diesen Zugang nicht bekämen.

Durch solche Maßnahmen hätten die Fälle von Hepatitis unter der Wohnbevölkerung türkischer Herkunft um etwa 25 Prozent abgenommen, wie Yücel betont, während sie unter anderen Einwanderungsgruppen zugenommen hätten. Dieser Vergleich mit anderen Gruppen soll den Erfolg hervorheben, betont aber zugleich die Grenze zu anderen ethnischen Gruppen, die nicht von den Maßnahmen profitierten. Somit kann man auch



hier von „türkisierten“ Präventionsmaßnahmen sprechen. Diese Bevölkerungsgruppe sei für die staatliche Gesundheitspolitik nur schwer erreichbar, wenn Ärzt/innen türkischer Herkunft nicht als Vermittler fungierten, so das Argument des Interviewpartners.

### Abschließende Bemerkungen

Die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung resultiert aus Ethnisierungsprozessen in unserer postmigrantischen Gesellschaft, die durch die spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems gerahmt sind. Vor diesem Hintergrund findet im ambulanten Sektor gewissermaßen eine Sortierung „von unten“ statt, die in ethnisierten Versorgungsstrukturen resultiert.

Die befragten Ärzt/innen befinden sich im Spannungsfeld zwischen Ethnizität und Profession. Ihre medizinische Expertise wird von ihren Patient/innen vor dem Hintergrund ihrer türkischen Herkunft wahrgenommen, weshalb zumeist neben den Sprachkenntnissen auch ein spezifisches medizinkulturelles Wissen vorausgesetzt wird. Wie gezeigt, sind solche Kenntnisse aber insbesondere bei Ärzt/innen, die in Deutschland aufgewachsen sind, nicht immer vorauszusetzen. Da von Seiten der Patient/innen jedoch eine große Nachfrage nach medizinischen Behandlungen in ihrer Muttersprache zu verzeichnen ist und damit entsprechende Ressourcen verbunden sind, eignen sich manche Ärzt/innen die gefragten Kenntnisse (erneut) an. Damit gehen wiederum Re-Ethnisierungsprozesse einher, die durch die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens unterstützt werden – insbesondere durch die freie Arztwahl, einen zunehmenden Wettbewerb und die Gemeinwohrrhetorik der ärztlichen Profession. Die wechselseitigen Fremd- und Selbstzuschreibungen führen in einigen Arztpraxen zu einem Ethnisierungskreislauf zwischen Ärzt/in und Patient/innen, und zwar auch über den Wechsel von Praxisinhaber/innen hinweg und durch transnationalen Wissenstransfer unterstützt.

In der kurativen Medizin geht die Vergemeinschaftung primär von den Patient/innen aus, die die niedergelassenen Ärzt/innen überaus häufig aufgrund ihrer türkischen Herkunft konsultieren. Diese vereinfachen für sie den Zugang zu

gesundheitlicher Versorgung in einem überaus komplexen Gesundheitssystem. Hinsichtlich der Prävention sind es vor allem die Ärzt/innen, die die Bevölkerung türkischer Herkunft aufsuchen, um präventive Gesundheitsmaßnahmen durchzuführen. Ruft man sich nochmal in Erinnerung, wie heterogen das Sample der Studie ist und dass die niedergelassenen Ärzt/innen durchgängig die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, werden die geschilderten Zusammenhänge noch deutlicher: Die Voraussetzung (und zugleich das Resultat) der geschilderten Mechanismen ist die permanente Reproduktion von „türkischen Patient/innen“, die wiederum der Legitimierung der ethnisierten Expertise dient. Darauf basiert die Mittlerfunktion der Ärzt/innen, die sie zwischen der ethnisierten Gruppe und dem deutschen Gesundheitssystem einnehmen.

Ähnliche ethnisierte Versorgungsstrukturen lassen sich auch für andere Gruppen feststellen – exemplarisch anhand von ambulanten „türkischen“ und „russischen“ Pflegediensten (SCHENK *et al.* 2011: 238, KROBISCH *et al.* 2016: 295). Die dargestellten Zusammenhänge sind allerdings spezifisch für den ambulanten Sektor, da ethnisierende Sortierungsprozesse sich im stationären Kontext grundlegend anders gestalten (PEPPLER 2016).

Die Beziehungen der niedergelassenen Ärzt/innen zu ihren Patient/innen sind von einer Ambivalenz geprägt, die sich aus ethnisierender Vergemeinschaftung und professioneller Distanzierung ergibt. Dieses Spannungsfeld hat vielfältige Auswirkungen auf den Arbeitsalltag in einer Praxis. Einerseits bedeuten die erleichterte Kommunikation und das medizinkulturelle Wissen eine Entlastung, weil sich die häufig postulierten interkulturellen und sprachlichen Missverständnisse minimieren. Andererseits kommt es zu Spannungen und Konflikten, wenn Patient/innen aufgrund der gemeinsamen Herkunft bestimmte Erwartungen an die Ärzt/innen stellen, die diese nicht erfüllen können bzw. wollen.

Ökonomisch betrachtet, bedeuten die Patient/innen türkischer Herkunft allerdings eine zuverlässige Auslastung der Praxis; im Falle einer Neueröffnung auch deren zügige Etablierung. Wie man an sogenannten Migrantenambulanzen oder Medizinischen Versorgungszentren erkennt, die explizit eine Klientel türkischer Herkunft ansprechen, werden diese ethnisierten Versorgungs-

strukturen auch zunehmend institutionell verstetigt. Denn die medizinische Behandlung durch ein Gesundheitspersonal der selben Herkunft wird prinzipiell befürwortet und als Lösung für die Herausforderung einer interkulturellen Gesundheitsversorgung herausgestellt (BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT 2012, BUNDESÄRZTEKAMMER 2013). Nach den geschilderten Erkenntnissen ist allerdings festzuhalten, dass keineswegs davon ausgegangen werden kann, dass die *interkulturelle* Arzt-Patienten-Beziehung der Forschung bedürfe, die *intra*kulturelle Arzt-Patienten-Beziehung jedoch selbsterklärend sei.

## Anmerkungen

**1** Erklärungen zum Zitationsstil: [...] oder [den] = Auslassung oder Einfügung von Wörtern durch Autorin zur besseren Lesbarkeit; *kursiv* = Betonung durch Erzähler/in; ...: = Wiedergabe von wörtlicher Rede Dritter durch Erzähler/in; [Pause] = nonverbale Informationen zur Erzählung.

## Literatur

- BARTH F. 1998. Introduction. In BARTH F. (ed). *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*. Long Grove, Ill.: Waveland Press: 9–38.
- BECK-GERNSHEIM E. 2007. *Wir und die Anderen. Kopftuch, Zwangsheirat und andere Mißverständnisse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BERKING H. 2010. Der Migrant. In MOEBIUS S. & SCHROER M. (ed). *Diven, Hacker, Spekulant: Sozialfiguren der Gegenwart*. Berlin: Suhrkamp: 291–302.
- BOURDIEU P. 1983. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In KRECKEL R. (ed). *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz: 183–198.
- BOZORGMEHR K., WENNER J. & RAZUM O. 2017. *Restricted Access to Health Care for Asylum-seekers. Applying a Human Rights Lens to the Argument of Resource Constraints*. *European Journal of Public Health* 27, 4: 592–593.
- BRODZINSKI A. & BÖMMEL F.v. 2010. Chronische Hepatitis B-Infektion bei Migranten. *Hepatitis&more* 2: 26–28.
- BUNDESÄRZTEKAMMER 2013. *Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Positionspapier des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und Öffentliche Gesundheit*. Berlin.
- BUNDESÄRZTEKAMMER 2019. *Montgomery: Es ist höchste Zeit, den Ärztemangel ernsthaft zu bekämpfen. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018*. Berlin.
- BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT 2012. *Positionspapier*. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT (ed) 2010. *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates* 2010. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT 2016. *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Berlin.
- FALGE C. & ZIMMERMANN G. 2014. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. In MAYER C.-H. & VANDERHEIDEN E. (ed). *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 325–370.
- HAMBURGER F. 2011. Die Zweite Generation. In ECKERT T. & TIPPELT R. (ed). *Bildung der Generationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 89–98.
- HENKELMANN Y. 2007. *Ärzte in der Fremde. Karrieren und Sprachkenntnisse von eingewanderten Medizinern in Deutschland und Kanada*. Berlin: Logos Verlag.
- HESS S. 2010. Aus der Perspektive der Migration forschen. Eine Standortbestimmung kulturwissenschaftlicher Migrationsforschung. In Hess S (ed). *München migrantisch – migrantisches München. Ethnographische Erkundungen in globalisierten Lebenswelten*. München: Utz: 9–25.
- JANSKY M. & NAUCK F. 2017. *Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger*. Göttingen; [http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-\\_und\\_Hospizversorgung\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Migrationshintergrund.pdf](http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf).
- KLEIN J. 2016. *Transferring Professional Knowledge and Skills. The Case of Central and Eastern European Migrant Physicians in German Hospitals*. Leverkusen: Budrich UniPress Ltd.
- KLUGE U. 2011. Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In MACHLEIDT W. & HEINZ A. (ed). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier: 145–154.
- KRESSING F. 2016. Migration and Health in Medical Education. A Work in Progress Report from Central Europe. *Journal of Health & Culture* 1, 1: 36–42.
- KROBISCH V., SONNTAG P.-T., GÜL K., ARONSON P. & SCHENK L. 2016. Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege* 29, 6: 289–300.
- LÜTGEHETMANN M., MEYER F., VOLZ T., LOHSE A. W., FISCHER C., DANDRI-PETERSEN M. & PETERSEN J. 2010. Wissensstand, Präventionsverhalten und Therapieadhärenz von Patienten mit chronischer Hepatitis B in einem großen tertiären Zentrum in Deutschland. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 48, 9: 1126–1132.
- MARCUS G. E. 1995. Ethnography in/of the World System. The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology* 24: 95–117.
- MORINA N., MAIER T. & SCHMIDT MAST M. 2010. Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 60: 104–110.
- OLBERMANN E. 2015. Verbesserung der Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen. *Das Gesundheitswesen* 77, 1: 39–40.

- PEPPLER L. 2013. Transnationale Arztfamilien. Reproduktionsstrategien zwischen Erinnerungen und Erwartungen. In GERLAND K., MÖCKEL B. & RISTAU D. (ed). *Generation und Erwartung. Konstruktionen zwischen Vergangenheit und Zukunft*. Göttingen: Wallstein: 56–72.
- PEPPLER L. 2016. *Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie*. Göttingen: Wallstein.
- PEPPLER L. 2017. Die Ärzteschaft türkischer Herkunft und die „Entdeckung des türkischen Patienten“ – zur Ethnisierung der Gesundheitsversorgung in (West-)Deutschland. In DILGER H., MATTES D. & KNIPPER M. (ed). *Medizinethnologie. Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt*; <http://www.medizinethnologie.net/ethnisierung-der-gesundheitsversorgung>.
- PFADENHAUER M. 2010. Der Experte. In MOEBIUS S. & SCHROER M. (ed). *Diven, Hacker, Spekulanten. Sozialfiguren der Gegenwart*. Berlin: Suhrkamp: 98–107.
- ROBERT KOCH-INSTITUT 2008. *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- SCHENK L., MEYER R., MAIER A.-S., ARONSON P. & GÜL K. 2011. *Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Bericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege*. Berlin.
- SCHENK L. 2016. *Migrationssensible Gesundheitsforschung. Theoretische und empirische Forschungsergebnisse*. Berlin; <https://d-nb.info/1121588042/34>.
- SCHMIDT-LAUBER B. 2007. Ethnizität und Migration als ethnologische Forschungs- und Praxisfelder. Eine Einführung. In SCHMIDT-LAUBER B. (Hg), *Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder*. Berlin: Reimer: 7–27.
- SCHNEPFT T. 2013. *Hilfe, die ausländischen Ärzte kommen?! Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken*. Magisterarbeit. Tübingen.
- WEISSKÖPPEL C. & FALGE C. 2012. Ethnologen im Diversity Management von öffentlichen Institutionen. Resümee nach zwei Workshops zur Dialogförderung zwischen Wissenschaft und Praxis. *EthnoScripts* 14, 1: 187–196.
- ZIMMERMANN E. 2000. *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

## Interviews

- Herr Dr. Baydar, geführt am 28.10.2010.  
 Herr Dr. Bilgen, geführt am 02.04.2008.  
 Frau Deniz, geführt am 08.03.2011.  
 Herr Dr. Erten, geführt am 25.08.2010.  
 Frau Dr. Lale und Herr Zeyrek, geführt am 30.06.2010.  
 Herr Dr. Lema, geführt am 23.04.2008.  
 Herr Dr. Levent, geführt am 05.12.2007.  
 Herr Dr. Merkezi, geführt am 15.09.2010.  
 Herr Dr. Pala, geführt am 23.10.2007 (a) und 26.05.2010 (b).  
 Frau Dr. Schmidt, geführt am 22.06.2011.  
 Herr Dr. Toklucu, geführt am 19.02.2008.  
 Herr Prof. Dr. Yücel, geführt am 10.08.2011.  
 Frau Dr. Yüksel, geführt am 30.03.2011.

Manuskript eingereicht: 2.3.2018  
 Manuskript akzeptiert: 3.7.2019



**LISA PEPPLER** Dr. phil. ist seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin. Sie arbeitet dort im Projekt „Teilhabe durch soziokulturelle Öffnung? (Post-) migrantische Fachkräfte und Patient\*innen im institutionellen Wandel am Beispiel von Medizin und Pflege (ToP)“. Darüber hinaus ist sie stellvertretende Sprecherin der AG „Migration und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). Ihre Dissertation – eine qualitative Interviewstudie über „Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft“ – verfasste sie im Fach Kulturanthropologie an der Universität Göttingen. Ihre Forschungsinteressen umfassen die Migration von Mediziner\*innen und Pflegekräften, Ethnisierungs- und Professionalisierungsprozesse sowie kulturelle Aspekte gesundheitlicher Versorgung.

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
 der Charité Universitätsmedizin Berlin  
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin  
 e-mail: [lisa.peppler@charite.de](mailto:lisa.peppler@charite.de)