

# Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten

## Experience of German General Practitioners with Patients having a Migration Background – Results of a Focus Group

Autoren

H. Gerlach, N. Becker, H.-H. Abholz

Institut

Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

### Schlüsselwörter

- Migrationshintergrund
- Diskriminierung
- Rassismus
- Fokusgruppe
- Hausärzte

### Key words

- discrimination
- racism
- German Health Care
- focus group

### Peer reviewed article

eingereicht: 03.08.2008

akzeptiert: 04.09.2008

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1087184  
 Online-Publikation: 2008  
 Z Allg Med 2008; 84: 428–435  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

**Dr med. H. Gerlach**  
 Fachärztin für Allgemein-  
 medizin  
 Betriebsmedizin  
 DTMPH  
 Kurstraße 1 e  
 14129 Berlin  
 Heli.Gerlach@t-online.de

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Drei bis über 50% der Bevölkerung Deutschlands haben einen Migrationshintergrund. Es liegen bislang kaum Forschungsergebnisse über Erfahrungen deutscher Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund vor.

**Methode:** Es wurde eine non-direktive Fokusgruppendifkussion mit 30 Hausärzten und Hausärztinnen zu erzählgenerierender Eingangsfrage nach Erfahrungen mit Patienten mit Migrationshintergrund durchgeführt. Die inhaltsanalytische Auswertung wurde nach einem am Material entwickelten Kategoriensystem durch die drei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt und danach in einem Konsentierungsprozess bearbeitet.

**Ergebnisse:** Die gefundenen Hauptkategorien sind: 1. Kommunikation, 2. Eigen- und Fremdverständnis in Bezug auf Kultur und Krankheit, 3. Empathie und Verständnis, 4. Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut sowie 5. Verallgemeinerung, Diffamierung und Ausgrenzung. Die Teilnehmenden (TN) konstruierten ein „eigenes“ und ein „fremdes“ Verständnis von Kultur und Krankheit und setzten dabei ihr „eigenes“ als Norm. Bemühen um empathisches Verstehen der Patientengruppe kam partiell zum Ausdruck. Die TN fühlten sich gegenüber der Patientengruppe verunsichert und hilflos, was sich u.a. auch in Wut äußerte. Verallgemeinerungen, diskriminierendes und ausgrenzendes Verhalten wurden mehrfach deutlich und sind eine Ausdrucksart von Rassismus.

**Schlussfolgerungen:** Die TN zeigen trotz ihres bewussten Bemühens um Vermeidung rassistischen Denkens und Handelns dennoch Hinweise darauf. Dies muss in weiteren Forschungen untersucht werden. Gleichzeitig sollten Maßnahmen gegen Alltagsrassismus und strukturellen Rassismus in der Allgemeinmedizin durchgeführt werden, wie dies z.B. mit der Implementierung von Diversity-Programmen möglich ist.

### Abstract

**Background:** In spite of some research on immigrants in German Health Care there exists hardly any research on General Practitioners (GP) experiences with immigrants or with patients having a migration background.

**Methods:** A focus group with about 30 German family doctors was held, documented and transcribed. The authors performed independently a content analysis and developed inductively a categorical system in a consensus process.

**Results:** The categories found are: 1. Communication, 2. Concepts of culture and disease 3. Empathy and understanding, 4. Personal insecurity, helplessness and anger and 5. Generalising, defamiation and social exclusion. The participants (P) saw a major problem in verbal communication with their patients due to their presumed low level of German language. Ps constructed an “own”, a “self” and an “another” concept of culture and disease when reflecting on themselves and their migrant patients. A profound effort for an empathic understanding of patients from this group was expressed by some Ps. Ps did not report on own discriminating behaviour or racism. However they demonstrated such thinking, speaking and acting. A few participants could perceive differences and individuality within this patient group.

**Conclusions:** It could be shown that behind Ps effort for a non-discriminating approach to patients with a migration background, they presented an attitude of otherization, generalisation, essentialisation, prejudices, discrimination and racism. To overcome discrimination and racism in German General Medicine, it is necessary to develop and implement “equity and diversity approaches”.

## Hintergrund

▼  
 Deutschland hat eine vielfältige Bevölkerung. Die Menschen haben unterschiedliche sexuelle Präferenzen, unterschiedliche Weltanschauungen, unterschiedliche Herkunft, unterschiedliche Lebensstile. Die Vielfalt der Gesamtbevölkerung zeigt sich auch in der Vielfalt der Patienten in Hausarztpraxen. Ein Teil der Bevölkerung mit unterschiedlicher Herkunft wird „Bürger mit Migrationshintergrund“ genannt. Diese Bürger Deutschlands machen je nach Definition und Region zwischen 3 und 50% (oder mehr) der Bevölkerung aus. Sie leben seit Generationen oder erst seit Kurzem in Deutschland, haben einen deutschen oder anderen Pass und stellen einen großen Anteil an Patienten in deutschen Hausarztpraxen dar.

Im Sechsten Familienbericht der Bundesregierung wird festgestellt, dass der öffentliche Diskurs über Migranten und ihre Familien weiterhin durch „extreme Vereinfachungen geprägt“ ist [1]. Der aktuelle Bericht der Europäischen Kommission gegen Intoleranz und Rassismus (ECRI) [2] stellt fest, dass „rassistisch, ausländerfeindlich<sup>1</sup> und antisemitisch motivierte Gewalt aus der Sicht von ECRI weiterhin Anlass zur Sorge in Deutschland ist“ und ergänzt: „Angehörige äußerlich erkennbarer Minderheiten, besonders Schwarze<sup>2</sup> sind besonders gefährdet und besonders ernstesten Bekundungen von Rassismus ausgesetzt“.

Darum wurde in einem vorherigen Projekt die Frage untersucht, welche Erfahrungen Schwarze Patienten bei Hausärzten in Deutschland gemacht haben [3].

In vorliegender Arbeit wird die Frage bearbeitet, welche Einstellungen, Verhalten und Erfahrungen deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund haben und insbes. auch mit Schwarzen Patienten ohne oder mit Migrationshintergrund. Unseres Wissens nach gibt es bisher keine derartige Bearbeitung.

## Methoden

▼  
 Es sollten sowohl Einstellungen und Meinungen als auch das Erleben und Verhalten, also subjektive Erfahrungen in konkret erlebten Situationen von Hausärzten in Deutschland mit Patienten mit Migrationshintergrund und mit Schwarzen Patienten untersucht werden. Es ging nicht um numerische oder eine andere Art der quantitativen Erfassung von Daten, nicht um Überprüfung einer Hypothese, sondern es sollte Hypothesengenerierung ermöglicht werden. Dies ist mit qualitativen Methoden möglich. Es wurde die Form der Fokusgruppendifkussion (FG) gewählt. Die Begrifflichkeiten für die verschiedenen qualitativen Methoden der Sozialforschung, insbesondere für „Fokusgruppe“ und „Gruppendiskussion“, sind meisten nicht eindeutig abgegrenzt und eigentlich auch nicht immer eindeutig abgrenzbar. „Hinsichtlich der Terminologie existiert keine Einigkeit und Einheitlichkeit in den Vorstellungsinhalten, die mit dem Begriff Gruppendiskussion assoziiert werden – ähnlich wie bei der methodischen Einordnung“ und weiter „focus group“ ist die wohl gebräuchlichste englische Bezeichnung für Gruppendiskussion“

<sup>1</sup>Auch ECRI gebraucht den Begriff „ausländerfeindlich“ an dieser Stelle deutlich als Surrogat für Rassismus, da Weiße mit Pässen aus der Schweiz, den USA, England, Schweden usw. nicht „ausländerfeindlicher“ Gewalt ausgesetzt sind.

<sup>2</sup>„Schwarze“ steht hier nicht für die „schwarz“ als Farbe, sondern als gesellschaftlich-politischer Begriff, der Selbstbezeichnung von „Schwarzen Deutschen“ entspricht und daher mit großem Anfangsbuchstaben geschrieben wird.

[6]. Die Begriffe werden z.T. in identischem Sinn gebraucht, z.T. auch relativ scharf insbesondere in den Verfahrensweisen, voneinander abgegrenzt [4]. Auf diesem Hintergrund muss gesagt werden, dass Autor und Autorinnen nach ihrer Sicht eher eine Fokusgruppe als eine Gruppendiskussion durchführten: Die Frage war thematisch eingeeengt, wenn auch so offen, dass sie non-direktiv blieb und erzählgenerierend wirken konnte. „Die Erfahrungen, die man als Arzt mit Patienten mit Migrationshintergrund gemacht hat standen von Beginn an im Fokus [5]“. Auch sollten Hypothesen generiert werden, was in Anlehnung an Bohnsack das ist, worauf Fokusgruppen im Wesentlichen reduziert werden [6].

Die TN der im August 2006 durchgeführten FG waren 30 Lehrbeauftragte Hausärzte, die sich aus Lehrbeauftragten der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf rekrutierten. Alle Lehrbeauftragten werden regelmäßig zu 4- bis 8-wöchigen Fortbildungsveranstaltungen von der Abteilung eingeladen, so auch für den Tag der Fokusgruppendifkussion. Wer und wie viele von den eingeladenen Lehrbeauftragten dann teilnehmen, ist vorher nicht bekannt.

Die ca. 90 min dauernde FG wurde von einer den TN bekannten, in der Moderation von Fokusgruppendifkussionen geschulten und erfahrenen Psychologin durchgeführt. Sie eröffnete nach kurzer Darstellung des Hintergrundes die Diskussion mit der erzählgenerierenden Eingangsfrage: „Welche Erfahrungen, Erlebnisse und Eindrücke hatten Sie beim Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund?“ und ergänzte, dass insbesondere auf dem Hintergrund einer zuvor durchgeführten FG mit Schwarzen Patienten diese Patientengruppen von besonderem Interesse sei [3]. Die Diskussion selber führte sie entsprechend dem Diskussionsleitfaden non-direktiv und stellte eine Atmosphäre her, die die Selbstläufigkeit der Diskussion ermöglichte. Die Gruppe diskutierte dann selbstläufig ohne Unterbrechungen für ca. 75 min und wählte ihre Schwerpunkte innerhalb der Fragestellung selbst. Erst nach diesem Zeitraum fasste die Moderatorin die Diskussion zusammen und fragte nach, ob noch Fragen offengeblieben seien oder bis dahin unzureichend diskutiert worden waren.

Die Diskussionen wurden auf MD-Rekorder aufgezeichnet und vollständig auf einem mittleren Niveau der Detaillierung transkribiert [7]. Bei akustischen Unverständlichkeiten wurden diese unter Nutzung des Tondokuments von einer der beiden Beobachterinnen weitestgehend geklärt und textlich bearbeitet.

Die systematische Analyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse [8,9] indem die Kategorien induktiv, also offen und ohne vorher festgelegt worden zu sein, entsprechend einem „offenen explorativen Vorgehen“, schrittweise am Datenmaterial entwickelt wurden. In unabhängigen Auswertungen der drei Autoren und dann folgenden gemeinsamen Diskussionen entstand ein Kategoriensystem mit elf Kategorien, die unter fünf Hauptkategorien subsumiert und in weitere Unterkategorien unterteilt wurden. Die gefundenen Kategorien werden im Abschnitt Ergebnisse dargestellt.

Autor und Autorinnen haben sich entschlossen, in der Ergebnistext für den Leser auch einige Interpretationsmöglichkeiten aufzuführen bzw. Hintergrundserklärungen in Bezug auf die Gruppendiskussion anzuführen, um damit an der gerade „zitierten Stelle“ sogleich einen Deutungsprozess beim Leser in Gang zu setzen. Dies wird von Autoren Qualitativer Studien immer wieder – anders als bei Quantitativen Studien – als hilfreich erachtet.

## Ergebnisse

### Schwerpunktwahl

Die Eingangsfrage bezog sich auf Erfahrungen von Hausärzten mit Patienten mit Migrationshintergrund und auch auf Erfahrungen mit Schwarzen Patienten ohne oder mit Migrationshintergrund. Die TN diskutierten vor allem ihre Erfahrungen mit Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Nur einmal verwies ein TN darauf, dass das Thema sich auch auf Erfahrungen mit „auch Schwarzen Patienten“ bezog.

Dies kann mehrerlei bedeuten: Die TN begriffen Schwarze Patienten ausschließlich als Patienten mit Migrationshintergrund. Es kann auch bedeuten, dass sie mehr Erfahrungen mit Patienten mit Migrationshintergrund generell haben und auch eher darüber sprechen wollten als mit Schwarzen Patienten mit oder ohne Migrationshintergrund. Möglich wäre aber auch, dass die TN „Schwarze“ als zu „heikles Thema“ erlebten, es also eher wegen ihrer eventuell vorhandenen und dann zum Ausdruck kommenden rassistischen eigenen Einstellungen und Haltungen als ein für sie „bedrohliches Thema“ ansahen.

### Kategorien

Die fünf gefundenen Hauptkategorien sind: 1. Kommunikation, 2. Eigen- und Fremdverständnis in Bezug auf Kultur und Krankheit, 3. Empathie und Verständnis, 4. Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut sowie 5. Verallgemeinerung, Diffamierung und Ausgrenzung. Diese fünf Hauptkategorien sind aus elf Kategorien hervorgegangen (vgl. **Abb. 1**), die ihrerseits z. T. noch in Unterkategorien unterteilt wurden.

### Kommunikation Sprechen und Sprachen

Die TN nannten als Hauptbarriere für die Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund die nach ihrer Meinung vor allem unzureichenden deutschen Sprachkenntnisse der Patienten: „*Ich denke, dass das allergrößte Problem für die täglichen Arbeitsschritte, was ja eben schon herauskam, die Sprache ist. Das ist egal wo der nichtdeutschsprechende Patient herkommt*“ (Z 379–381). „*Das Hauptproblem ist für mich immer die Sprache*“ (Z 437–439). Bei der sprachlichen Kommunikation wurden speziell als Probleme die Vermittlung von Feinheiten des deutschsprachlichen Ausdrucks benannt (Z 413–429), die Übermittlung

der Sprache durch Sprachvermittler (Z 510–519) oder durch Familienangehörige (Z 521–555) und die Genderfrage (Z 160–165). Auch wurde die Vielfalt an Sprachen als Problem benannt, was gerade in Landarztpraxen, wo keine Möglichkeit besteht zu einem anderen Arzt zu gehen, Schwierigkeiten bei der Kommunikation hervorrufen kann (Z 445–450). Die TN berichteten von Erleichterung bei der Arbeit durch Sprachvermittlung von bi- oder multi-sprachlichen Kollegen und Kolleginnen und/oder Arzthelfer und Arzthelferinnen (Z 385–390). Ein TN bevorzugte explizit die persönliche direkte Kommunikation ohne Sprachvermittler mit dem Patienten – auch wenn dadurch die verbale Kommunikation schlechter war, die Verständigung mit dem Patienten insgesamt aber besser. Einige TN bedauerten auch ihre eigenen unzureichenden Kenntnisse in anderen Sprachen als Deutsch (Z 394–395).

Auffallend war, dass die Bedeutung des Sprechens für die Allgemeinmedizin – „Allgemeinmedizin ist eine sprechende Medizin“ – von den TN so interpretiert wurde, dass der Arzt spricht, dass der Arzt was zu sagen hat: „*Und nachdem gerade wir Hausärzte ja wissen, dass wir sprechen müssen. Wir vertreten ja diese sprechende Medizin, ist das das Hauptproblem* (die Sprache)... *Wenn ich nicht sprechen kann, wenn ich mich nicht verständigen kann, dann kriege ich weniger ###* (### steht für Unverständlichkeit im Tondokument) *Patienten bei mir in der Praxis*“ (Z 392–397). Vergessen wurde dabei, dass Patienten meistens etwas mitzuteilen haben. Erfahrungen mit professionellen Sprachvermittlern wurden nicht erwähnt, vermutlich, weil keine damit vorlagen.

### Deutsche und andere Sprachen: z. B. Plattdeutsch und Ghetto-sprache

Ein TN, der in Niedersachsen auf dem Lande gearbeitet hat, beschrieb dort die sprachliche Situation so: „*Da gab es Sprachbarrieren...*“ (Z 1991) und berichtet auch von anderen Barrieren (s. auch unter Kulturverständnis). Bekanntlich wird in Niedersachsen auf dem Land Plattdeutsch gesprochen, was der Kollege anfänglich offensichtlich kaum verstand und kaum sprechen konnte und ihm fremd war, für ihn also eine Fremdsprache darstellte.

Bei den TN herrschte kein Dissens, dass ihnen eine „Ghetto-sprache“ Schwierigkeiten bereitet. Darunter verstanden sie eine bestimmte Tonlage- und -art sowie eine Sprechart verbunden mit einer bestimmten Körperhaltung, wie sie besonders von männlichen Jugendlichen benutzt würde. Sie betonten einerseits, dass es ihnen egal sei, aus welchem Land diese Art von Jugendlichen kämen und andererseits erwähnten sie aber, dass diese Art der Ghetto-sprache bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorkäme und kein TN erwähnte das Vorkommen dieser „Ghetto-sprache“ bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

Ein TN, der auf dem Land praktiziert und bei dem die Patienten aufgrund der räumlichen Lage darauf angewiesen sind, ihn als Hausarzt zu konsultieren, beschrieb dies wie im Folgenden dargestellt und bezeichnete männliche Jugendlichen mit „Ghetto-sprache“ zusätzlich als „Django“, bzw. „Django Asyl“: „*Ich habe dann mal überlegt, welches ist die Gruppe, wo ich persönlich eine Abneigung gegen habe. Und das hat nichts mit der Hautfarbe zu tun, mit dem Geschlecht oder der Religion oder mit der Sprache, die die Leute sprechen, die man nicht verstehen kann. Sondern meine persönliche Aggression beginnt immer dann, wenn ein Patient ins Sprechzimmer kommt, der diese, ich nenne es mal die neuere Ghetto-sprache drauf hat. Die neue Ghetto-sprache ist das Beispiel, wenn Django Asyl einen Türken darstellt. Dann verändert der die Körperhaltung, dann verändert der die Tonlage, dann verändert der*

N°	Hauptkategorie	Kategorie
1	Kommunikation	Sprechen und Sprachen
		Non-verbale Kommunikation
2	Eigen- und Fremdverständnis in Bezug auf Kultur und Krankheit	Kulturverständnis
		Krankheitsverständnis
3	Empathie und Verständnis	Einfühlungsvermögen
4	Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut	Verunsicherung
		Hilflosigkeit
		Wut
5	Verallgemeinerung, Diffamierung, Ausgrenzung	Verallgemeinerung
		Diffamierung
		Ausgrenzung

**Abb. 1** Categoriesystem der im Text beschriebenen Kategorien.

die Art zu sprechen. Und diese Art zu sprechen wird also von einer ganz bestimmten Art und zwar von einer ganz bestimmten Gruppe und zwar von Jugendlichen voll übernommen. Das ist völlig egal, ob die aus dem Kosovo kommen, ob die aus, äh, der Türkei kommen, ob die aus Russland kommen. Dagegen habe ich wirklich, äh, ich möchte fast sagen, eine Aggression“ (Z 456–468). Die Aggressionen, die er entwickelt, erschrecken ihn selber: „Und deshalb, äh, ich habe gerade mich schon ziemlich erschreckt, als ich das festgestellt habe. Aber das hat nichts mit der Hautfarbe, dem Geschlecht oder der Religion zu tun, sondern einfach mit bestimmten Strukturen, die sich entwickeln“ (Z 468–471).

Ein anderer TN ergänzte: „Also wie der Kollege sagt: Ich habe Türken hier, die kommen hier rein, die kommen rein mit einem frechen Ton“ (Z 779–780). Und weiter: „Das ist eine ganz eigenartige Entwicklung. Das hat nichts mit der Religion und nichts mit der Herkunft zu tun. Das gibt es überall in der Gesellschaft. Insofern ### welche Tonart“ (Z 792–802).

Die Bezeichnung „Django Asyl“ für männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund stellt eine diskriminierende und herabwürdigende Zuschreibung her, beinhaltet eine diffamierende Konnotation, die der TN selber auch als solche wahrnimmt und sich über seine eigene Anschauung erschrickt.

### Eigen- und Fremdverständnis zu Kultur und Krankheit

Den meisten Hausärzten schien klar zu sein, wer „der Andere“, „der Fremde“ ist, wer „fremdartig aussieht“, ohne dies jedoch genauer beschreiben zu können, weil es eben auch nicht zu beschreiben ist. Und trotzdem schien es den TN klar zu sein, wer „fremdartig“ ist: „Man registriert es mal, da ist jemand anders, egal, aus welcher anderen Nationalität der jetzt kommt“ (Z 1511–1515). „Die zunächst mal fremdartig aussehen oder so, äh, die Praxis betreten...“ (Z 209). Auch „ausländische Männer“ kam als Fremdzuschreibung vor und damit hatte der TN wohl kaum Weiße mit Pässen aus z. B. Schweden, Österreich, der Schweiz oder aus den USA gemeint.

### Kulturverständnis der TN

Da fast alle TN von klaren Grenzen zwischen „Eigen- und Fremdverständnis“ ausgingen, gingen sie auch überwiegend davon aus, dass Patienten mit Migrationshintergrund ein vollkommen anderes Kultur- und Krankheitsverständnis als sie selber haben. Sie setzten so ihr eigenes Verständnis als Norm ohne dieses zu erwähnen, bzw. zu markieren. Benannt und markiert wurde das der „Anderen“. Die Individualität von Patienten mit Migrationshintergrund, deren sozialer Status in der Vergangenheit (oft im Herkunftsland) und in der Gegenwart (oft in Deutschland) wurde nur von wenigen TN reflektiert. Die meisten betonten „kulturelle Barrieren“ und vermuteten diese beim Patienten und nicht bei sich selber: „Ich wusste jetzt nicht, wo kulturelle Barrieren, sondern wo sind auch krankheitsbedingte Barrieren. Sie wirkte auch sehr verschlossen...“ (Z 142–144).

Einem TN fiel es z. B. schwer, die „Kulturdifferenz mit dem türkischen Raum zu tolerieren“ und konstruierte das „Eigene“ und „Fremde“, indem er den von ihm konstruierten Anderen unterstellt, dass sie an „ihre Kultur“, „gewöhnnt“ sind und die „Differenz“ von „den Anderen“ ausgeht: „Für diese, diese Kulturdifferenzen besonders aus dem türkischen Raum, das ist wirklich, das wird absichtlich so hoch gehalten. Ich kann, ich kann das einfach nicht tolerieren... Ich glaube, das tut so weh, weil sie an die Kultur gewöhnt sind“ (Z 993–1000). Er bedenkt dabei nicht, dass auch er selber an „seine Kultur“ „gewöhnnt“ ist und diese hoch hält

und die „Differenz“ auch von „seiner Kultur“ ausgeht und setzt so seine Kultur als „Norm“.

Ein anderer TN berichtete von seinen Überlegungen bei einem Schwarzen Patienten, der trotz nicht zu belastenden Gehgipses diesen in kurzer Zeit durchgelaufen hatte: „Und ich ersten Moment ###, ##, wo ich denke: Ja, das ist ein kultureller Unterschied“ (Z 487–488). Er fragt sich danach aber weiter und versucht, auch die Individualität des Patienten zu berücksichtigen: „...was ist tatsächlich ein anderer kultureller background, wie er groß geworden ist, wie er aufgewachsen ist, wie ist, die sozusagen zum Übergang ###, was er einfach erlebt hat, tatsächlich miterlebt hat. Was er dann auch in sein eigenes Leben einbringt und dann auch in die Praxis mitbringt“ (Z 488–89).

Die meisten TN betonten ein statisches, adynamisches Kulturverständnis und gingen nicht von einem prozesshaften, wandelbaren aus. Auch gingen die meisten TN von einer einheitlichen Kultur sowohl in Deutschland als auch in der Türkei aus. Die soziale Schichtzugehörigkeit und Bildung als wichtiges „Kulturmerkmal“ wurden kaum erwähnt.

Von diesem homogenen Kulturverständnis unterschieden sich nur zwei TN. Einer konnte den Kulturbegriff relativieren, indem er mit Humor und innerer Distanz sich selbst innerhalb Deutschlands als „Fremder“ beschrieb. Er berichtete von seinen Fremdheitserfahrungen, als er in einem anderen Bundesland als seinem Herkunftsbundesland tätig war. Er beschrieb sehr anschaulich die Konstruktion des „Fremden“, des „Anderen“: „Aber ich war selber mal Ausländer als Arzt. Und zwar hatte ich halt früher eine Praxis in Niedersachsen auf dem Lande. Und da gab es Sprachbarrieren, da gab es eine Barriere, die das Aussehen betraf und Stigmata. Jeder kannte mich, ich kannte niemanden“ (Z 186–192).

Ein anderer TN demonstrierte ebenfalls sein kulturell relativierendes Verständnis. Er berichtete von seinen Erfahrungen mit „türkischen Deutschen“, von Schweinebauern in einem deutschen Bergdorf, die einen ebenso „runden“, einen engen Horizont haben wie manche Dorfbauern in Ost-Anatolien und den einfachen Verständigungsmöglichkeiten mit einem Intellektuellen aus Istanbul: „Es gibt auch deutsche Patienten, die überhaupt keine compliance zeigen ###. weil ## oder halt ###. Es gibt „deutsche Türken“, äh, wirklich. Ich denke, das ist eher natürlich dieses Compliance-Problem, dass hat mit der Sprache wenig zu tun. Das ist ein Verständnisproblem. Es gibt einen Akademiker aus Istanbul, der kann kein deutsch, den kann man hinführen. Und es gibt einen Dorftürken, der hat einen runden Horizont, dem können, dem können sie nicht mal ###. Das, das versteht der nicht, der hat kein Verständnis. Dem können sie wirklich nichts beibringen. Und das ist wirklich schon sehr schwer. Aus, aus, aus einem Bergdorf; die Deutschen, die nur mit Schweinen zu tun haben, ja, die haben Grundschulabschluss. Ich habe auch gearbeitet auf dem Land. Was weiß ich. Also wirklich, ich habe gesehen, die Armut, die verstehen # nur sehr gut. Also Viehzucht verstehen die super, aber Therapie... ###“ (Z 752–770).

Außerdem drückten die TN ein lineares Entwicklungskonzept der menschlichen Gesellschaft aus, an dessen oberster Stufe sie selber stehen und „die Anderen“ darunter, die erst noch werden müssen wie sie selber: „...Wir sind freie Menschen geworden. Für uns ist das selbstverständlich. Aber für Menschen, die in der anderen Kultur aufgewachsen sind und erzogen sind, vielleicht empfinden die das anders als wird. Wenn sie dann so mündig werden wie wir...“ (Z 1048–1051). Damit wird unterstellt, dass die eigene Gruppe „mündig“ sei und „die Anderen“ „unmündig“ seien, wobei „Mündigsein“, also die eigene Position positive Assoziationen



hervorrufen (positive Konnotation) und „Unmündigsein“ und die den „Anderen“ zugeschriebene Position eine abwertende Konnotation aufweist. Diese Art der Konnotation ist eines der Charakteristika von Rassismus.

### Von den TN vermutetes Krankheitsverständnis der Patienten mit Migrationshintergrund

Die TN gingen davon aus, dass sie dem westlichen oder sogenannten „ganzheitlichen“ Krankheitsverständnis folgen (z. B. Z 335) und Patienten mit Migrationshintergrund einem anderem: entweder einem rein organbezogenen oder einem „ganz anderen“ oder sie wiesen ihnen ein „länderbezogenes“ Krankheitsverständnis zu wie z. B. ein „türkisches“. Das Krankheitsverständnis in Deutschland sei eben grundsätzlich ein ganz anderes als bei Menschen mit Migrationshintergrund aus dem Iran, Irak, aus Anatolien (Z 807–809) oder Russland.

Das organbezogene Krankheitsverständnis der „Anderen“ wurde u. a. mit folgendem Beispiel illustriert: *„...weil die Russen offenbar eine unheimlich separierte oder Einzelorgandiagnostik und -untersuchung machen. Wo ich das damals gehört habe, äh, das war so #, ich weiß nicht, ob das immer noch stimmt, nur wenn wir russische Patienten haben, dann denke ich immer, #, also wenn die rechts sagen, ist es die Leber und, äh, wenn die links sagen, ist es die Milz und es ist nie der ganze Mensch. Ähm, das ist so ein Phänomen, was auch sehr viele Russen, die sehr gut Deutsch sprechen“ (Z 335–341).*

Das vermutete „andere“ Krankheitsverständnis wurde auch spannend und interessant beschrieben: *„Ähm, weil es ansonsten auch andere Krankheitskonzepte gibt. ##. Und, ähm, das ist ja auch spannend und interessant, da, äh, was heraus zu kriegen, äh, und da wirklich zu fragen, ob da der Schlüssel wäre oder ob es da irgendwelche Hinweise gibt, dass da, äh Krankheiten ganz anders, ja, gesehen werden“ (Z 603–609).*

Ebenso sei das Schmerzverständnis in anderen als der christlichen Religion grundsätzlich unterschiedlich: *„Wie ist das Schmerzverständnis in verschiedenen Religionen? Also, wo ist der Unterschied bei Muslimen, bei Hinduisten, bei Buddhisten, ähm. Wenn die chronische Schmerzen haben und palliativer Behandlung bedürfen – nach unserer Vorstellung, wo man, gibt es da, wo gibt es da Grenzen, die wir eigentlich sehr ernst nehmen müssen?“ (Z 1237–1241).* Dass es kein einheitliches Schmerzverständnis bei Christen gibt, ebenso wenig wie bei Muslimen oder Menschen anderer Religionen wird offenkundig, wenn man sich z. B. das vermutete Schmerzverständnis eines römisch-katholischen Bauern in Oberbayern, einer lutheranisch-protestantischen Arbeiterin in Berlin, einer katholischen Linguistikprofessorin in Manila oder Bahia oder auch eines christlich-fundamentalistischen Medizinprofessors in Dallas vorstellt.

### Empathie und Verständnis

Das Bemühen um Empathie und Verständnis kam bei mehreren Teilnehmern zum Ausdruck. Einige TN betonten ihr Bemühen um Mitgefühl und Solidarität, indem sie einerseits auf die Konstruktion von „Fremden“, von „Anderen“ verwiesen und dabei sowohl das scheinbar „Eigene“ als „fremd“ beschrieben wie in dem bereits erwähnten Beispiel der neuen Praxis eines Kollegen in Niedersachsen (Z 186–187), als auch das „Fremde“ als Nah und vertraut wie in dem Beispiel der Verständigung mit einem Intellektuellen aus Istanbul.

Ein TN beschrieb sehr anschaulich sein Bemühen um Verständigung, in dem er einen Wortfetzen in der Muttersprache des Patienten äußert, woraufhin der Patient mit einem Lächeln als

Zeichen des Dankes um die Bemühung des Arztes um Verständigung antwortet: *„Es gibt doch so was wie, äh, Empathie trotz der Befunde ##, natürlich. Und, wenn, also es gibt dann auch so Gesten, zum Beispiel, dass ich, wenn ich ein Wortfetzen aus dem Heimatland des Patienten kenne und ich ihm das einfach in den Raum werfe und dann so was wie ein Lächeln durch den Raum schwirrt und dann meine ich kurz, er hat das verstanden“ (Z 273–276).*

### Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut

Auffallend war die von den TN häufig geäußerte Unsicherheit, Hilflosigkeit und auch Wut beim Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund. Die Unsicherheit der TN bezog sich vor allem auf die Unsicherheit bei der Diagnosenstellung (z. B. Z 294–300), bei der Sprache und bei der „interkulturellen Kommunikation“. Bei der Diagnosenstellung kam noch die Angst dazu, Fehler zu machen und die angstbesetzte Erfindung von neuen Diagnosen, die (bisher) nicht im ICD 10 Schlüssel aufgeführt sind: *„Unsere Bandbreite geht von übertriebener Vorsicht, ich möchte jetzt bloß keinen Fehler machen, bis dahin, dass man die Ohren auf Durchzug stellt, so nach dem Motto: ich kann sowie so nicht kapieren, was auf diesem kulturellem Hintergrund, was der mir eigentlich sagen will. So zum Beispiel habe ich in meiner Kartei so eine Diagnose „Heimatsyndrom“ oder „Ganzkörper-schmerz“ oder so was...“ (Z 213–218).*

Ein anderer TN ergänzt: *„Und der Patient hat Ganzkörper-schmerz. Der Patient. Ja. Ja. ## und die hat Depressionen... Und sie (Anmerkung der Autoren: die Ärzte) haben eine Diagnose gestellt. Gilt die auch für sie?“ (die Patientin) (Z 254–262).* Der zuletzt zitierte TN hat seine Verunsicherung, seine Hilflosigkeit dadurch eingrenzen können, indem er dem beschriebenen Beschwerdebild eine ICD-konforme und damit scheinbar eindeutige medizinische Diagnose zukommen ließ.

Wut und Aggression wurde von den TN verdeckt oder auch offen geäußert: *„Und das deutet auch an, dass ich manchmal wütend bin auf Leute, die ich nicht verstehe“ (Z 222–223).* Und der TN fährt nach einer Rückfrage der Moderatorin fort: *„...Dass ich dann sage, da ist so ein großes Problem oder da ist ein Problem so gewaltig (sic!), dass ich als Arzt das überhaupt nicht bearbeiten kann. Ich fühle mich dann schnell überfordert. Sagen wir mal so. Wenn ich überfordert bin, werde ich immer wütend. Und da bin ich, unterscheide ich mich überhaupt nicht von anderen Menschen“ (Z 238–242).* Ein TN fragt sich z. B.: *„Soll ich da Toleranz entwickeln oder soll ich aggressiv werden?“ (Z 1277–1278).*

### Verallgemeinerung, Diffamierung und Ausgrenzung

Trotz des bereits erwähnten Bemühens um Empathie und Verständigung kamen Gedanken und Darstellungen von Verallgemeinerung, Diffamierungen und sogar von Ausgrenzung, und Herabwürdigungen deutlich zum Ausdruck, wobei die Übergänge zwischen diesen Kategorien fließend waren.

### Verallgemeinerung

Verallgemeinerungen in Bezug auf Patienten mit Migrationshintergrund kamen häufig vor, Vermutung oder gar Wahrnehmung von individuellen Charakteristika hingegen kaum. Den TN fiel es außerdem schwer, Patienten nach ihren individuellen Hintergründen und/oder ihren Einstellungen zu fragen. Ein TN vermutete z. B. dass ein Patient aus einem frankophonen Land in Afrika käme, obwohl das von ihm beschriebene Herkunftsland des Patienten (Sierra Leone) eine ehemalige britische Kolonie ist und so bis heute als ein anglophones Land gilt. Er hat sich offensicht-

lich nicht ausreichend mit dem individuellen Hintergrund des Patienten befasst und ihn weder nach seinen Muttersprachen noch nach der europäischen Verwaltungssprache in seinem Herkunftsland gefragt. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient – aus welchen Gründen auch immer – eine erfundene Individualgeschichte präsentiert hat und darum die Verwirrung über seinen sprachlichen Hintergrund entstanden ist.

Eine Verallgemeinerung bestand z. B. auch darin, zu behaupten, dass „ausländische Männer“ Ärztinnen nicht als kompetent ansehen würden: *„Wir sind eine Praxis mit einem Männchen und drei Ärztinnen und es kommt jetzt des Öfteren vor, dass, dass die drei Frauen dann nicht als kompetent angesehen werden. Das sind dann oft ausländische Männer, die so dann reagieren... ##umzu-gehen, um ### zu sein“* (Z 899–901). Es bleibt offen, wer mit „ausländischen Männern“ gemeint war und wieso diese phantasierte Gruppe Ärztinnen nicht als kompetent ansehen würde. Das in manchen Ländern oder Religionen von den TN vermutete einheitliche Kultur- und Krankheitsverständnis, bzw. Schmerzempfinden stellt ebenfalls eine grobe Pauschalisierung dar und wurde bereits weiter oben beschrieben. Auch die Aussage, *„dass Mütter mit Migrationshintergrund nicht unbedingt was dafür können“* (Z 970–971), stellt eine Pauschalisierung dar und spricht dieser Gruppe die Eigenverantwortung ab (sie „können nicht dafür“) und stellt sie somit als nicht verantwortlich für ihre Handlungen dar.

### Diffamierung

Einige wenige TN benutzten direkt diffamierende Ausdrücke, ohne dass andere TN diese Ausdrucksweise kritisierten. Die bereits erwähnte Bezeichnung „Django Asyl“ fällt ebenso darunter wie dass ein TN erwähnte, dass die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund oft im „Pulk“<sup>3</sup> kämen: *„Die türkischen Patienten, die fallen in der Praxis immer auf, da die nie alleine kommen. Das ist dann ein großer Pulk“* (Z 315–316).

Mehrere TN benutzten den Begriff „Zwangsehe“ (z. B. Z 1066). Dieser Begriff impliziert im deutschen Sprachgebrauch die fehlende Möglichkeit zu Denk- und Handlungsfähigkeit und -alternativen von Frauen, was nie der Realität entspricht. Die Vorstellung, dass junge Frauen keinerlei Einfluss auf eine von den Eltern geplante Eheschließung hätten (Z 977–986), spricht diesen Frauen eigene Entscheidungsmöglichkeit und Einflussnahme auf ihr Leben ab. Von „arrangierten Ehen“ sprachen die TN nicht.

Die Aussage z. B., dass *„diese Kulturdifferenz aus dem türkischen Raum absichtlich so hoch gehalten wird“* (Z 994–995), ist in mehrfacher Hinsicht pauschalisierend und diffamierend: Erstens wird impliziert, dass es einen in sich homogenen, einen einzigartigen „türkischen Raum“, einen „türkischen Kulturraum“ gäbe. Die Differenzierung nach Regionen, nach Großstadt, Stadt und Land, nach sozialer Herkunft, nach gegenwärtigem sozialem Status, nach Bildung, nach Religion, nach konkreter Lebenssituation wird nicht jeweils individuell oder wenigstens kleinräumlich oder auf Subgruppen bezogen. Die Differenzierung wird aber selbstverständlich für Deutschland in Anspruch genommen, wo

sich „deutsche Hausärzte“ z. B. von anderen Berufsgruppen klar abgrenzen. Wie ein anderer TN richtig bemerkte, bestehen ebenso selbstverständlich erhebliche Unterschiede zwischen türkischen, laizistisch eingestellten Intellektuellen aus Istanbul und einer Bäuerin aus einem kleinen Dorf in Ost-Anatolien wie zwischen atheistischen Intellektuellen aus Berlin und streng römisch-katholischen Landfrauen in Münster, Südbayern oder dem Rheinland. Das Vorhandensein von individuellen Lebensläufen im „türkischen Kulturraum“ wurde in dem obigen Zitat ebenso ignoriert wie das Entstehen und Vorhandensein von neuen Kulturen, von multi- und transkulturellen Räumen, obwohl dies in allen Ländern gegenwärtiger Realität entspricht. Zweitens wird behauptet, dass es eine allgemeine Kulturdifferenz zwischen dem „türkischen Raum“ und einem nicht benannten „Anderen Raum“ gäbe, der vermutlich als „deutscher“ gedacht wurde und dass diese sich klar voneinander unterscheiden ließen. Drittens wird impliziert, dass die „Kulturdifferenz“ vom „türkischen Raum“ ausgehe. Die „eigene Kultur“ wird wie selbstverständlich vorhanden vorausgesetzt, also als „Norm“ gesetzt und so nicht markiert, ganz zu schweigen von dem mitgedachten und historisch belasteten Begriff des „Kulturraumes“, während die „Andere Kultur“, hier der „türkische Kulturraum“ markiert und als Ursache für die Differenz begriffen wird.

### Ausgrenzung

Ein TN gab ein Beispiel einer physischen Ausgrenzung, indem er darüber berichtete, dass er eine Patientin mit Migrationshintergrund weggeschickt hat, weil er sie nur behandeln würde, wenn sie eine andere Person mitbrächte, die besser deutsch spräche als sie selber. Er forderte dies von der Patientin, obwohl er genau beschreiben konnte, d. h. er verstanden hatte, was die Patientin von ihm erwartete. Das bedeutet aber faktisch, dass die Patientin als Person und mit ihrem Anliegen vom Arzt nicht angenommen wurde und der Arzt auch kein Versuch um Verständigung von ihrem Anliegen unternommen hatte, zumal der TN seine türkisch sprechende Arzthelferin um sprachliche Unterstützung hätte bitten können: *„Also gestern kam eine Patientin in die Sprechstunde, äh, eine Türkin, die den Hausarzt wechseln wollte. Ähm, sie kam alleine und wusste, dass wir eine Arzthelferin haben, die auch Türkisch spricht. Ähm, sie sprach fast kein Wort Deutsch..... und ersuchte jetzt um hausärztliche <leichtes Schmunzeln> Begleitung..... sie wollte von mir, ähm, zwei Medikamente aufgeschrieben haben. Also Furadantin und Fosamax-Alendronsäure, weil die nimmt sie einmal die Woche ein und fühlt sich gut damit“* (Z 82–94). Und er fährt nach weiteren Ausführungen fort: *„Also ich schick die dann weg und mach einen kurzen Termin und sage: Bringen Sie eine Verwandte mit, eine Frau oder wegen mir einen Mann und dann kriegen Sie eine neuen Termin, denn da muss eben die Sprache auch stimmen. Denn wir wissen ja nicht, weshalb ein Mittel gegen Osteoporose, Alendronsäure, was ### getan werden, sinnvoll wäre, was ja auch nach drei Monaten, äh, ## Schmerzen lindern kann“* (Z 169–173).

Die Ausgrenzungstendenz kam am deutlichsten in Bezug auf die wenig thematisierten Erfahrungen mit Schwarzen Patienten zum Ausdruck: Ein TN berichtete z. B. von seinen Erfahrungen und Schwierigkeiten beim Umgang mit Schwarzen Patienten mit Migrationshintergrund aus einem afrikanischen Land: *„Ich neige dazu, dies oder jenes anders zu machen... als bei meinen eigenen Patienten“* (Z 305–306). Dies bedeutet, dass er Schwarze Patienten nicht als „seine“ begreift, obwohl sie sich an ihn wenden, sich von ihm behandeln lassen wollen und er sie auch behandelt.

<sup>3</sup>Der „Pulk“ ist eine zusammengehörige Gruppe von Fahrzeugen, in älterer Bedeutung auch Truppenteil und ist entlehnt aus dem polnischen „półk“ und russischen „polk“ für „Heer, Truppe, Schar“. Auffallend ist vor allem, dass diese Bezeichnung kaum auf eine Gruppe von weißen, blonden, blauäugigen Personen angewandt werden würde, wenn diese gemeinsam eine Einrichtung aufsuchen und in dem gebrauchten Zusammenhang eine diffamierende, herabwürdigende Konnotation aufweist [10].

Auch fiel es den TN schwer, Deutschland als Heimatland von Patienten mit Migrationshintergrund zu akzeptieren, die hier geboren und aufgewachsen sind. Das Geburtsland der Eltern oder Großeltern wird auch als das Heimatland der sogenannten zweiten oder dritten Generation fantasiert: „Wenn das („das Mädchen“) auf einmal in die Heimat geschickt wird zum Heiraten gegen den Willen“ (Z 1014–1016). „Das Mädchen“ ist vermutlich in Deutschland aufgewachsen, hat einen deutschen Pass und seine Heimat ist Deutschland. Sie lebt also bereits in ihrem Heimatland, nämlich in Deutschland, und falls sie in die Türkei geschickt werden sollte, würde sie in das ihr fremde Land ihrer Vorfahren geschickt werden.

### Limitationen

Die Studie hat vor allem drei Limitationen: die Beschränkung auf Lehrbeauftragte Hausärzte der Universität Düsseldorf, die relativ hohe Anzahl an TN und die fehlende Zuordnung der Aussagen zu Einzelpersonen.

Die Beschränkung auf Lehrbeauftragte stellt eine Selektion an Hausärzten dar, wobei davon ausgegangen wird, dass diese besonders lehr- und lernbereit sind und eher neueren auch psychosozialen Ansätzen aufgeschlossener gegenüberstehen als der Durchschnitt der Hausärzte.

Die relativ hohe Anzahl an TN stellt ebenfalls eine Limitation der Studie dar. Dadurch hätte die Herstellung einer vertiefenden und selbstläufigen Diskussion erschwert sein können. Die Beobachterinnen hatten allerdings den Eindruck, dass die Selbstläufigkeit und eine vertiefende Diskussion dennoch geschehen ist, da die TN sich untereinander z. T. schon seit Jahren kannten und so miteinander sprachen, wie sie sich auch außerhalb einer FG unterhalten würden und die Moderatorin sehr geübt in der Herstellung einer erzählgenerierenden Atmosphäre ist und so auch eine solche Atmosphäre herstellen konnte.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Zuordnung der einzelnen Sprecher zu den Zeilen vom Sprachton bei 30 Personen nicht immer möglich war. Der Text selbst, als auch gesichert über erneutes Anhören, lässt aber ausschließen, dass immer nur die gleichen Personen zitiert sind.

### Schlussfolgerungen

Für die TN stand bei der Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund die Bedeutung von guten deutschen Sprachkenntnissen eindeutig im Vordergrund. Außerdem schrieben sie dem Kultur- und Krankheitsverständnis eine wichtige Bedeutung für die Kommunikation zu, wobei sie ihr eigenes als selbstverständlich, als Norm setzten.

Das Bemühen um Empathie und Verständigung kam zum Ausdruck und war verbunden mit dem Bemühen um Vermeidung von rassistischen Äußerungen oder Haltungen. Dem entgegen stand die Tendenz zum Gebrauch von herabwürdigender und abwertender Wortwahl, von Verallgemeinerung, Diffamierung, Herabwürdigung und Ausgrenzung in Bezug auf die ausgewählte Patientengruppe. Dies drückte sich vor allem über Bedeutungszuschreibung und geweckten Assoziationen bei der Wortwahl (Signifikation, Konnotation und Semantik), Stellung und Gefüge der Wörter im Satz (Syntax) und Sinnzusammenhang sowie durch verallgemeinernde und z. T. herabwürdigende Wahrnehmung und Darstellung, was den TN nicht bewusst sein dürfte

[11]. Auffallend und entgegen den Erwartungen der AutorInnen war die Betonung der TN von ihrer eigenen Hilflosigkeit, Wut und Aggression beim Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund in ihren Hausarztpraxen, insbesondere dann, wenn man in der interpersonellen Kommunikation den eigenen Ansprüchen nicht gerecht geworden war.

Diese zum Ausdruck gekommenen Tendenzen haben für die betroffenen Patienten, aber auch – wie zu sehen war – für die Ärzte Folgen und Auswirkungen. Wenn man nicht über diese Tendenzen spricht, sie nicht zur Kenntnis nimmt und/oder sich Gedanken macht und Wege sucht zur Veränderung, wird es kaum zur Verbesserung der Versorgung der vielfältigen Patienten kommen und die Hausärzte werden mit ihrer Hilflosigkeit, Wut und Aggression alleine gelassen.

Anderer Länder haben mit dem „diversity-sensiblen Ansatz“ (bzw. mit Diversity-Programmen und Diversity-Management in der Medizin) einen Ansatz gefunden, der sich bemüht, der Vielfalt von menschlichen Lebens- und Ausdrucksmöglichkeiten gerecht zu werden. Zum Beispiel werden in England u. a. bereits bei der Personalrekrutierung und der Lehre in der Medizinerbildung solche Ansätze verstärkt berücksichtigt. Das Equal Opportunity Committee (EOC) der British Medical Association (BMA) hat seine diesbezüglichen Absichten, Ziele und Umsetzungen im Strategieplan für Chancengleichheit und Vielfalt für den Zeitraum 2007–2010 festgelegt [12].

Es wird Zeit, dass „diversity-sensible Ansätze“ auch in Deutschland in der Medizin diskutiert und implementiert werden. Sie stellen eine Chance dar, das gemeinsame Unbehagen im Umgang von Ärzten und „diverse“ Patienten miteinander zu reduzieren und können einen Beitrag zur Reduktion von Diskriminierungen und Rassismus im Alltag und in Institutionen leisten.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

### Literatur

- Sechster Familienbericht der Bundesregierung in Beck-Gernsheim E. Wir und die Anderen. Vom Blick der Deutschen auf Migranten und Minderheiten. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2004
- Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz, Dritter Bericht über Deutschland, verabschiedet am 5. Dezember 2005, Straßburg, den 8. Juni 2004: European Commission against Racism and Intolerance, Datum der Abfrage: 04.9.2008: [www.coe.int/t/e/human\\_rights/ecri/1-ecri/2-country-by-country\\_approach/germany/3e\\_rapport\\_Allemagne\\_allemand.pdf](http://www.coe.int/t/e/human_rights/ecri/1-ecri/2-country-by-country_approach/germany/3e_rapport_Allemagne_allemand.pdf):S. 6
- Gerlach H, Becker N, Fuchs A, et al. Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen 2008; 70: 47–52
- Lamneck S. Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 1998, 2. Auflage 2005: 26
- Merton RK, Kendall PL, in Christel Hopf und Elmar Weingarten, Hrsg. Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta; 1979, 2. Auflage 1984: 171
- Bohnsack R, in Flick Uwe, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt; 2000, 4. Auflage 2005: 372
- Dittmar N. Transkription. Ein Leitfaden für Studenten, Forscher und Laien. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2004; 236: 99–101
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse – ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt; 2000, 4. Auflage 2005: 468–475
- Flick U. Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Reinbek: Rowohlt; 2000; 212–215
- Kluge. Bearb. von Elmar Seebold, Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 24. durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter; 2002

- 11 Sow N. Deutschland Schwarz Weiß. Der alltägliche Rassismus. München: C. Bertelsmann Verlag; 2008
- 12 BMA. Equal Opportunities Committee Datum der Abfrage: 3. August 2008: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Hubequalopportunitiescommittee>, Zusammenfassung des Strategieplans: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/EOCSummary>

#### Zur Person

##### **Dr. Heli Gerlach,**

Jahrgang 1946 Fachärztin für Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin, Diplom in Tropenmedizin und Public Health.

Außer Tätigkeiten im deutschen Gesundheitswesen u. a. ca. 18 Jahre als Hausärztin, seit 1976 Leben und Arbeiten mit Schwarzen Deutschen und Afrikaner und Afrikanerinnen vor allem in Ost- und Zentralafrika und in Deutschland, u. a. fünf Jahre für die GTZ in der Demokratischen Republik Kongo. Studentin im Masterstudiengang „Gender und Diversity-Kompetenz“, F. U. Berlin.