

„Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“

Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei

„As a Migrant I Wish Not to Be Treated Differently“

Focus-Groups on the Experience of Patients with Migration Background from Turkey

Heli Gerlach¹, Heinz-Harald Abholz¹, Güllü Koc², Mustafa Yilmaz³, Nicole Becker^{1,4}

Hintergrund: 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund leben in Deutschland, wo ihre Versorgung in Hausarztpraxen zum Alltag gehört. Dennoch ist bisher kaum erforscht, welche Erfahrungen Menschen mit Migrationshintergrund in hausärztlichen Praxen machen.

Methode: Wir führten (in deutscher Sprache) drei Fokusgruppensitzungen mit insgesamt 39 Teilnehmenden mit Migrationshintergrund aus der Türkei und unterschiedlicher sozialer bzw. migrationsgenerativer Zusammensetzung durch. Die Diskussionen wurden auditiv dokumentiert, transkribiert und in Anlehnung an Mayring inhaltsanalytisch ausgewertet. Im ersten Schritt wurde der Text durch die Autoren unabhängig voneinander codiert. Dann erfolgte in einem Konsensusprozess die Kategorienbildung. Das Auswertungsteam war bewusst multikulturell und multiprofessionell zusammengesetzt.

Ergebnisse: Missverständnisse, Vorurteile und Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes waren alltägliche Erfahrungen. Ungleichbehandlung wurde von fast allen Teilnehmern berichtet. Ein wichtiger Kritikpunkt war, dass es im Gespräch zwischen Arzt und Patient oft an Empathie fehle, woraus „mangelndes Vertrauen“ in die Arzt-Patientenbeziehung, Ängste und Unsicherheiten bei den Teilnehmern, aber auch Arztwechsel resultierten. Teilnehmer wollten mit ihren Anliegen als Individuen ernst genommen sowie gleichberechtigt „wie Deutsche“ behandelt werden. Ernsthafte kulturelle Unterschiede wurden als Problembereich nicht gesehen – es sei denn als Vorwand für Diskriminierung. Die Teilnehmer regten an, Inhalte von interkultureller Kommunikation in die medizinische Aus- und Fortbildung zu integrieren und die Allgemeinmedizin interkulturell stärker zu öffnen.

Background: Germany has 16 million people with a migration background. Health care for these patients is part of routine work in family medicine. Nevertheless, there is hardly any research on these patients' experience in family medicine.

Methods: Three focus groups with a total of 39 participants Turkish ethnic origin but with different social and migration-generative background were organized in German language. The discussions were audio-taped, transcribed and coded according to Mayring in a content-analytic way. This was done independently by the researchers in a first step; then a categorical system was developed in a consensus process. Intentionally we worked in a multicultural and multi-professional team.

Results: Misunderstandings, prejudices and discrimination were often mentioned by the participants (P) as being based on their migration background. Unequal care was experienced by most P. Participants stressed that empathy was often missing in the doctor-patient-relationship – resulting in no trust in the relationship, anxieties, insecurity and doctor hopping. P wished to be seen and treated as individuals with equal rights. Relevant “culture-specific” problems were not mentioned – except when being seen as instrumentalized for discrimination. They wished competence in intercultural communication to be integrated in continuous medical education to reduce discrimination.

Conclusions: Different from other countries intercultural communication and competence is not part of continuous medical education in Germany. Intercultural communication should focus on the variability of individuals

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² IMAZ (Interkulturelles MigrantInnenzentrum), Düsseldorf

³ Gesundheitsamt, Osterholz-Scharmbeck

⁴ Leiterin der Arbeitsgruppe

Peer reviewed article eingereicht: 09.06.2011, akzeptiert: 12.01.2012

DOI 10.3238/fa.2012.0077-0085

Schlussfolgerungen: In der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung wird hierzulande – im Gegensatz zu anderen Ländern – bisher keine interkulturelle Kommunikation und Kompetenz vermittelt, die sich zentral auf die Vielfältigkeit von Individuen bezieht und nicht auf Regeln über richtiges oder falsches Verhalten im Umgang mit Patienten aus „anderen“ Kulturen.

Schlüsselwörter: Migranten; Hausärztliche Versorgung; Ungleichbehandlung; Diskriminierung; interkulturelle Kommunikation

and not on the construction of “rules” for the appropriate behaviour in contact with people from “different cultures”.

Keywords: Immigrants; Immigrant Needs in Family Medicine; Discrimination; Intercultural Communication; Cultural Diversity Aspects

Hintergrund

Fast jeder fünfte Mensch in Deutschland hat einen Migrationshintergrund; in 2009 waren es ca. 16 Millionen. Die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei bildet mit ca. 2,5 Mio. die größte Gruppe [1]. Obwohl ihre Behandlung in der hausärztlichen Praxis längst zum ärztlichen Alltag gehört, sind Probleme ihrer Versorgung immer noch unzureichend untersucht.

Sprachprobleme und ein „anderer“ kultureller Hintergrund werden in vielen Veröffentlichungen als Hindernisse beim Zugang und bei der Nutzung des Gesundheitssystems angegeben [2, 3]. Internationale Ergebnisse weisen eine geringere Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund auf [4, 5]. Dabei wird diskutiert, ob das mit „anderen“, mit „kulturspezifischen“ Erwartungen zusammenhängt oder ob es eine wirklich schlechtere „Behandlung“ anzeigt.

Die hier vorgestellten Studienergebnisse sind Teil eines Forschungsprojektes über hausärztliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Unseres Wissens nach ist zur hausärztlichen Versorgung dieser Personengruppe aus der Sicht von ihnen selbst in Deutschland bisher nur unsere eigene Studie veröffentlicht worden: zur Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund aus der Demokratischen Republik Kongo. In dieser Studie wird eine erheblich Unzufriedenheit mit Ärzten und dem System der Versorgung aufgezeigt sowie über erlebte Diskriminierung berichtet [6–8].

Eine ausführliche Diskussion über den problematischen Gebrauch des Begriffs „Migrationshintergrund“ würde den Umfang dieses Artikels bei weitem überschreiten. In Deutschland wird die-

ser Begriff auch und gerade von staatlichen Institutionen rassistisch gebraucht [9]. Denn in der Definition des Statistischen Bundesamtes werden auch noch die Enkel von Einwanderern als „mit Migrationshintergrund“ bezeichnet, obwohl ihre Eltern und sie selbst in Deutschland geboren und aufgewachsen aber die Großeltern nach 1949 eingewandert sind [1]. Im vorliegenden Artikel wird dieser problematische Begriff zwar verwendet, aber vor allem in dem Sinn gebraucht, dass Bezug genommen wird auf alle Erfahrungen, die in Zusammenhang mit der Verlegung des Wohnortes in ein anderes Land gemacht werden. Diese Erfahrungen können positiv oder negativ sein und sind meistens mit einer vorübergehenden Verunsicherung verbunden.

Unter „Kultur“ wird hier ein dynamischer und sozialer Interaktionsprozess verstanden und nicht eine überzeitliche statische Wesenhaftigkeit. „Kulturspezifisch“ meint das bei einem Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens vorhandene Repertoire an Denk- und Wahrnehmungsmustern und moralischen Werten (einschließlich der religiösen Orientierung), das ebenso wie Kultur nicht statisch ist, sondern sich ständig verändert. Bezogen auf soziale Gruppen beinhaltet es das Akzeptieren von Normen, sozialen Weltdeutungsmustern und Identität stiftenden Symbolen, die von den Mitgliedern dieser Gruppe anerkannt und in sozialen Aushandlungsprozessen fortlaufend neu definiert werden [10–12].

Fragestellung

Für die vorliegende qualitative Studie bestanden die folgenden Ausgangsfragen:

- Welche Erfahrungen haben Menschen mit Migrationshintergrund (hier: mit Migrationshintergrund aus der Türkei) mit Hausärzten/Ärzte in Deutschland?
- Gibt es aus ihrer Sicht spezielle Anliegen oder Bedürfnisse an Hausärzte/Ärzte?
- Finden sich üblicherweise mit Migration assoziierte „migrationspezifische“ bzw. „kulturspezifische“ Phänomene?

Methoden

Um Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen von Gruppen zu erfassen, haben sich Gruppendiskussionen als geeignete Methode erwiesen. Sie ermöglichen einen ersten und dabei detailreichen Einblick in kollektive Phänomene, insbesondere wenn – wie bei diesem Thema (s. Diskussion) – über diese bisher sehr wenig bekannt ist.

Durchführung

Die Kontaktherstellung zu den Teilnehmern (TN) war „niedrigschwellig“ angelegt und erfolgte über Aushänge in Kulturvereinen, Gewerkschaften, Beratungsstellen, dem akademischen Auslandsbüro der Universität Düsseldorf sowie über leitende Personen in diesen Einrichtungen und über die TN selbst im Sinne des „Schneeballprinzips“. Aus Gründen der Selbstläufigkeit der Diskussion wurden die meisten TN aus Realgruppen rekrutiert [13], also Gruppen, deren Mitglieder auch im realen Leben Umgang miteinander haben.

Wir berichten hier über drei Fokusgruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei. Die Teilnehmeranzahl betrug maximal 15 Teilnehmer/innen je Gruppe. Teilnahmebedin-

	Gruppe I: „Gut Situierte“	Gruppe II: „Mittlere Generation“	Gruppe III: „Frauen der ersten Immigrationsgeneration“
Anzahl	n = 11	n = 14	n = 14 (1 Schweigerin: 17 J., Tochter einer Teilnehmerin ist hier geboren und äußert sich selbst nicht)
Geschlecht	7 Frauen, 4 Männer	10 Frauen, 4 Männer	11 Frauen
Alter	16–55 J. (Durchschnitt 37 J.)	18–55 J. (Durchschnitt 27 J.)	17–72 J. Durchschnitt 39 J.)
Muttersprache	türkisch	türkisch, 5 türkisch und deutsch	türkisch, Ausnahme: 1 deutsch und türkisch
Aufenthaltsdauer in Deutschland	5–39 J. (Durchschnitt 21 J.)	8–30 J.; 5 in Deutschland geboren	27–46 J.
Deutschkenntnisse	Gut	Gut bis sehr gut	12 ausreichend; 2 gut
Bildungsniveau	mittel–hoch; 5 abgeschl. Studium; 1 Schülerin; arbeitslos n = 0	gemischt; 3 Grundschule; 4 Abitur; 4 Ausbildung abgeschlossen/Arbeiter; 4 arbeitslos	niedrig–mittel 2; Schülerinnen 2; Rente: 2
Familiäre Situation	verheiratet n = 10; unverheiratet n = 1	verheiratet n = 4; unverheiratet n = 4; geschieden n = 4	verheiratet n = 8; verwitwet n = 2; geschieden n = 1
Milieus*	adaptiv bürgerlich, intellektuell-kosmopolitisch*	adaptiv bürgerlich, traditionell Arbeiter, hedonistisch-subkulturell*	traditionell Arbeiter, religiös verwurzelt*
Kontakt	Akademisches Auslandsamt, AWO**; Gewerkschaft	IMAZ***	IMAZ; Frauen, die sich sonst regelmäßig (einmal alle 4 Wochen) dort im Rahmen einer Selbsthilfegruppe, Nachbar- schaftshilfe treffen

*Die Zuteilung in der Tabelle erfolgte über a) die Selbstauskunft bezüglich der soziodemografischen Daten b) durch das Beobachtungsprotokoll (Fremdrating auf der Basis der Ergebnisse der Sinusstudie [vgl. 20]). Die Angaben sind nicht immer vollständig, da auf dem anonymisierten Bogen nicht alle TN alle Angaben machten.
 **AWO Abkürzung für Arbeiterwohlfahrt,
 ***IMAZ Abkürzung für Interkulturelles MigrantInnenzentrum, Düsseldorf

Tabelle 1 Zusammensetzung der Gruppen.

gungen waren ausreichende Deutschkenntnisse und ein Mindestalter von 16 Jahren.

Methodischer Qualitätsanspruch für die Fokusgruppenarbeit war das 10-Punkte-Papier von Vermeire et al. [14].

Die **erzählgenerierende Eingangsfrage** lautete: „In Deutschland leben derzeit mehr als 15 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Uns interessiert: Welche Erfahrung haben Sie mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin gemacht? Wenn Sie sich an den letzten Besuch erinnern, wie war das? Erzählen Sie mal!“

Die Moderation ermöglichte eine selbstläufige und lebhaftere Diskussion und erfolgte allenfalls mit immanenten Nachfragen an die Gruppe. Einfluss auf die Verteilung oder Reihenfolge der Vor-

tragenden wurde nicht ausgeübt. Andere Themen als die in der Eingangsfrage gestellten wurden nicht eingeführt. Dieses Vorgehen war vorab in einem Leitfaden mit der ausformulierten Eingangsfrage festgehalten worden. Die Diskussionsprache war Deutsch. Es war allerdings insbesondere bei einer der drei Gruppen notwendig, einige Erläuterungen und Fragen auf Türkisch zu ergänzen sowie teilweise ins Deutsche zu übersetzen. Dies erfolgte durch die Moderatorin (GK), die muttersprachlich Türkisch spricht.

Eine Beobachterin (NB) protokollierte die Diskussionen, um u.a. die Gruppendynamik festzuhalten. Die Diskussionsdauer betrug jeweils 90–120 Minuten. Im Anschluss an die Diskussion

wurden die soziodemografischen Daten der Teilnehmer mit einem Kurzfragebogen anonymisiert erfasst.

Auswertung

Die Gruppendiskussion wurde auditiv dokumentiert und in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Bohnsack transkribiert [15]. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte in Anlehnung an Mayring [16]. Die Codes wurden für jede Gruppe einzeln induktiv, d.h. offen am Material und dabei primär in unabhängiger Codierung von vier der Autoren (NB, HG, GK, MY) gebildet. Bei unterschiedlich codierten Textstellen wurden unter erneuter Hinzuziehung des Textes

im anschließenden Prozess der Konsensfindung die endgültigen Codes und Kategorien erarbeitet.

Die hier gewählte Ergebnisdarstellung nutzt bewusst nur wenige exemplarische Zitate. Zitate werden dabei zu „ausgesuchten Worten“ für das, was der informellen Gruppenmeinung der Teilnehmer aus Sicht der Forscher entsprach. Solche Darstellungsweise bedient sich also gesprochener Worte, die eigentlich nur im jeweiligen Kontext wirklich verständlich sind, hier aber dafür genutzt werden, um eine als typisch angesehene Sichtweise/Position in der Gruppe zu charakterisieren.

Ergebnisse

Gruppenzusammensetzung

Insgesamt nahmen 39 Erwachsene und Jugendliche (Frauen und Männer) zwischen 16 und 72 Jahren teil. Alle Befragten waren bereits länger als fünf Jahre in Deutschland (Mittelwert 18 Jahre). Die drei Gruppen konstituierten sich zu einem hohen Anteil aus Realgruppen, d.h. aus Personen, die auch im realen Leben miteinander in Kontakt stehen. Die Gruppen werden in Tab. 1 beschrieben. Die Bezeichnungen für die Gruppen haben die Autoren anhand der Angaben auf den anonymisierten Kurzerhebungsbögen ausgewählt.

Deutlich wird, dass die Teilnehmer aus sehr verschiedenen sozialen Milieus kommen und unterschiedliche Bildungshintergründe, vielfältige Lebensweisen und Biografien haben. Eine differenzierende Auswertung in Bezug auf die drei Gruppen erfolgt im vorliegenden Text nicht, wenn auch immer wieder einmal auf Besonderheiten hingewiesen wird. Die Fragestellung war jedoch nicht auf Unterschiede der Erfahrung von Patienten mit unterschiedlichem sozialen und migrationsgenerativen Hintergrund ausgelegt, sondern auf die gemeinsamen Erfahrungen.

Kategorien

In der Eingangsfrage hatten wir explizit nach Erfahrungen mit Hausärzten gefragt. Die TN erweiterten die Fragestellung schnell und berichteten in allen Gruppen über Erfahrungen mit Ärzten der unterschiedlichsten Fachrichtungen

in Praxen und Krankenhäusern sowie mit dem medizinischen Personal.

Aus den in den Texten herausgearbeiteten Codes bildeten die Autoren Unterkategorien und darauf aufbauend sechs Hauptkategorien und drei Oberkategorien (s. Tab. 2). Wie immer bei Inhaltsanalysen gab es Überlappungen. Die endgültige Zuordnung erfolgte im Konsensverfahren unter erneuter Hinzuziehung der Texte.

In allen Fokusgruppen stellten die „Verständigung zwischen Patienten und Ärzten“ (Hauptkategorie 1.1) und die „Ungleichbehandlung“ (Hauptkategorie 1.2) der Oberkategorie 1 die zentralen Themen dar. Die „Patientenrolle“ (Hauptkategorie 1.3) war vor allem in Bezug auf „Krankheitskonzepte“ und „kulturelle Barrieren“ (Unterkategorie 1.3.4 und 1.3.5) von Bedeutung. Das „Gesundheitssystem“ (Oberkategorie 2) und die „Empfehlungen“ (Oberkategorie 3) spielten im Verhältnis zur Oberkategorie 1 keine größere Rolle. Daher werden die Ergebnisse der Oberkategorie 1 ausführlicher als die anderen beiden Oberkategorien dargestellt.

Arzt-Patientenbeziehung (Oberkategorie 1)

Sprachprobleme mit der deutschen Sprache waren nicht das zentrale Problem für die TN. Wenn Sprachprobleme überhaupt thematisiert wurden, dann wurden vor allem das aktive Sprachvermögen und die unzureichende Kenntnis der fachmedizinischen Sprache problematisiert (1.1.2). Mit der Schwierigkeit, sich selbst im Gespräch mit Ärzten adäquat ausdrücken zu können, beschrieben die TN das Risiko, von den Behandelnden nicht ernst genommen bzw. respektiert zu werden (1.2.3). Ärzte/innen würden ihnen auch oft nicht ausreichend Zeit geben, sich zu äußern.

„Also, wenn man sprachliche Probleme hat, so wie meine Bekannte hat jetzt berichtet, es ist immer so, dass man viel schneller aus dem Behandlungsraum rausgeht, als einer der sich jetzt ausdrücken kann, ne? Also es ist wirklich schwierig einen guten Arzt zu finden.“ (279–284 II)

Professionelle Sprachvermittlungsdienste waren von den TN nicht in Anspruch genommen worden, da sie nicht angeboten worden seien. Vielmehr mussten Verwandte und Bekannte diese Funktion mit allen damit verbundenen

Problemen, wie z.B. Überschreiten von Intimgrenzen, ausüben (1.1.4). Auch seit den TN von ärztlicher Seite nie praktische Hilfe in Form von z.B. muttersprachlichem Informationsmaterial angeboten worden (1.1.3).

Fasst man zusammen, dann erscheinen Sprachprobleme zwar zu existieren, werden aber von den TN jenseits von einer „Verständigung auf der Sachebene“ als Mitursache für Vorurteilsentstehung bei Ärzten und Fachpersonal angenommen (1.2.4).

„Man kann die deutsche Sprache ein bisschen weniger gut, dann denken die sofort, dann ist man erstmal abgestempelt. Aha Ausländer, hat fertig. Ist so.“ (453–455 I)

Unprofessionalität (1.2.1)

Die Teilnehmer kritisierten unzureichende Fachkenntnisse von Ärzten, insbesondere über Krankheitsbilder, die in anderen Weltregionen häufiger vorkommen als in Deutschland wie z.B. Thalassämie.

Sozialer Abstieg (1.2.2)

Teilnehmer, die z.T. einen relativ hohen sozialen Status in der Türkei hatten, erlebten in Deutschland häufig einen sozialen Abstieg oder zumindest eine Haltung ihnen gegenüber, die ihrer Meinung nach nicht ihrem eigentlichen sozialen Status entsprach.

„Meine Frau hat Dokortitel. Seit es auf der Karte steht, ist das ganz anders, vorher einfach nur Immigrantenkrankheit. Vorher Ärzte machen zwei Sätze, dann weg.“ (404/406 I)

Mangel an Wertschätzung, Diskriminierung und Vorurteile (1.2.3 und 1.2.4)

In den allermeisten Fällen standen ein mangelnder Respekt und fehlende Vermittlung von Wertschätzung und Akzeptanz im Arzt-Patienten-Gespräch im Vordergrund des Erlebens. Die TN fühlten sich häufig anders behandelt als Deutsche.

„Ich hatte keine Sprachprobleme, für die Leute. Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden.“ (1119–1120 I)

Dies wurde beispielsweise auch daran illustriert, dass sich medizinisches Fachpersonal selten die Mühe machte,

türkische Namen korrekt auszusprechen und zu schreiben oder zwischen weiblichen und männlichen Namen in der Anrede zu unterscheiden.

Oft fühlten sie sich alleine aufgrund ihres Aussehens als Ausländer abgestempelt.

„Oder haben manche Ärzte Vorurteile? Die haben bestimmt Patientengruppen vor sich, und die meinen, also die muss ich so behandeln und nicht wie eine Deutsche, habe ich das Gefühl.“ (826–828 III)

Auch kritisierten sie die unzureichende Sozialkompetenz und Empathie von Ärzten und medizinischem Personal. So sprachen die TN von Schwierigkeiten, telefonisch kurzfristig Termine zu bekommen, was nach ihrem Eindruck bei deutschen Patienten anders sei. Es wurde außerdem von langen Wartezeiten und sehr kurzen Arztgesprächen gesprochen. Interpretierend wurde von Ungeduld im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen.

Schließlich gab es auch Beispiele von Unhöflichkeit und der Unwilligkeit, Transparenz von Zuständigkeiten in einer Praxis oder im Krankenhaus zu vermitteln. Es gäbe sich auch kaum jemand die Mühe, ihnen, die das deutsche Versorgungssystem nicht gut genug kennen würden, dieses verständlich zu erklären.

Im deutschen Gesundheitssystem unterscheidet man ohnehin stark zwischen Privat- und Kassenpatienten. Auch dadurch fühlten sich manche der Teilnehmer zu Menschen zweiter bzw. eben dritter Klasse degradiert. Dies führte zu Frustration, Angst, Unsicherheit und dann eben zu Rückzug und Arztwechsel. Manchmal scheint sich nach den geschilderten Beispielen eine Art Galgenhumor als Ausdruck verbaler Gegenwehr zu entwickeln. Am deutlichsten äußerten sich hierzu die TN der Gruppe I und II. Die TN der ersten Einwanderergeneration (Gruppe III), die am heftigsten und deutlichsten diskriminierenden Umgang mit ihnen zum Ausdruck brachten, versteckten hingegen ihre negativen Erfahrungen fast immer erst einmal hinter Höflichkeitsfloskeln und Diminuierungen. Oft wurde das jeweilige dargestellte, teilweise erniedrigende Erlebnis dann beiläufig in einem Nebensatz nur erwähnt. Dabei reichte im Einzelfall die Diskriminierung sogar bis zur Erfahrung von körperlicher Gewalt.

„Ich habe nur schlechte Erfahrungen gemacht. Kein einziger Arzt, der gut war. Ich kann schlecht atmen, dann bin ich zu der gegangen. Sie hat mich überhaupt nicht ernst genommen. Sie hat nur oberflächlich Arbeit gemacht. Sie hat nicht richtig nachgesehen, was ich überhaupt habe. Und was ich noch habe, wenn man Termine hat, lassen einen 4–5 Stunden warten. Also das ist mir schon öfters passiert. Dann die Nachtschwester haben spritzen, einfach so ohne Gefühl. Und ich habe selbst Erfahrung über das Spritzen. Und die Frau hat mich dann einfach geschlagen.“ (250–269 III)

Die TN berichteten ferner über ein Phänomen, welches als „Psychologisierung (von Krankheiten) bei jungen Frauen“ bezeichnet wird und über das besonders häufig in Gruppe II berichtet wurde, also von Frauen, die in Deutschland aufgewachsen sind.

„Was ich schon oft erlebt habe, und was ich dramatisch finde, ist, dass viele Ärzte total viele Sachen auf Stress zurückführen, ohne einen wirklich zu untersuchen.“ (643–645 II)

Dennoch ist festzuhalten, dass es in allen Gruppen, vornehmlich bei der zweiten und dritten Generation der Migranten, auch Darstellungen gab, in denen deutlich wurde, dass sie sich immer wieder auch als gleichberechtigt zu Deutschen behandelt fühlten.

Selbstkompetenz, Eigenverantwortung und Mitbestimmung (1.3.1 bis 1.3.3)

Über die eigene Erkrankung informiert zu sein, war ein zentrales Anliegen aller Teilnehmer – auch derjenigen, die noch nicht sehr lange in Deutschland lebten und die aus eher konservativen Milieus oder aus der Schicht der Industriearbeiter kamen.

Die meisten TN verstanden sich selbst als kompetente Experten bezogen auf ihre eigene Erkrankung und waren diesbezüglich medizinisch sehr gut informiert. Einige kamen selbst aus heilenden oder helfenden Berufen. Anderen war unklar, wo sie sich über ihre Patientenrechte, möglichst auch auf Türkisch, informieren könnten.

Niemand berichtete, sich Rat bei einem Geistlichen zu holen oder über Gewissenskonflikte mit Glaubensfragen bezüglich eines therapeutischen Rats eines Arztes. Und niemand wünschte sich, ausschließlich oder hauptsächlich von

einem Arzt gleichen Geschlechts behandelt zu werden.

Eine Teilnehmerin berichtete aber über die Generation ihrer Großmütter, die sich häufig auf laienmedizinische Vorstellungen aus dem Bekanntenkreis stütze. Humorvoll wurde in der Gruppe darüber geschmunzelt. Es handelte sich wohl eher um ein Randphänomen, angesprochen innerhalb nur einer Teilnehmergruppe.

Insgesamt führten aber Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Fachpersonal häufig dazu, dass die Patienten verunsichert waren und Unklarheiten bei ihnen über ihre Diagnose und den daraus folgenden therapeutischen Schritten entstanden. Alle wollten in den therapeutischen Prozess möglichst eingebunden werden. Erstaunlich war, dass sie über Abläufe – zum Beispiel des Disease Management Programms – gut informiert waren.

„Ich Diabetikerin. Jetzt vor sechs Monaten einmal Blutabnahme, ich muss sagen, bitte ich möchte Termin haben, ja äh Blut machen. Und dann ich einmal Schwester sagen, einmal Doktor sagen. Normalerweise drei Monaten, oder? Weiß nicht?“ (563–567)

Krankheitskonzepte und kulturelle Barrieren (1.3.4 und 1.3.5)

Dieses Thema schien in den Erzählungen der Teilnehmer eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Nur ein einziges Mal wurde berichtet und dabei über Dritte erzählt, man habe gehört, manche Frauen lasse sich aufgrund ihres Schamgefühls bzw. religiöser Vorstellungen ungern überhaupt und speziell gynäkologisch untersuchen. Nur in den Gruppen I und III („traditionelles Arbeitermilieu und religiös verwurzeltes Milieu“) wurde beim Thema „vertrauensvolle Gespräche mit Ärzten“ über besondere, kulturell vorgegebene Höflichkeitsnormen berichtet. Von „anderen“ bzw. „fremden“ Krankheitskonzepten wurde überhaupt nicht berichtet.

Gesundheitssystem (Oberkategorie 2)

Die TN wiesen auf Interessenkonflikte im Gesundheitssystem hin: Kostensenkung im Interesse der Krankenkassen versus ausreichend gute medizinische

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
1 Arzt-Patienten-Beziehung/Interaktion	1.1 Verständigung/interpersonelle Kommunikation verbal/non-verbal	1.1.1 Sprachbarrieren 1.1.2 Medizinische Fachsprache 1.1.3 Fehlendes bzw. nicht bekanntes/ bzw. nicht eingesetztes Infomaterial 1.1.4 Fehlende professionelle Dolmetscher
	1.2 Ungleichbehandlung	1.2.1 Unprofessionelle Haltung der Ärzte 1.2.2 Sozialer Abstieg 1.2.3 Unfreundlichkeit, Mangel an Wertschätzung als Patient und fehlende Empathie besonders für Menschen aus anderen Kulturkreisen 1.2.4 Diskriminierung, Vorurteile
	1.3 Patientenrolle	1.3.1 Selbstkompetenz als Patient 1.3.2 Eigenverantwortung, 1.3.3 Mitbestimmung, 1.3.4 Krankheitskonzepte 1.3.5 Kulturelle Barriere
2 Gesundheitssystem	2.1 Mangelnde Kenntnisse	2.1.1 Mangelnde Transparenz der Zuständigkeiten 2.1.2 Unzureichende Kenntnisse des Systems
	2.2 Ökonomisierung	2.2.1 Verantwortungsverschiebung der Zuständigkeiten
3 Empfehlungen	3.1 Interkulturellen Kompetenz	3.1.1. Ärzte: mehr Empathie und Menschlichkeit in Weiterbildung 3.1.2. Gleiche Rechte für alle Patienten und interkulturelle Öffnung der Gesellschaft, des Gesundheitswesens 3.1.3. Patientenrechte kennen 3.1.4. selbst die Sprache verbessern, für professionelle Sprachvermittler sorgen

Tabelle 2 Kategorien.

Versorgung im Interesse der Patienten. Von einigen TN wurde vermutet, dass Ärzte im Interesse von Krankenkassen handeln und Patienten Untersuchungen vorenthalten, da von ärztlicher Seite Erklärungen fehlten, weshalb im individuellen Fall von Diagnostik abgesehen werden kann. Dadurch entstanden große Unsicherheiten.

„Ich gehe nicht zum Arzt, aber zufällig gestern war ich beim Arzt, als ich rein kam Arztprämie, 10 Euro. Aber bevor ich ging, habe ich mir überlegt Quartal wird zu Ende sein, wenn ich gehe dann richtig oder nicht. Weil alles kostet Geld, Medikamente kostet Geld, dann Ultraschall kostet Geld. Die Leute, ich sehe das so, die können nicht mehr zum Arzt gehen, weil sie haben Angst und kein Geld, sie können gar nichts mehr bezahlen.“ (547–567 II)

Insbesondere die TN, die in Deutschland aufgewachsen sind (Gruppe II), von denen einige selbst im Krankenhaus arbeiteten, nahmen eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung durch gesundheitspolitische Veränderungen in der letzten zehn Jahren, insbesondere für ärmere Patienten, wahr. Zum Teil waren die Teilnehmerinnen darüber verärgert und verbittert.

„Kannst Du davon lernen, wenn Du Geld hast, hast Du Gesundheit.“ (887 II)

Erlebte Ungleichbehandlung wurde hier also nicht vorrangig auf den eigenen Hintergrund, sondern auf das System zurückgeführt. Insofern wurde erlebt, dass „man selbst“ ebenso wie Deutsche ungleiche (schlechtere) Behandlung im Verhältnis zu Bevölkerungskreisen mit höherem Einkommen erfährt.

Empfehlungen der Teilnehmer (Oberkategorie 3)

Die TN wünschten sich mehr Empathie und Menschlichkeit, einen individuumzentrierten, achtsamen und kultursensiblen Umgang mit Menschen. Dazu sei Weiterbildung des medizinischen Personals in Empathie und interkultureller Kommunikation notwendig. Die Forderung der TN zur Notwendigkeit einer Fortbildung in interkultureller Kommunikation für Ärzte und Medizinpersonal beruhte nicht auf einem Selbstverständnis von „Anderssein“, sondern auf der auf sie angewandten Zuschreibung durch das Medizinpersonal, dass sie „Andere“, dass sie „anders“ seien, also auf der Konstruktion von „Anderen“ und „Eigenem“ durch Ärzte und medizinischem Fachpersonal.

Heli Gerlach ...

... Fachärztin für Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin, Diplom in Tropenmedizin und Public Health, Studentin im 3. Semester des Masterstudienganges „Gender und Diversity-Kompetenz“ an der FU Berlin mit dem Schwerpunkt „Cultural Diversity“.

Seit über 30 Jahren Leben und Arbeiten mit Schwarzen Deutschen und Afrikanerinnen in Deutschland, davon über 10 Jahre in mehreren Ländern Ost- und Zentralafrikas, u. a. 5 Jahre mit der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Auch sahen die TN es als ihre Aufgabe an, sich über das Gesundheitssystem sowie ihre Erkrankungen selbst zu informieren und ihre sprachlichen Fähigkeiten zu verbessern.

Diskussion

Das Thema von Behandlungsproblemen beim Zusammentreffen von Patienten mit Migrationshintergrund und den jeweiligen medizinischen Versorgungseinrichtungen eines Landes wird immer wieder angesprochen. Selbst europäische Kommissionen haben sich zu diesem Thema gebildet [17].

Allerdings gibt es zur Thematik kaum empirische Befunde, die dies näher als über Nutzungsraten etc. untersucht haben. Noch weniger Empirie gibt es zur Sicht der Patienten mit Migrationshintergrund auf ihre Versorgung. So haben Ferguson et al. bei einer systematischen Literaturrecherche für die Jahre 1966 bis 2000 21 Artikel gefunden, in denen per Beobachtung oder Befragung der Betroffenen etwas zur Thematik analysiert wurde. Davon bezogen sich nur 9 auf die Arzt-Patienten-Interaktion – dies dann nur bei vier auch in der Hausarztpraxis [18].

Schepers et al. finden in einem systematischen Review für die Jahre 1990 bis 2003 zwar schon 54 Arbeiten. Bezogen auf Europa und auf die Frage der Arzt-Patienten-Interaktion bleiben aber nur 9 Arbeiten; davon wiederum aus der Perspektive der Patienten nur vier [19].

In einer eigener Recherche in der Datenbank SCOPUS (mehr europäische Literatur, mehr sozialwissenschaftliche Arbeiten) für die Jahre 1998 bis 11/2011 fanden sich in Bezug auf die Situation in Europa 39 „findings“; davon waren nur zwei empirische Studien zur Sichtweise der Patienten. Studien zu Asylsuchenden wurden hier nicht berücksichtigt, sind aber ebenso selten.

Keine der insgesamt gefundenen Studien zur Patientensicht nutzte Fokusgruppen, in der Regel wurden semi-quantitative Interviews eingesetzt oder – zweimalig – Mitschnitte von Arzt-Patienten-Interaktionen [20, 21].

In letzteren beiden Studien zeigt sich in qualitativer Analyse, dass sowohl in Rotterdam mit einem multikulturellen Klientel als auch bei Afro-Amerikanern in den USA der Grad adäquater und länger gehender Gespräche, die mehrheitlich von den Patienten auch als zufriedenstellend erlebt wurden, mit der Passung von Arzt und Patient in Bezug auf deren ethnischen Hintergrund zusammenfallen. In der Studie von Koehn, in der in Finnland Menschen mit Migrationshintergrund nach Besuch einer Poliklinik befragt wurden, wird dies bestätigt [22].

In unserer Untersuchung hat sich gezeigt, dass die Unzufriedenheit der TN kaum etwas mit „kulturspezifisch anderen Erwartungen“ zu tun hat, sondern die TN überwiegend dieselben Erwartungen zu haben scheinen, die auch Patienten ohne Migrationshintergrund haben. Dazu gehörte u.a. die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Die TN berichteten von Zeitmangel, Ökonomisierung, fehlender Empathie sowie von Ungleichbehandlungen, die dem System zugeordnet wurden, also auch Deutsche betrafen.

Allerdings führten die TN einen Teil ihrer Unzufriedenheit auch auf spezifische Ungleichbehandlung zurück, die jeweils auf konkreten Erfahrungen von Minderachtung der eigenen Person beruhten. Sie erklärten diese Art der Ungleichbehandlung mit der Konstruktion des „Anderen“ durch das medizinische Personal. Dies meinte offensichtlich die konstruierte und essentialisierte „andere“ Kultur aus der heraus sie interpretiert werden würden. Manches, was auf den ersten Blick kulturspezifisch erscheinen könnte und so auch vorbeschrieben ist

[23–26], scheint bei näherem Hinsehen auf der Konstruktion des „Anderen“ zu beruhen sowie auf sozialen Problemen, Wissenslücken und interpersonellen Kommunikationsschwierigkeiten.

Bei den TN wurde deutlich, dass es sich bei den kulturspezifischen Problemen eher um eine Randerscheinung handelte und nur bei den TN ein Thema war, die aus einem eher traditionellen Milieu [27] kamen. Zumindest für die TN der drei Gruppen lässt sich nicht sagen, dass kulturspezifische Hindernisse Ausgangspunkt für Konflikte gewesen wären. Über wirklich „fremde Krankheitsvorstellungen bzw. Konzepte“ wurde in den Gruppen weder berichtet noch wurde Entsprechendes angedeutet.

Hier stehen unsere Ergebnisse übrigens in Übereinstimmung mit den ganz wenigen Studien, die sich dieser Frage wirklich empirisch genähert haben [28, 29].

Green et al. hingegen finden bei Chinesen in England, dass eine Orientierung am „westernized system“ neben dem am chinesischen weiter besteht – jedoch um so geringer noch vorhanden ist, je mehr eine interviewte Person insgesamt den westlichen Stil angenommen hat [30].

Diese Befunde aber stehen im Widerspruch zur nationalen medizinischen Literatur der letzten Jahre [23–27], die auf der Basis eines essentialistischen Kulturbegriffs nach Unterschieden zum vermeintlich „Anderen“ bzw. „Fremden“ sucht, aber durchweg keine Empirie hierfür vorweisen kann. Ein essentialistisches Kulturverständnis wird vor allem im Umfeld der Cultural und Postcolonial Studies scharf kritisiert [31].

Für die allermeisten der TN schien das Thema, selbst einer anderen Kultur anzugehören, eher ein marginales zu sein – es sei denn über das Erfahren von Diskriminierung, Vorurteil und Andersbehandlung.

Auch in den Fokusgruppendifkussionen mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund aus der Demokratischen Republik Kongo war eine „andere Kultur“ kaum ein Thema. Allerdings berichteten sie über deutlich mehr und drastischere Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus, als es in der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Und auch hier wurde das „Andere“ – und damit die „andere Kultur“ – als

konzeptionelle Basis für letzteres gesehen.

Der Satz: „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“ (1119–1120 I) bringt das eigentliche Anliegen unserer Teilnehmenden an Ärzte und Medizinpersonal auf den Punkt. Jenseits der Konstruktion des „Anderen“, jenseits von Stereotypen über den vermeintlich „Fremden“ sind Verständigung und Respekt das zentrale Anliegen der TN und sie stellen damit keine kulturspezifischen, sondern generell anwendbare Anforderungen an Ärzte. Es würde sicherlich helfen, wenn sich Ärzte auf ihre Patienten individuell einlassen und sich nicht durch das konstruierte „Andere“ ablenken ließen und so der Gefahr aussetzen könnten, sich diskriminierend zu verhalten. Es könnte dabei helfen, wenn Ärzte bei Unklarheiten genau nachfragen, auf das Gesagte genau hinhören und empathisch „hinfühlen“. Solch ein Vorgehen ist aber weder etwas Neues noch für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund etwas Spezifisches, sondern gehört zu den üblichen Standards von „good medical practice“.

Dass wir „Kulturspezifität“ nicht gefunden haben, könnte zwei Gründe haben: Hatten unsere Teilnehmer nicht den Mut, sich diesbezüglich zu äußern? Wir würden dies aus der erlebten Gesprächssituation nicht vermuten.

Oder hatte unsere Gewinnung der TN einen Bias in Richtung auf – wie es die Engländer sagen würden – „westernized people“ [30]? Dies könnte in der Tat so sein, würde auch erklären, warum vor rund zwanzig Jahren Ruhkopf [32] noch fand, dass kulturelle Aspekte eine bedeutende Rolle spielen – mehr Daten dazu aber gibt es nicht. Wir würden daher erst einmal davon ausgehen, dass heute das Thema der „Kulturspezifität“ keine annähernd so bedeutsame Rolle spielt, wie es die Theoretiker des Themas uns immer sagen.

Schlussfolgerungen

Um international anerkannten ethischen Standards [33] gerecht zu werden, die gleiche Rechte in der Behandlung von allen Menschen einfordern, muss sich die Umgangspraxis ändern. Angesichts der vielen Vorurteile und Stereotypen, die die TN in Anbetracht ihrer vermeintlich „fremden Kultur“ erfahren haben, wäre es wünschenswert, wenn Inhalte über interkulturelle Kompetenz Ausbildungsinhalt in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden.

Dabei denken wir nicht an das Zementieren von weiteren Stereotypen zur „fremden Kultur“ als vielmehr an das Vermitteln von Fähigkeiten, *eigene* – und primär individuelle – Werte, Normen,

Handlungsmuster besser wahrzunehmen und zu akzeptieren oder zu hinterfragen. Dann könnte dies auch besser in Bezug auf das ebenso individuelle Gegenüber angewandt werden, also auf Patienten generell und somit auch auf Patienten mit Migrationshintergrund.

Während in Großbritannien, den USA und Kanada eine solche interkulturelle Kompetenz als Schlüsselkompetenz für Ärzte angesehen wird, müssen entsprechende Lehr- und Ausbildungsangebote in Deutschland erst entwickelt und etabliert werden. Außerdem muss sich das deutsche Gesundheitswesen mehr für alle Bevölkerungsgruppen in Deutschland öffnen und für deren Inklusion sorgen, also mehr die Diversität der deutschen Gesellschaft widerspiegeln.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
im Ruhestand
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211 811-7771
Fax: 0211 811-8755
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2011). Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Erschienen am 26. September 2011: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004,property=file.pdf>. Letzte Recherche am 10. Oktober 2011
2. Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U. Gesundheitsversorgung von Migranten, Dtsch Ärztebl 2004; 101: A28822887
3. Razum O, Zeeb H, Schenk L. Migration und Gesundheit: ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Dtsch Ärztebl 2008; 105: A2520
4. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practice. BMC 2009; 339: b3450
5. Sheik A, Gatard R, Dhami S. Consultations for people from minority groups. BMJ 2008; 337: a273
6. Gerlach H, Becker N, Fuchs A, Wollny A, Abholz HH. Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppenuntersuchungen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. Gesundheitswesen 2008; 70: 4753
7. Gerlach H, Becker N, Abholz HH. Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund. Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. Z Allg Med 2008; 84: 428435
8. Gerlach H, Abholz HH. Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen. Z Allg Med 2009; 11: 445–451
9. do Castro Varela M, Mecheril P. Migration. In: Wie Rassismus aus Wörtern spricht. (K) Erben des Kolonialismus im Wissensarchiv deutsche Sprache. Ein kritisches Nachschlagewerk, Unrast Verlag, Münster: Unrast Verlag, 2011: 154–176
10. Cassirer E. Versuch über den Menschen. Hamburg: Felix Meiner Verlag, (1944) 2007: 345–352
11. Wimmer A. Kultur. Zur Reformierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1996; 48: 401–425
12. Hall S. Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2. Hamburg: Argument Verlag, 4. Auflage, 1994: 44–88, 180–220
13. Loos P, Schäffer B. Das Gruppendiskussionsverfahren Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. In: Bohnsack R, Lüders C, Reichertz J (Hrsg.) Qualitative Sozialforschung Band 5. Opladen: Leske & Budrich, 2001

14. Vermeire E, Van Royen P, Griffiths F, Coenen S, Peremans L, Handrickx K. The critical appraisal of focus group research articles. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 104–108
15. Bohnsack R, Lüders C, Reichertz J (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung* Band 5. Opladen: Leske & Budrich, 2001
16. Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz 2002
17. Devillé W, Graecen T, Bogic M, Dauvrin N, et al. Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011; 11: art no.699
18. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med* 2002; 34: 353–6
19. Schepket R, Toker M, Eherding A. Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkischstämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der betroffenen, *Praxis Kinderpsych Kinderpsychiat* 1999; 48: 664–76
20. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, et al. Patient-centred communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003; 139: 907–15
21. Wieringen JCM van, Harmsen JAM, Buijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Europ J Publ Hlth* 2002; 12: 63–68
22. Koehn PH. Transnational migration, state policy and local clinical treatment of asylum seekers and resettled migrants: Comparative perspectives on reception center and community care practice in Finland. *Global Social Policy* 2006; 6: 21–56
23. Ferber L. v, Köster I, Celayir-Erdogan N. Türkische und deutsche Hausarztpatienten Erkrankungen, Arzneimittel-erwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 2003; 64: 304311
24. Boll-Palievskaja D. Andere Sitten, andere Diagnosen. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106: A1929
25. Yildirim-Fahlbusch Y. Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. *Dtsch Ärztebl* 2003; 100: A11791181
26. Möskö M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *Psychother Psych med* 2008; 58: 176–182
27. Sinus Sociovision (2008). Sinus-Studie: Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf. Letzte Recherche am 10. Oktober 2011
28. Schepers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006; 23: 325–48
29. Minas H, Klimidis S, Tuncer C. Illness causal beliefs in Turkish immigrants. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 34
30. Green G, Bradby H, Chan A, Lee M. „WE are not completely Westernised“: Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant woman in England. *Soc Science and Medicine* 2006; 62: 1498–1509
31. Knipper M, Bilgin Y. Medizin und ethisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe. *Dtsch Ärztebl* 2010, 107: A76–9
32. Ruhkopf H, Zimmermann E, Bartels S. Das Krankheits- und Therapieverständnis türkischer Migranten in der Bundesrepublik. In: Nestmann F (Hrsg.): *Beratung von Migranten: neue Wege der psychosozialen Versorgung*. Berlin: Vlg. Wissenschaft u. Bildung, 1993
33. Wolffers I, Verghis S, Martin M. Migration, Human rights and Health. *Lancet* 2003, 362: 20192020

SAGAM-NACHRICHTEN / SAGAM NEWS

WONCA-Europe-Konferenz 2012 in Wien

Nach 12 Jahren lädt die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) wieder zur WONCA-Europe-Konferenz nach Wien ein. Von 4. bis 7. Juli 2012 werden Allgemeinmediziner aus vielen europäischen und außereuropäischen Ländern zusammentreffen.

Die ÖGAM hat diesmal keinen medizinisch-thematischen Schwerpunkt vorgegeben – das Wesen der Allgemeinmedizin ist ja die Vielfalt. Der Titel des Kongresses ist „Art and Science of General Practice“. Die Ergebnisse aus Forschung und solide Evidenz sind zweifellos die Grundlagen allgemeinmedizinischer Tätigkeit. Genaues Wissen über Erkrankungen und über deren Behandlung alleine reicht allerdings nicht aus,

um als Allgemeinmediziner erfolgreich und zufriedenstellend mit Patienten unter oft schwierigen Bedingungen zu arbeiten. Kreativität, Mut zu unkonventionellen, individuellen Entscheidungen, Geduld und phantasievoller Umgang mit Menschen sind die „Kunst der Allgemein- und Familienmedizin“.

Als Besonderheit dieser Konferenz werden in Zusammenarbeit mit dem *British Medical Journal (BMJ)* die Themen der wissenschaftlichen Grundsatzreferate aus Forschungsarbeiten ausgewählt, die vom *BMJ* in den ersten Monaten des Jahres 2012 zur Publikation angenommen wurden. Die Autoren werden dann eingeladen ihre Arbeiten in den entsprechenden Grundsatzreferaten zu präsentieren. Neu ist bei der WONCA-Europe-

Konferenz in Wien auch, dass ganz rezente, noch nicht publizierte Ergebnisse („Last Week Results“) bis zu einem späteren Einreichtermin (15. März 2012) eingereicht werden können.

Wien als eine Stadt mit einer großen medizinischen und kulturellen Tradition, vielen historischen Plätzen und großartigen kulturhistorischen Sehenswürdigkeiten ist der ideale Ort, um unser Kongressthema ausführlich und aus den verschiedensten Blickwinkeln zu erörtern.

Die ÖGAM ladet Sie ein, an einem spannenden Kongress in Wien teilzunehmen. Wir freuen uns Sie in Wien begrüßen zu dürfen!

Barbara Degn