

Eberhardt Karls Universität Tübingen
Philosophische Fakultät
Fachbereich Asien-Orient-Wissenschaften
Abteilung für Ethnologie

Hilfe, die ausländischen Ärzte kommen?!

Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in
deutschen Kliniken

Tabea Schnepf

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades des Magister Artium

Erstgutachterin: Prof. Dr. Gabriele Alex

Zweitgutachterin: Dr. Sabine Klocke-Daffa

Tübingen, den 02. Dezember 2013

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig verfasst wurde und keine anderen Quellen und Hilfsmittel, als die im Literaturverzeichnis angeführten, verwendet wurden.

Tübingen, den 02. Dezember 2013

(Tabea Schnepf)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Ausgangssituation: Ärztemangel	6
1.2	Zugewanderte Ärzte in Deutschland	7
1.3	Erkenntnisinteresse und Formulierung der Forschungsfrage	9
1.4	Was in dieser Arbeit nicht behandelt wird	10
1.5	Aufbau der Arbeit	10
2	Gesetzliche Rahmenbedingungen	12
2.1	Die rechtliche Lage zur Migration nach Deutschland	12
2.2	Anerkennungsverfahren, Kenntnisprüfung und erforderliche Sprachkenntnisse	17
3	Theoretische Konzepte und Forschungsstand	21
3.1	Stand der Forschung	21
3.2	Zum Kulturbegriff	24
3.3	Medizinethnologische Einbettung	25
3.3.1	Medizin - Ein kulturelles System	25
3.3.2	Medizinethnologische Konzepte	29
3.4	Interkulturelle Kommunikation aus ethnologischer Sicht	30
3.4.1	Einführung und Überblick	30
3.4.2	„Wir Deutsche“	33
4	Methodik	35
4.1	Teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche	35
4.2	Qualitative Interviews	37
4.3	E-Mails und Mindmap-Bögen	38
4.4	Vorgehen und Auswertung	38
5	Setting	39
5.1	Situation in Thüringen	39
5.2	Das Ärzteprojekt Weimar	42
5.2.1	Hintergrund und Entstehung	42
5.2.2	Aufbau	43
5.2.3	Organisation	44
5.2.4	Finanzierung	45
5.2.5	Veränderungen im Projekt	45
5.2.6	Schwierigkeiten	46
6	Ethnographische Daten	48
6.1	Forschen in der eigenen Gesellschaft	48
6.1.1	Was für Probleme und Chancen ergeben sich	49
6.1.2	Die eigene Gesellschaft?	50
6.2	Forschungskontext	52

6.2.1	Zugang zum Feld	53
6.2.2	Forscherrolle und Aufgaben	54
6.2.3	Probleme bei der Forschung	55
6.3	Die Teilnehmer des Ärzteprojektes	57
6.3.1	Überblick	57
6.3.2	Vorstellungsrunde	58
6.3.3	Zwei persönliche Geschichten	60
6.4	Der Unterricht	62
6.4.1	Grundlehrgang	62
6.4.2	Blockwochenenden	64
6.4.3	Prüfungsvorbereitung	64
6.4.4	Verhalten im Unterricht	65
6.4.5	Bewertung des Unterrichts	67
6.5	Die Kenntnisprüfung	70
6.6	Blick in den Klinikalltag in Deutschland	74
6.6.1	Der deutsche Klinikalltag?	74
6.6.2	Hierarchien in deutschen Krankenhäusern	75
6.6.3	Aufgaben der Ärzte	75
6.6.4	Formen der Kommunikation	77
6.7	Probleme und Schwierigkeiten für zugewanderte Ärzte in Deutschland	79
6.7.1	Deutsche Sprachkenntnisse	79
6.7.2	Bürokratie	83
6.7.3	System und Ablauf im Krankenhaus	84
6.7.4	Verhalten, Vorurteile und Rassismus	88
6.7.5	Private und persönliche Probleme	91
6.7.6	Äußere Gegebenheiten	92
6.8	Kulturspezifische Faktoren	94
6.8.1	Die Interaktion mit Patienten	94
6.8.2	Die Interaktion mit Angehörigen	97
6.8.3	Die Interaktion mit Kollegen	98
7	Analyse	99
8	Fazit	111
9	Ausblick	112
10	Anhang	115
11	Abbildungsverzeichnis	119
12	Literaturverzeichnis	120

1 Einleitung

Migration wird auf Grund unterschiedlicher Beweggründe unternommen. Sowohl die persönliche Situation als auch die politische und wirtschaftliche Lage im Heimat- und Einwanderungsland spielen bei der Entscheidung, den Wohnort zu wechseln, eine Rolle. Weitere Faktoren, die Migration begünstigen, sind der Wunsch nach Zusammenführung der Familie und die Suche nach einem Arbeitsplatz, wobei in den meisten Fällen von einer Kombination verschiedener Faktoren auszugehen ist.

In Deutschland spielt die Einwanderung von Fachkräften zum Zweck der Arbeitsplatzsuche eine zunehmend bedeutende Rolle. Dieser Umstand ist auf einen Arbeitskräftemangel in Deutschland zurückzuführen, der in verschiedenen Berufszweigen unterschiedlich stark ausgeprägt ist, und nicht flächendeckend vorherrscht. Besonders Berufsgruppen, die mittlere oder hohe Bildungsabschlüsse voraussetzen, sind von Versorgungsengpässen und einem Mangel an qualifizierten Fachkräften betroffen. Der Gesundheitssektor ist ein Bereich, der in besonderem Ausmaß mit dieser Problematik konfrontiert ist. So herrscht beispielsweise in der Berufsgruppe der Ärzte¹ ein gravierender Fachkräftemangel. Eine Strategie, mit deren Hilfe eine Entspannung dieser Situation und eine Lösung des Arbeitskräftemangels im Gesundheitsbereich angestrebt wird, stellt die zunehmende Anwerbung medizinischen Fachpersonals aus dem Ausland dar. Der Gesundheitssektor ist somit ein durch Migration geprägtes Berufsfeld, nicht nur in Bezug auf Patienten mit Migrationshintergrund, die bereits seit einigen Jahren verstärkt in den Fokus der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Debatte gerückt sind, sondern auch im Hinblick auf im Gesundheitsbereich Beschäftigte. Der Zuwanderung von medizinischem Fachpersonal als einem durchaus wichtigen Faktor der Gesundheitsversorgung wird jedoch in Wissenschaft und Forschung kaum Bedeutung beigemessen, wie Friebe im Hinblick auf Pflegepersonal bemängelt:

„Lediglich die sprachlichen Defizite der Migranten wurden gelegentlich aus berufspolitischer Sicht thematisiert, während Herkunft, Erfahrungen und Einstellungen dieser Mitarbeitergruppe in der Pflege nicht zur Sprache kamen“ (Friebe 2008: 219).

So sind Kenntnisse und Wissen über die tatsächliche Situation, in der sich zugewanderte Pfleger im Gesundheitsbereich befinden kaum vorhanden (Friebe 2008: 218). Gleiches gilt für die Situation zugewanderter Ärzte in Deutschland. Auch hier liegen kaum wissenschaftliche Untersuchungen vor, die über die Frage „Ärztmangel – ja oder nein“ und ein Abwägen der Vor- und Nachteile bezüglich der Einwanderung von Fachkräften hinausgehen. Wenn die Thematik der zugewanderten Ärzte in Deutschland in der Öffentlichkeit diskutiert wird, dann in der Regel problemzentriert. So stehen mangelhafte Sprachkenntnisse und hierdurch verursachte Missverständnisse in der Interaktion mit Patienten und generell Nachteile, die sich für (deutsche) Patienten in der Gesundheitsversorgung durch zugewanderte Ärzte ergeben, in den Negativ-Schlagzeilen. Positive Meldungen sind bezüglich der Tätigkeit zugewanderter Ärzte die absolute Ausnahme.

¹Zwischen weiblichen und männlichen Formen wird der Einfachheit halber nicht unterschieden, wenn nicht explizit die weibliche Form verwendet wird, sind beide Geschlechter gemeint.

Eine Beschreibung der Situation zugewanderter Ärzte aus ihrer Perspektive sowie ihre persönlichen Erfahrungen und ihre Sicht der Dinge finden in wissenschaftlichen Betrachtungen keinerlei Berücksichtigung. Auch wird kaum thematisiert, mit welchen Zugangsbarrieren, Problemen und Schwierigkeiten zugewanderte Ärzte in Deutschland konfrontiert sind (Friebe 2008: 219-26; Chaloff 2013: 37; Eichler 2008: 9-20).

Um die tatsächliche Situation von zugewanderten Ärzten kennen und verstehen zu lernen, habe ich vom 14. Mai 2012 bis zum 31. Mai 2013 am Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar, das Ärzte aus Nicht-EU-Staaten weiterbildet und auf die Kenntnisprüfung und den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken vorbereitet, teilgenommen. Ziel war es, die einseitige Darstellung zugewanderter Ärzte in Deutschland zu hinterfragen und ein differenziertes, weniger problemorientiertes Bild ihrer Lebensrealität zu zeichnen. Die Ergebnisse dieser ethnologischen Untersuchung werden in der vorliegenden Arbeit dargestellt.

1.1 Ausgangssituation: Ärztemangel

Auch wenn man sich längere Zeit, vor allem in der Politik, der Thematik verweigert hat und in den 1990er Jahren noch von einer sogenannten Ärzteschwemme die Rede war: In Deutschland herrscht Ärztemangel, der mancherorts sogar als „akut“ bezeichnet wird. Das veranschaulicht ein Blick in verschiedene Zeitungen, die seit dem Jahr 2002 mit Schlagzeilen wie „Krankenhäusern droht Notstand“ (Süddeutsche Zeitung 2003), „Kein Arzt mehr – Weit und breit“ (Deutsches Ärzteblatt 2006), „Massenruhestand verursacht alarmierenden Ärztemangel“ (Spiegel online 2008), „Ärztemangel – Bauer sucht Arzt“ (Zeit online 2012) aufwarten. Auch die Arbeitsmarktzahlen spiegeln den Bedarf an Ärzten wider. So sind momentan etwa 5500 Stellen unbesetzt und die Arbeitslosenquote von Medizinerinnen liegt bei 0,7 Prozent (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztestatistik>). Es ist davon auszugehen, dass sich der Ärztemangel in Deutschland in den kommenden Jahren weiter zuspitzen wird. In den nächsten fünf Jahren rechnet man mit 35 000 fehlenden Ärzten und in den kommenden zehn Jahren mit über 70 000 unbesetzten Stellen (Möbus 2011: 8).

Die Gründe für den Ärztemangel sind vielfältig. Durch Fortschritte, die in der Medizin und in der medizinischen Technik in den letzten Jahren und Jahrzehnten erzielt wurden, können heutzutage Krankheiten behandelt werden, bei denen früher keine Therapiemöglichkeiten bekannt oder durchführbar waren. Dazu kommt, dass Therapieverfahren verbessert und Behandlungsriskien verringert werden konnten, wodurch wiederum Therapien an Patienten durchgeführt werden können, bei denen dies zuvor nicht möglich war. Durch die zunehmenden Möglichkeiten, die in der Medizin heute zur Verfügung stehen, nimmt die Anzahl der zu behandelnden Patienten zu und folglich steigt auch die Anzahl der Ärzte, die benötigt werden (Kopetsch 2005: 66).

Hinzu kommt der demographische Wandel in Deutschland, und zwar gleich in zweierlei Hinsicht: Auf der einen Seite werden die Deutschen immer älter, die Lebenserwartung hat sich erheblich nach hinten verschoben und auch der Anteil der älteren Menschen im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung steigt stetig an. Dies verstärkt den Bedarf nach mehr Ärzten, da ältere Menschen in der Regel häufiger und intensiver medizinisch versorgt werden müssen (Kopetsch 2005: 62). Auf der anderen Seite macht der demographische Wandel auch vor den Ärzten selbst

nicht halt. Die Ärzteschaft in Deutschland wird immer älter. Dieses Phänomen betrifft vor allem niedergelassene Ärzte. Das Durchschnittsalter der Hausärzte in Deutschland hat im Jahr 2011 52,5 Jahre betragen. Erwartungsgemäß werden in den nächsten Jahren viele der älteren Ärzte in den Ruhestand gehen und somit auch viele freie Stellen hinterlassen, die es erneut zu besetzen gilt. Aber auch bei Ärzten, die in Kliniken tätig sind, lässt sich die zunehmende Alterung feststellen und auch hier gibt es zunehmend Schwierigkeiten, offene Stellen wieder zu besetzen.

Ein weiterer Faktor, der den Ärztemangel in Deutschland begünstigt, ist die sogenannte „Feminisierung der ärztlichen Profession“ (Bundesärztekammer: 10). Im Jahr 1991 waren nur 33,6% der berufstätigen Ärzte weiblich, was sich im Jahr 2011 bereits auf 43,8% gesteigert hat. Diese Entwicklung wird in den nächsten Jahren erwartungsgemäß weiter zunehmen, wenn man bedenkt, dass schon heute 63,4% der Medizinstudenten weiblich sind. Mit dem zunehmenden Anteil von Frauen im Arztberuf geht auch eine Veränderung des Arztberufes einher. Dies ist vor allem bei dem Umfang der Arbeit, die geleistet wird, ersichtlich, da Ärztinnen häufiger als ihre männlichen Kollegen teilzeitbeschäftigt sind und nach der Geburt eines Kindes seltener die kurative Tätigkeit wieder aufnehmen.

Hinzu kommt „der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung“, der mit dem Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Familienleben und Berufstätigkeit einhergeht und der sich auch unter den Ärzten bemerkbar macht (Bundesärztekammer: 11-13).

Zu guter Letzt ist ein weiterer Faktor, der den Ärztemangel verstärkt, anzuführen: die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. Seit 2005 beschäftigt sich die Bundesärztekammer mit dieser Thematik und konstatiert, dass die Zahl der Ärzte, die Deutschland verlassen und im Ausland auf bessere Arbeitsbedingungen hoffen, nach wie vor hoch und in den letzten Jahren weiter angestiegen ist. Im Jahr 2011 wanderten über 3000 Ärzte ins Ausland ab. Beliebte Ziele sind vor allem die Schweiz, Großbritannien, Schweden, Österreich oder die USA (Oberlander 2010: 22-24).

Bezogen auf den Ärztemangel gibt es deutliche Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern sowie ruralen und urbanen Regionen. Ländliche Gebiete in den neuen Bundesländern sind am stärksten betroffen. Auch die Altersproblematik fällt dort stärker ins Gewicht. Ausschlaggebend für den ausgeprägteren Ärztemangel in den neuen Bundesländern sind neben sogenannten weichen Faktoren (Infrastruktur, Lebensqualität, kulturelle Angebote usw.), wirtschaftliche Nachteile wie „hohe Arbeitslosigkeit, niedrigeres Einkommen und eine geringere Zahl von Privatversicherten“ (Hoesch 2009: 236). Weitere Gründe für den zunehmenden Ärztemangel sind die Anzahl der zu betreuenden Patienten, die in den neuen Bundesländern höher ist, und die innerdeutsche Abwanderung von Ärzten nach Westdeutschland (Kopetsch 2005: 86).

1.2 Zugewanderte Ärzte in Deutschland

Da nicht genügend deutsche Ärzte nachkommen, oder nicht genügend deutsche Ärzte nach dem Medizinstudium auch tatsächlich kurativ tätig werden, um den Ärztebedarf in Deutschland zu decken und den Ärztemangel auszugleichen, ist man auf die Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland angewiesen. Diese Zuwanderung von ausländischen Ärzten nach Deutschland

findet bereits seit einigen Jahren in zunehmendem Umfang statt.

Vergleicht man die Situation in Deutschland zum Beispiel mit der in Großbritannien, so zeigen sich deutliche Unterschiede. In Großbritannien sind 20-30% aller Ärzte Ausländer oder wurden im Ausland ausgebildet, wohingegen in Deutschland nur etwa 7% der Ärzte² aus dem Ausland kommen. Die Zahl der ausländischen Ärzte in Deutschland ist jedoch stark angestiegen, von etwa 10 000 im Jahr 1993 auf beinahe 25 000 im Jahr 2011 (BundesärztekammerStatistikÄrztzahlen 2011). Es wird angenommen, dass „die Migration von Gesundheitspersonal in westliche Industrienationen zukünftig noch zunehmen wird“ (Hoesch 2009: 37).

Da, wie bereits erwähnt, der Ärztemangel in Ostdeutschland größer ist als in Westdeutschland, ist hier die Zahl der zugewanderten Ärzte höher und auch die Anwerbung von Personal im Ausland wird in größerem Umfang praktiziert. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2004 konstatiert, dass 25% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern aktiv versuchen, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, wohingegen in den alten Bundesländern lediglich 8% aller Krankenhäuser diesen Weg beschreiten (Hoesch 2009: 51 und 263).

Um Großbritannien erneut als Vergleich heranzuziehen, ist zu erwähnen, dass dort Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal aus dem Ausland in großem Umfang aktiv angeworben werden. Dies war in Deutschland in den vergangenen 30 Jahren kaum der Fall und wird erst in den letzten Jahren verstärkt praktiziert (Hoesch 2009: 17). Diese eher verhaltene Arbeitskräfteanwerbung von Medizinerinnen aus dem Ausland liegt im Arztberuf an sich und seinen besonderen Voraussetzungen und Anforderungen begründet (Hoesch 2009: 68). Kulturelle Kompetenz und das Beherrschen der Sprache sind wichtige Faktoren für eine erfolgreiche und zufriedenstellende ärztliche Tätigkeit, die bei der Anwerbung von Ärzten im Ausland eine Hürde darstellen, die es erst einmal zu überwinden gilt.

Warum die Anwerbung von ausländischen Ärzten in Großbritannien in größerem Umfang praktiziert wird als in Deutschland, lässt sich in erster Linie an den Sprachkenntnissen festmachen. Englisch wird, im Gegensatz zu Deutsch, in vielen Ländern als Fremdsprache bereits in der Schule erlernt. Ein weiterer Grund sind die „traditionellen Verbindungen zu den ehemaligen Kolonien und den Old- und New-Commonwealth-Staaten“ (Hoesch 2009: 68), aus denen Großbritannien eine Vielzahl seiner ausländischen Ärzte rekrutiert.

Der größte Teil der ausländischen Ärzte in Deutschland (über 73%) kommt aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, vor allem aus Griechenland, Österreich, Rumänien und Polen. Ärzte aus Nicht-EU-Staaten machen den kleineren Teil der zugewanderten Ärzten aus, sie kommen primär aus Russland und der ehemaligen Sowjetunion, dem Iran, Syrien und der Türkei (Oberlander 2010: 26-27).

Die Hürden, die sich ausländischen Ärzten entgegenstellen, sind für Ärzte aus Nicht-EU-Staaten um einiges höher als für Angehörige eines EU-Mitgliedstaates. Während Letztere lediglich ein bestimmtes Deutsch-Niveau vorweisen oder erwerben müssen, wird bei den Ärzten aus Nicht-EU-Staaten, zusätzlich zu den erforderlichen Sprachkenntnissen, das medizinische Wissen in einer Prüfung auf Gleichwertigkeit mit dem in Deutschland vorausgesetzten medizinischen Wissen abgeglichen und in der Regel eine Praxiszeit in einer deutschen Klinik, das sogenannte Anpassungsjahr, erwartet. Um es konkret zu veranschaulichen: Ein griechischer

²Diese Berechnung bezieht sich ausschließlich auf berufstätige Ärzte.

Arzt mit den nötigen Deutschkenntnissen kann direkt in einer deutschen Klinik tätig werden, wohingegen ein Arzt aus der Ukraine mit denselben Sprachkenntnissen in der Regel erst einmal eine Praxiszeit als Praktikant in einer Klinik ableisten muss und daraufhin eine Prüfung zu bestehen hat.

Um Ärzte aus Nicht-EU-Staaten auf ihrem Weg ins Berufsleben zu begleiten, zu unterstützen und genau auf diese Prüfung vorzubereiten, sind im Laufe der Zeit in Deutschland verschiedene Weiterbildungsprojekte entstanden. Die erste Institution dieser Art hat das Bundesland Brandenburg, in Kooperation mit der Otto-Bennecke-Stiftung sowie der „Gesellschaft für berufsbildende Maßnahmen in Berlin“, bereits im Jahr 1985 ins Leben gerufen (Hoesch 2009: 255). Diesem Projekt folgten nach und nach weitere in ganz Deutschland, z.B. komMedikus in Emden, die Kulturakademie in Dresden, das Mibeg-Institut Medizin in Köln, das Via-Institut in Nürnberg sowie das Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar, auf das ich mich im Folgenden ausführlich beziehen werde.

1.3 Erkenntnisinteresse und Formulierung der Forschungsfrage

Wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde, ist das Ziel der vorliegenden Magisterarbeit, eine holistische Darstellung der Situation zugewanderter Ärzte in Deutschland zu präsentieren. Das einseitige, auf Probleme und Defizite fokussierte Bild von zugewanderten Ärzten soll kritisch beleuchtet und durch Hintergrundinformationen zur tatsächlichen Lage ergänzt werden. Auf diese Weise soll ein Einblick in ihre spezifische Lebensrealität ermöglicht werden.

Dabei liegt der Hauptfokus der Arbeit auf der Frage, wie Ärzte aus Nicht-EU-Staaten auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Interaktion mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten vorbereitet werden und welche Schwierigkeiten und Probleme sie auf ihrem Weg in eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit in Deutschland meistern müssen.

Dies wird exemplarisch am Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar nachvollzogen. Dabei wird folgenden Fragen nachgegangen: Wie werden ausländische Ärzte in diesem Anpassungsjahr geschult? Wie ist das Projekt aufgebaut? Wie läuft der Unterricht ab und inwieweit werden kulturspezifische Faktoren berücksichtigt? Wie effektiv ist die Vorbereitung und was könnte man aus ethnologischer Sicht verändern oder verbessern, um den Ärzten einen leichteren Einstieg in die Berufstätigkeit in Deutschland zu ermöglichen?

Von besonderem Interesse ist hierbei, wie sich die zugewanderten Ärzte bei diesem Prozess fühlen: Welche Erwartungen, Probleme und Ängste haben sie zu Beginn des Projektes und wie verändern sich diese im weiteren Verlauf? Wie erleben sie ihre erste berufliche Tätigkeit in einer Klinik als Praktikant oder beim Antritt einer Stelle? Welche Erfahrungen sammeln sie mit „der deutschen Klinik-Kultur“, etwa im Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Krankenschwestern?

Auch gesetzliche Rahmenbedingungen spielen eine Rolle und müssen thematisiert werden, um aufzuzeigen, welche Hürden zugewanderte Ärzte nehmen müssen, um in Deutschland offiziell als Arzt anerkannt zu werden und arbeiten zu können.

Darüber hinaus wird im Rahmen dieser Arbeit der Frage nachgegangen, welchen Einfluss kulturspezifische Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und dem Arztberuf an sich auf diesen Prozess, indem sich die zugewanderten Ärzte befinden, haben. Welchen Einfluss ha-

ben diese kulturspezifischen Vorstellungen auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten und wo werden sie konkret sichtbar?

Da im Rahmen dieser Arbeit eine teilnehmende Beobachtung der Ärzte im Krankenhaus nicht möglich war und es sich hierbei um eine komplexe Thematik handelt, die schwierig erfragbar ist, wird in erster Linie untersucht, wie und ob kulturell bedingte Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und dem Arztberuf an sich bereits im Unterricht des Ärzteprojektes zu beobachten sind und inwieweit sich die zugewanderten Ärzte auf Nachfragen dazu äußern. Davon ausgehend werden Vermutungen aufgestellt, wie sich dies auf den Klinikbetrieb und die Interaktionen mit Kollegen und Patienten auswirken könnte. Diese Arbeit soll somit als erster Schritt, als Grundlage und als Annäherung an diese Thematik dienen.

1.4 Was in dieser Arbeit nicht behandelt wird

Weder, wie die Situation in Deutschland verändert werden müsste, um den Ärztemangel einzugrenzen oder zu beseitigen, die Bedingungen attraktiver zu gestalten und dadurch deutsche Mediziner von der Migration in andere Länder abzuhalten, noch wie und ob der Mangel auch ohne die Zuwanderung ausländischer Ärzte zu regeln wäre, wird in dieser Arbeit thematisiert. Nicht behandelt werden des weiteren mögliche negative Konsequenzen, die eine Migration für die Heimatländer der Ärzte und des Pflegepersonals nach sich zieht, wie unter anderem ein Mangel an Gesundheitspersonal, medizinische Versorgungsengpässe oder eine „Minderung der Quantität und Qualität von medizinischen Dienstleistungen“ (Hoesch 2009: 102) und wie dem begegnet werden kann. Darüber hinaus wird in dieser Arbeit ausschließlich auf Ärzte in der Migration eingegangen, andere Berufsgruppen im Gesundheitssektor werden nicht mit einbezogen. Und wie bereits erwähnt geht es in dieser Arbeit ausschließlich um Ärzte, die aus Drittstaaten kommen oder dort ihr Diplom erworben haben.

1.5 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 1 wurde eine allgemeine Einleitung gegeben, besonderes Interesse galt hierbei dem Ärztemangel und den zugewanderten Ärzten in Deutschland. Daraufhin wurde das Erkenntnisinteresse und die Forschungsfrage vorgestellt und angesprochen, was in dieser Arbeit nicht behandelt wird.

In Kapitel 2 werden Gesetzliche Rahmenbedingungen vorgestellt. Zunächst wird dabei auf die rechtliche Lage zur Migration nach Deutschland eingegangen, wobei das neue Zuwanderungsgesetz von 2005, die seither erfolgten Gesetzesänderungen und die Auswirkungen auf die Arbeitsmigration, vor allem von Drittstaaten-Angehörigen, im Zentrum stehen. Daraufhin geht es um die Voraussetzungen und Zugangsbarrieren, die Ärzte aus Drittstaaten erfüllen und überwinden müssen, um in Deutschland erwerbstätig werden zu können. Hierbei ist vor allem das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen“ von Interesse, sowie die Durchführung der Kenntnisprüfung, der Erhalt einer Berufserlaubnis oder Approbation und der Erwerb der nötigen Sprachkenntnisse.

Die theoretischen Rahmenbedingungen sowie der Forschungsstand werden im 3. Kapitel thematisiert. An einen Überblick über den Stand der Forschung schließt sich eine Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff an. Daraufhin werden die dieser Arbeit zu Grunde liegenden theoretischen Konzepte vorgestellt. Dabei steht zunächst die Medizinethnologie im Fokus. Nachdem der Frage nachgegangen wurde, ob und warum Medizin ein kulturelles System darstellt, geht es um wichtige Konzepte der Medizinethnologie. Im Anschluss daran widme ich mich der Interkulturellen Kommunikation. Auf eine Einführung und einen Überblick folgen spezifische Informationen über „die deutsche Kultur“.

Im 4. Kapitel werden zunächst die methodischen Vorgehensweisen, die im Rahmen der Untersuchung zur Erhebung von Daten angewendet wurden, vorgestellt. Von Interesse sind hierbei die Teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche, qualitative Interviews mit dem Schwerpunkt auf Leitfaden-gestützten Interviews, sowie E-Mails und Mindmap-Bögen. Daraufhin geht es um das Vorgehen bei der Auswertung der gesammelten Daten.

Thema des 5. Kapitels ist das Setting der Untersuchung. Da die empirische Untersuchung in einer Stadt in Thüringen durchgeführt wurde, wird zunächst die Situation in Thüringen in Bezug auf den herrschenden Ärztemangel, die Zahl der ausländischen Ärzte, die Umsetzung des neuen „Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen“, sowie die Durchführung der Kenntnisprüfung näher beleuchtet. Im Anschluss daran wird das Ärzteprojekt Weimar ausführlich vorgestellt.

Im 6. Kapitel wird daraufhin detailliert auf die ethnographischen Daten eingegangen, die im Rahmen dieser Forschung erhoben wurden. Vorab geht es um das Forschen in der eigenen Gesellschaft, um Probleme und Chancen, die sich hierbei ergeben und um die Frage, in wie weit man als Experte der „eigenen Kultur“ gelten kann. Daran anschließend wird der Forschungskontext thematisiert, wobei der Zugang zum Feld, die Forscherrolle und mit der Forschung verknüpfte Aufgaben, sowie Probleme, die sich bei der Forschung ergeben haben, angesprochen werden. Im Folgenden werden dann die Teilnehmer des Ärzteprojektes vorgestellt. Daraufhin steht erneut der Unterricht des Ärzteprojektes im Fokus, wobei auch auf das Verhalten im Unterricht eingegangen und eine Bewertung des Unterrichtes vorgenommen wird. Nachdem nochmals die Kenntnisprüfung angesprochen wird, schließt sich ein Blick in den Klinikalltag in Deutschland an. Hierbei wird zunächst hinterfragt, in wie weit man von „dem deutschen Klinikalltag“ überhaupt sprechen kann, daraufhin wird auf bestehende Hierarchien, Aufgaben der Ärzte und auf die ärztliche Kommunikation eingegangen. Im Anschluss daran widme ich mich ausführlich den Problemen und Schwierigkeiten, die auf zugewanderte Ärzte in Deutschland zukommen können. Zu guter Letzt geht es um kulturspezifische Faktoren, die sich auf die Situation von zugewanderten Ärzten auswirken.

In Kapitel 7 werden die ethnographischen Daten zusammengefasst, analysiert und mit Hilfe der theoretischen Konzepte interpretiert und im 8. Kapitel daraufhin ein Fazit gezogen und ein Ausblick gegeben.

2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

2.1 Die rechtliche Lage zur Migration nach Deutschland

Die Zuwanderung nach Deutschland hat eine lange Tradition. Bereits vor der Anwerbung von Gastarbeitern, die 1955 begann, kamen u.a. im 17. Jahrhundert Hugenotten aus Frankreich und in den 70er Jahren des 18. Jahrhunderts Migranten aus Polen nach Deutschland (Migration und Integration 2011: 12).

Mit Beginn der Anwerbung von Gastarbeitern nahm die Zahl der Zuwanderer nach Deutschland dann jedoch stetig zu. Kamen 1961 gerade einmal 1,3% der Beschäftigten in Deutschland aus dem Ausland, waren es 1973 bereits 11,9%. Nach dem Anwerbestopp 1973 blieb die Zahl der Ausländer³ in Deutschland mehr oder weniger konstant und erhöhte sich dann ab den 1980er Jahren durch die Zuwanderung von Asylsuchenden erneut (Migration und Integration 2011: 14-16). Seit 1995 ist die Anzahl von ausländischen Mitbürgern in Deutschland wieder in etwa gleichbleibend. Im Jahr 2011 umfasste die ausländische Bevölkerung ungefähr 7,2 Millionen Menschen, was 8,8% der gesamten Bevölkerung Deutschlands entspricht.

Wer heute als Migrant nach Deutschland einreisen und sich hier aufhalten möchte, benötigt einen gültigen Pass sowie einen Aufenthaltstitel, „der in Form eines Visums, einer (befristeten) Aufenthaltserlaubnis oder als (unbefristete) Niederlassungserlaubnis erteilt werden kann“ (Migration und Integration 2011: 120). Ein Aufenthaltstitel wird vergeben, wenn der Antragsteller einen gesicherten Lebensunterhalt vorweisen kann, seine Staatsangehörigkeit klar ist und kein Ausweisungsgrund besteht (Migration und Integration 2011: 120-121).

Zuwanderer werden in Deutschland in unterschiedliche Kategorien der Migration eingeteilt, den sogenannten Zuwanderungsgruppen, die sich jeweils in Bezug auf die Einreise und den Aufenthaltsstatus der Migranten rechtlich von einander abheben. Ausländische Ärzte, die in Deutschland erwerbstätig werden möchten, fallen dabei zum großen Teil unter eine der folgenden Kategorien: EU-Binnenmigration von Bürgern der EU, die Zuwanderung von Spätaussiedlern, von jüdischen Zuwanderern, von Asylbewerbern oder die Migration von Drittstaaten-Angehörigen⁴ zum Zweck der Erwerbstätigkeit (Rühl 2012: 40). Auf diese Zuwanderungsgruppen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Angehörige der europäischen Union sowie des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz genießen innerhalb der EU „Personenfreizügigkeit (Recht auf Einreise und Aufenthalt gemäß § 2 Abs. 1 FreizügG/EU)“ (Rühl 2012: 43), die 2005 im Freizügigkeitsgesetz/EU festgelegt wurde. Für Bürger der EU, des EWR und der Schweiz wurden der Aufenthalt und die Beschäftigung in Deutschland erheblich erleichtert. Weder ein Visum oder eine Aufenthaltserlaubnis, noch eine Arbeitserlaubnis sind hierfür Voraussetzung. Ein Daueraufenthaltsrecht wird, wenn beantragt, ausgestellt (Gutmann 2005: 14).

Nach § 4 des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) sind Spätaussiedler „deutsche Volkszugehörige, die unter einem Kriegsfolgeschicksal gelitten haben und die im Bundesvertriebenengesetz benannten Aussiedlungsgebiete nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens

³Als Ausländer wird in diesem Zusammenhang derjenige bezeichnet, der nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügt.

⁴Drittstaaten sind alle Länder, die nicht Mitglied der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes sind (die Schweiz nimmt hierbei eine Sonderrolle ein) (Bundeszentrale für politische Bildung).

rens verlassen und innerhalb von sechs Monaten einen ständigen Aufenthalt im Bundesgebiet begründet haben“ (Rühl 2012: 49). Im Jahr 1990 wurde ein Gesetz zur Aufnahme von Aussiedlern, die seit 1993 als Spätaussiedler bezeichnet werden, verfasst. Um als Spätaussiedler in Deutschland aufgenommen zu werden, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen. So müssen besagte Personen unter anderem deutsche Volkszugehörige und vor dem 31. Dezember 1992 geboren worden sein. Bevor eine Einreise nach Deutschland möglich ist, werden diese Voraussetzungen vom Bundesverwaltungsamt geprüft. Wird die Aufnahme gestattet, bekommen die Aussiedler die deutsche Staatsangehörigkeit ausgestellt (Migration und Integration 2011: 140). Die Zuwanderung von Aussiedlern erreichte im Jahr 1990 ihren höchsten Stand und hat seitdem kontinuierlich abgenommen. Der größte Teil der Spätaussiedler stammt aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion (Rühl 2012: 53).

Im Jahr 1991 wurde die Aufnahme von jüdischen Zuwanderern aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland auf der Ministerpräsidentenkonferenz beschlossen. 2005 wurde dieses Aufnahmeverfahren, in Absprache mit dem Zentralrat der Juden in Deutschland, überarbeitet und neu organisiert. Voraussetzung für die Einwanderung ist der Nachweis der jüdischen Herkunft, die Zugehörigkeit zu einem Staat der ehemaligen Sowjetunion, sowie Kenntnisse der deutschen Sprache. Des Weiteren muss die Möglichkeit für die Zuwanderer gegeben sein, einer jüdischen Gemeinde in Deutschland beizutreten. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann eine Niederlassungserlaubnis ausgestellt werden (Migration und Integration 2011: 148-153). Von 1995 bis 2003 wurden jährlich zwischen 15 000 und 20 000 jüdische Zuwanderer vermeldet. Seit 2003 hat ihre Zahl erheblich abgenommen und belief sich im Jahr 2010 auf nur noch 1015 (Rühl 2012: 92).

Ausländer, die in ihrer Heimat politisch verfolgt werden, haben in Deutschland das Recht auf Asyl. Dieses Recht ist im deutschen Grundgesetz verankert und einklagbar. Die Definition von politischer Verfolgung orientiert sich an den Bestimmungen der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), die besagt, dass einer Person Asyl zu gewähren ist, wenn sie „wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung Verfolgungsmaßnahmen mit Gefahr für Leib und Leben oder Beschränkungen ihrer persönlichen Freiheit ausgesetzt sein wird oder solche Verfolgungsmaßnahmen begründet befürchtet“ (Rühl 2012: 93). Wurde das Recht auf Asyl erteilt, wird dem Antragsteller daraufhin eine Aufenthaltserlaubnis ausgestellt, die bereits als Berechtigung zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit gilt. Nach drei Jahren des Aufenthaltes kann eine Niederlassungserlaubnis beantragt werden. Der Zugang zum Arbeitsmarkt ist für Flüchtlinge dennoch oft besonders schwer. In der Zeit, in der ein Asylverfahren läuft und der Status noch nicht geklärt ist, dürfen Asylbewerber auch nicht arbeiten. In einigen Fällen bekommen Flüchtlinge jahrelang keine Berufserlaubnis ausgestellt und sind aus diesem Grund von langjähriger Arbeitslosigkeit betroffen. Diejenigen, die erwerbstätig sind, arbeiten meist in einem Beruf, in dem sie nicht ausgebildet wurden und der unter ihrem Qualifikationsniveau liegt (Englmann 2007: 98, Hadeed 2004: 30, 102).

Zuständig für die Bearbeitung der Anträge auf Asyl ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, kurz BAMF. Im Zeitraum von 1990 bis 2010 wurden insgesamt 2,3 Millionen Asylanträge gestellt. Die Zahl der Asylanträge nahm dabei von 1993 bis 2007 stetig ab und

stieg dann ab 2008 wieder deutlich an. Mehr als die Hälfte aller Personen, die im Jahr 2010 einen Asylantrag gestellt haben, kommen aus Asien, 29% aus Europa und 16% aus Afrika (Rühl 2012: 94-96).

Die Migration von Drittstaaten-Zugehörigen zum Zweck der Erwerbstätigkeit ist im Zuwanderungsgesetz und dem hier enthaltenen Artikel 1 „Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz AufenthG“ geregelt. Das Zuwanderungsgesetz und die seither erfolgten Gesetzesänderungen sollen im Folgenden ausführlich vorgestellt werden.

Im Jahr 2005 wurde das Zuwanderungsgesetz neu eingeführt und löste das Ausländergesetz von 1990 ab. Die Möglichkeit zur Einwanderung für Drittstaatenangehörige ist jedoch stark reglementiert. Der allgemeingültige Anwerbestopp, der die Anwerbung von Gastarbeitern im November 1973 offiziell beendete, wurde formal beibehalten und ist auch im neuen Zuwanderungsgesetz nach wie vor wirksam. Jedoch wurde die „Schließung des deutschen Arbeitsmarktes für Beschäftigte aus Drittstaaten durch rund 30 Ausnahmeregelungen aufgebrochen“ (Hoesch 2009: 244). Auch diese Ausnahmeregelungen sind im Aufenthaltsgesetz sowie in der Beschäftigungsverordnung aufgeschlüsselt, sie gelten beispielsweise für hochqualifizierte und qualifizierte Fachkräfte sowie für Kräfte in der Saisonarbeit und in bestimmten befristeten Beschäftigungen (Chaloff 2013: 67).

Zum Anwendungsbereich des Zuwanderungsgesetzes besagt Artikel 1:

„Das Gesetz dient zur Steuerung und Begrenzung des Zuzugs von Ausländern in die Bundesrepublik Deutschland. Es ermöglicht und gestaltet Zuwanderung unter Berücksichtigung der Aufnahme- und Integrationsfähigkeit, sowie der wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Interessen der Bundesrepublik Deutschland. Das Gesetz dient zugleich der Erfüllung der humanitären Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland. Es regelt hierzu die Einreise, den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Förderung der Integration von Ausländern“ (Zuwanderungsgesetz 2004, § 1 Artikel 1).

Parallel zum Aufenthaltsgesetz wurde 2005 auch die Beschäftigungsverordnung („Verordnung über die Zulassung von neu einreisenden Ausländern zur Ausübung einer Beschäftigung“ - BeschV) eingeführt. Sie schafft Ersatz für die zuvor geltende Arbeitsgenehmigungsverordnung, sowie die Anwerbestoppausnahmereverordnung (Chaloff 2013: 88-89).

Durch das Aufenthaltsgesetz in Kombination mit der Beschäftigungsverordnung wird geregelt, unter welchen Umständen Ausländer zur Berufsausübung in Deutschland zugelassen werden, dabei „orientiert sich die Zulassung ausländischer Beschäftigter an den Erfordernissen des Wirtschaftsstandortes Deutschland unter Berücksichtigung der Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt“ (Rühl 2012: 68).

Geändert hat sich mit dem Zuwanderungsgesetz von 2005, dass sich Ausländer, um erwerbstätig werden zu können, nicht mehr separat bei zwei unterschiedlichen Stellen, der Ausländerbehörde einerseits und der Bundesagentur für Arbeit andererseits, um Genehmigungen bemühen müssen. Die Aufenthaltsgenehmigung und die Arbeitsgenehmigung werden nun allein von der Ausländerbehörde bearbeitet („One-Stop-Government“) (Gutmann 2005: 3, Chaloff 2013: 73). Eine weitere Änderung ergab sich bei den Aufenthaltstiteln, die von vier auf zwei gekürzt wur-

den. Anstelle der Aufenthaltserlaubnis, der Aufenthaltsberechtigung, der Aufenthaltsbefugnis und der Aufenthaltsbewilligung treten die Aufenthaltserlaubnis und die Niederlassungserlaubnis. Mit einer Aufenthaltserlaubnis ist der Aufenthalt in Deutschland stets befristet, im Gegensatz zur Niederlassungserlaubnis, die einen unbefristeten Aufenthalt ermöglicht und nach fünf Jahren des Aufenthaltes (mit Aufenthaltserlaubnis) erteilt werden kann (Gutmann 2005: 4).

Das neue Zuwanderungsgesetz gab Anlass zu einigen Diskussionen. Hierbei wurde unter anderem kritisiert, dass sich Deutschland lange Zeit offiziell nicht als Einwanderungsland betrachtete und sich nicht wirklich um die Thematik einer nachhaltigen Integration bemühte. Auch das Zuwanderungsgesetz brachte weder den „ursprünglich geplanten Paradigmenwechsel in der Einwanderungspolitik“ (Englmann 2007: 19), noch führte es zu „einer echten Wende in der deutschen Zuwanderungspolitik“ (Chaloff 2013: 75). Kritische Stimmen äußerten außerdem, dass Zuwanderer „primär als Bedrohung und nicht als Potenzial für den deutschen Arbeitsmarkt gesehen“ (Englmann 2007: 20) würden.

Seit dem Zuwanderungsgesetz von 2005 gab es bezüglich der Politik der Arbeitsmigration in Deutschland einige Entwicklungen. Grund hierfür ist neben dem demografischen Wandel vor allem der Fachkräftemangel, der in einigen Berufszweigen entstanden ist oder sich verstärkt hat und der in den letzten Jahren erkannt und auch offiziell diskutiert wurde. Im Januar 2009 wurde beispielsweise im Aufenthaltsgesetz eine deutlichere Einteilung der Arbeitsmigranten in Hochqualifizierte und Qualifizierte vorgenommen. Dies ermöglichte vielen Drittstaaten-Angehörigen mit einem akademischen Abschluss einen erleichterten Einstieg in die Erwerbstätigkeit in Deutschland. Mitte 2011 fand daraufhin eine Regelung, die zwar schon 2005 im Zuwanderungsgesetz beschlossen wurde, die bis dahin jedoch nicht zum Greifen kam, ihre Anwendung. Hierbei handelt es sich um das „Instrument der Regelungen für Mangelberufe“ (Chaloff 2013: 75). Berufe, in denen ein offizieller Mangel an Fachkräften festgestellt wurde, werden als Mangelberufe bezeichnet. Bei diesen Mangelberufen wird auf die Vorrangprüfung⁵, die ansonsten durchgeführt wird, verzichtet und von der Bundesagentur für Arbeit lediglich ermittelt, ob das Arbeitsplatzangebot in Bezug auf Lohn und Beschäftigung den Bestimmungen nach angemessen ist. Diese Regelung wurde erstmals für Ärzte sowie Maschinenbau-, Elektrotechnik-, und Automobilingenieure durchgeführt. Bereits im Februar 2012 wurden weitere Berufe, vor allem im Bereich des Ingenieurwesens und der Informations- und Telekommunikationstechnik (IT), in den Katalog der Mangelberufe aufgenommen.

Im August 2012 wurden des Weiteren Gesetzesänderungen durchgeführt, welche die Arbeitsmigration für viele qualifizierte Zuwanderer vereinfachte. Im Rahmen dieser Gesetzesänderungen wurde die EU-Hochqualifizierten-Richtlinie eingeführt und die „Blaue-Karte-EU“ als neuer Aufenthaltstitel beschlossen. Die „Blaue-Karte-EU“ ermöglicht einen direkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt für alle hochqualifizierten Fachkräfte mit Hochschulabschluss, die über ein Brutto-Jahresgehalt von mindestens 46 400 € verfügen. Für Zuwanderer, die in Mangelberufen tätig sind, ist das für die „Blaue-Karte-EU“ nötige Mindestgehalt auf 36 192 € Brutto-Jahresgehalt gesenkt worden.

⁵Die Vorrangprüfung wird vorgenommen um zu untersuchen, ob für einen Arbeitsplatz, der von einem Arbeitsmigranten besetzt werden soll, nicht auch mögliche Arbeitnehmer im Inland, oder aus der EU zur Verfügung stehen, die vor diesem Vorrang haben (Chaloff 2013: 98).

Zusätzlich zur Einführung der Hochqualifizierten-Richtlinie und der „Blaue-Karte-EU“ wurde auch ein neues Visum beschlossen, das speziell für Zuwanderer gedacht ist, die einen ausländischen Hochschulabschluss erworben haben und denen ein Aufenthalt in Deutschland von einem halben Jahr ermöglicht wird, damit sie gezielt nach einem Arbeitsplatz suchen können. Eine weitere Möglichkeit, in Deutschland erwerbstätig zu werden, ist durch die geöffnete Arbeitsmarktsituation für Migranten, die eine deutsche Ausbildung vorweisen können, gegeben (Chaloff 2013: 57, 67, 75-76, siehe auch Heß 2009, Heß 2012).

Zusammenfassend kann zur derzeitigen Lage der gesetzlichen Rahmenbedingungen⁶ zur Arbeitsmigration nach Deutschland gesagt werden, dass sie nach wie vor von einem Anwerbestopp geprägt ist, der jedoch von einer langen Liste von Ausnahmeregelungen durchbrochen wird. Zuwanderer aus Drittstaaten, die über einen Hochschulabschluss verfügen und die ein Arbeitsplatzangebot in Deutschland vorweisen können, bekommen in der Regel eine Zulassung ausgestellt. Jedoch muss bei der Beantragung der Arbeitserlaubnis auf die gesetzliche Ausnahmeregelung, anhand derer der Zugang zum Arbeitsmarkt erfolgen soll, hingewiesen werden. Für qualifizierte Zuwanderer, z.B. für Ärzte, aus Drittstaaten gibt es zwei Möglichkeiten der Zuwanderung nach Deutschland. Entweder sie beantragen eine unbefristete Niederlassungserlaubnis für Hochqualifizierte nach § 19 AufenthG, oder sie stellen einen Antrag für eine (befristete) Arbeitserlaubnis für eine Beschäftigung nach § 18 AufenthG (Heß 2009: 18-20). Die Veränderungen, die sich seit 2005 in der Politik der Arbeitsmigration getan haben, zielen darauf ab, Deutschland auf lange Sicht für qualifizierte und hochqualifizierte Zuwanderer attraktiver zu gestalten. Unmittelbare Auswirkungen dieser Politik zeigen sich nur langsam, was an der nach wie vor niedrigen Zahl der Arbeitsmigranten aus Drittstaaten ersichtlich ist. „Die Zahl der Arbeitsmigranten beläuft sich lediglich auf 25 000 pro Jahr oder 0,2% der Bevölkerung und ist damit im Vergleich zu der Arbeitsmigration in den meisten anderen OECD⁷-Ländern niedrig“ (Chaloff 2013: 19, 23).

Kritisiert wird am deutschen Zuwanderungsgesetz mit all seinen bisher erfolgten Gesetzesänderungen, dass es unübersichtlich, unklar und zum Teil schwer verständlich ist. Betroffen sind hiervon vor allem die Arbeitgeber und die Arbeitsmigranten selbst. Chaloff beschreibt einige der Schwierigkeiten, die bei der Beantragung eines Visums auftreten können:

„Das Standardformular für Visumanträge aus dem Ausland enthält keine Angaben dazu, nach welcher Ausnahmekategorie der Antragsteller eine Zulassung beantragt. Dasselbe gilt für die von den Ausländerbehörden verwendeten Antragsformulare, bei denen zudem zwischen den örtlichen Ausländerbehörden große Unterschiede bestehen können. Arbeitgeber und Zuwanderungskandidaten sind daher unsicher, auf welcher Grundlage ihr Antrag beurteilt wird“ (Chaloff 2013: 21, 91).

Das Thema dieses Kapitels war die Zuwanderungspolitik in Deutschland. Zu Beginn wurde ein kurzer Überblick über die Migrationsgeschichte in Deutschland gegeben, an den sich die

⁶Die „derzeitige Lage der gesetzlichen Rahmenbedingungen“ ist auf dem Stand von März 2013, mögliche weitere Gesetzesänderungen oder -erweiterungen, die sich seit diesem Zeitpunkt ergeben haben, wurden nicht mehr berücksichtigt.

⁷Die OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ist ein weltweiter Zusammenschluss von 34 Mitgliedstaaten mit primärem Interesse an Demokratie und Wirtschaftsentwicklung (Chaloff 2013: 2011).

Vorstellung verschiedener Zuwanderungsgruppen anschloss. Im Mittelpunkt stand dann vor allem das Zuwanderungsgesetz von 2005, die seither erfolgten Gesetzesänderungen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsmigration.

Im folgenden Abschnitt soll es nun um die Voraussetzungen gehen, die speziell zugewanderte Ärzte, die in Deutschland erwerbstätig werden möchten, zu erfüllen haben.

2.2 Anerkennungsverfahren, Kenntnisprüfung und erforderliche Sprachkenntnisse

In Deutschland wird zwischen reglementierten und nicht-reglementierten Berufen unterschieden. Reglementierte Berufe unterliegen gesetzlichen Regelungen. Sowohl bestimmte Berufsqualifikationen als auch ein Befähigungsnachweis, z.B. in Form eines Diploms, sind Voraussetzung, um in diesen Berufen tätig zu werden. Dabei umfassen reglementierte Berufe akademische, wie auch Ausbildungsberufe. Zu den insgesamt etwa 60 reglementierten Berufen in Deutschland gehört auch die Berufsgruppe der Ärzte. Auf Grund der gesetzlichen Regelung dieser Berufe sind folglich auch ausländische Berufsabschlüsse gesetzlich geregelt und unterliegen einem „formalen Anerkennungsverfahren“ (Coenen 2012: 35).

Die Anerkennungsverfahren für zugewanderte Ärzte werden durch Gesetze innerhalb der Bundesärzteordnung (BÄO) geregelt. Die Zuständigkeit für die Anerkennung liegt bei den Bundesländern, die hierfür jeweils unterschiedliche Behörden beauftragen. Die Anzahl dieser zuständigen Stellen ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Für Anerkennungsverfahren von Berufen im Gesundheitsbereich sind Gesundheitsministerien verantwortlich, wobei die Bearbeitung wiederum Aufgabe von Regierungspräsidien oder Gesundheitsämtern ist. In der Regel müssen die Antragsteller für das Anerkennungsverfahren Gebühren entrichten, die in den Bundesländern unterschiedlich hoch ausfallen. Bevor ein Anerkennungsverfahren beantragt werden kann, muss der Antragsteller zuerst die für ihn zuständige Behörde ausfindig machen, die von seinem Wohnort abhängt.

Auf der Internetseite des ANABIN, des Informationsportals zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse (www.anabin.kmk.org), das von der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) unterhalten wird, werden Informationen über die Bewertung ausländischer Qualifikationen gegeben und Beratungs- und Anerkennungsstellen in ganz Deutschland genannt. Insgesamt enthält die ANABIN-Datenbank Informationen über 22 500 Hochschulabschlüsse. Ein weiteres Informationsportal, das den Namen „Anerkennung in Deutschland“ (www.erkennung-in-deutschland.de) trägt und sowohl auf deutscher als auch auf englischer Sprache zur Verfügung steht, gibt, ebenso wie die ANABIN, Auskunft über Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen in Deutschland (Englmann 2007: 101 und 104; Chaloff 2013: 173).

Damit eine ausländische Qualifikation in Deutschland anerkannt wird, wird im Anerkennungsverfahren zunächst die entsprechende deutsche Berufsausbildung zum Vergleich herangezogen und es wird untersucht, in wie weit sich die jeweiligen Ausbildungen gleichen. Dabei müssen diese nicht identisch sein, aber „die Ausbildung muss die Anforderungen, also das Niveau, den Inhalt und die Dauer der Ausbildung erfüllen, die nach deutschem Recht an die Ausübung des jeweiligen Berufs gestellt werden“ (Coenen 2012: 36). Nach BÄO liegen wesentliche

Unterschiede zwischen einer ausländischen und einer deutschen Qualifikation vor, wenn die Ausbildung des Antragstellers mindestens ein Jahr kürzer ist als die in Deutschland vorgeschriebene Ausbildungsdauer. Ein Medizinstudium in Deutschland umfasst mindestens sechs Jahre. Zusätzlich ist eine praktische Ausbildung von acht bis zwölf Monaten in einer ärztlichen Einrichtung vorgeschrieben. Des Weiteren wird eine Qualifikation als nicht gleichwertig anerkannt, wenn die Ausbildung in Bezug auf die Studienfächer im Wesentlichen nicht mit der deutschen Ausbildung vergleichbar ist⁸.

Der Anspruch auf die Überprüfung einer ausländischen Berufsqualifikation auf Gleichwertigkeit mit einer deutschen Qualifikation und auch die Ausübung vieler Berufe waren jedoch lange Zeit abhängig von der Staatsangehörigkeit des Antragstellers beziehungsweise dem Land, in dem der Abschluss erworben wurde. Für Angehörige von EU-Staaten, EWR-Staaten und der Schweiz galt die EU-Anerkennungsrichtlinie, welche die Anerkennung der Berufsabschlüsse vereinfachte und in den Staaten der Europäischen Union eine rechtliche Berufsausübung ermöglichte. Im Unterschied dazu hatten Angehörige von Drittstaaten nicht automatisch das Recht auf Überprüfung ihrer Qualifikation. Eine Ausnahme dieser Regelung galt für die Zuwanderungsgruppe der Spätaussiedler, denen, im Gegensatz zu den anderen Zuwanderungsgruppen, das Recht zustand, ihre berufliche Qualifikation in Deutschland in einem Anerkennungsverfahren überprüfen zu lassen. In der Regel fiel das Anerkennungsverfahren jedoch negativ aus und ihre Qualifikationen wurden für nicht gleichwertig erachtet (Englmann 2007: 91 und 94). Für die anderen Zuwanderungsgruppen war solch eine Prüfung, beziehungsweise ein Verfahren zur Anerkennung, in einer Vielzahl von Berufsgruppen nicht existent. Hinzu kam noch, dass, wenn es Verfahren gab, diese in den verschiedenen Bundesländern auch unterschiedlich geregelt waren und der ganze Bereich, der auch als „Problemfeld Anerkennung“ bezeichnet wurde, als schwer durchschaubar galt (Coenen 2012: 37; Englmann 2007: 28 und Chaloff 2013: 172).

Die Auswirkungen dieses fehlenden Rechts auf Überprüfung und Anerkennung der ausländischen Qualifikation machten sich im erschwerten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt bemerkbar:

„Obwohl Zuständigkeiten eigentlich klar geregelt sein sollten, ergeben sich in der Praxis Probleme, die für potentielle Antragsteller/innen unüberwindbar sein können. Zahlreiche Migrant/innen berichten von einem jahrelangen Anerkennungs-marathon durch Behörden und Ministerien, viele geben frustriert auf“ (Englmann 2007: 102).

Eine weitere Folge des fehlenden Rechts auf ein Anerkennungsverfahren war und ist die sogenannte De-Qualifizierung der Zuwanderer. Migrantinnen mit akademischen Abschlüssen sind oft lange Zeit arbeitslos, haben Schwierigkeiten sich anhand des mangelnden Informationsangebots für Einwanderer im deutschen Arbeitsmarkt zurecht zu finden und arbeiten letztlich oft in schlecht bezahlten Berufen, für die sie eigentlich überqualifiziert sind (Englmann 2007: 18, 22). Dies trifft in Deutschland auf rund 30% der Zuwanderer mit Hochschulabschluss zu (Chaloff 2013: 115).

⁸Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 29 G vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2512), § 3 Absatz 1-2.

Erst mit dem neuen Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen, das am 1. März 2012 in Kraft getreten ist, sollen die je nach Staatsangehörigkeit unterschiedlichen Ansprüche auf Überprüfung der Qualifikation aufgehoben und vereinheitlicht werden. Durch das neue Gesetz haben sowohl Bürger der EU als auch Angehörige von Drittstaaten einen generellen Anspruch auf die Überprüfung ihrer Qualifikation und auf die Ausübung ihres Berufes (Chaloff 2013: 172).

Somit hat dieses Gesetz direkte Auswirkungen auf die Erteilung der Approbation an Ärzte aus Drittstaaten. Voraussetzung zur Ausübung des Arztberufes, wie auch aller anderen akademischen Heilberufe, in Deutschland ist die Approbation oder die Berufserlaubnis. Nur mit einer Approbation kann ein Arzt in Deutschland selbstständig arbeiten und sich mit einer eigenen Praxis innerhalb ganz Deutschlands niederlassen. Ein zugewanderter Arzt kann auch durch die Erteilung einer Berufserlaubnis in Deutschland tätig werden, jedoch nicht als selbstständiger Arzt und nicht mit einer eigenen Praxis, sondern nur in abhängigen Beschäftigungen und auch nur auf Assistenzarztebene. Zusätzlich ist eine Berufserlaubnis im Gegensatz zur Approbation zeitlich begrenzt, in der Regel auf vier Jahre, und gilt nur in dem Bundesland, manchmal sogar nur in der Region, in der die Berufserlaubnis beantragt wurde (Coenen 2012: 52).

Bevor das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen in Kraft getreten ist, war die Erteilung der Approbation von der Staatsangehörigkeit des Antragstellers abhängig. Bürger der EU, des EWR oder der Schweiz waren klar im Vorteil, denn die Approbation wurde ihnen auf Antrag erteilt und sie konnten somit direkt selbstständig in Deutschland tätig werden. Im Gegensatz dazu wurde Angehörigen von Drittstaaten lediglich eine befristete Berufserlaubnis erteilt und das nur, wenn sie bereits ein Arbeitsplatzangebot vorweisen konnten (Coenen 2012: 53). Die Erteilung der Approbation war für Ärzte aus Drittstaaten erst nach einer Einbürgerung und Erlangung der deutschen Staatsangehörigkeit möglich. Die Einbürgerung wiederum konnte erst nach einem längeren Zeitraum, während dessen der Antragsteller mit einer Berufserlaubnis als Arzt in Deutschland gearbeitet hat, durchgeführt werden. Eine Niederlassung mit einer eigenen Praxis war für Ärzte aus Drittstaaten somit erst nach mehreren Jahren der Erwerbstätigkeit in Deutschland realisierbar (Hoesch 2009: 252).

Mit dem neuen Gesetz ist es nun auch Antragstellern aus Drittstaaten möglich, direkt eine Approbation in Deutschland zu erhalten. Die Approbation wird jedoch lediglich unter der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ausgehändigt. Werden bei der Prüfung der Gleichwertigkeit des ausländischen Bildungsabschlusses mit dem deutschen keine wesentlichen Unterschiede festgestellt, kann die Approbation erteilt werden. Werden jedoch zwischen beiden Ausbildungen wesentliche Unterschiede festgestellt, wie dies in der Regel der Fall ist, besteht folglich keine „objektive Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes des Antragstellers mit dem deutschen Diplom“ (Hoesch 2009: 255).

In diesem Fall greift die Regelung der BÄO:

„Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben oder ist sie nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand feststellbar, ist ein gleichwertiger Kenntnisstand nachzuweisen. Der Nachweis wird durch das Ablegen einer

Prüfung erbracht, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung erstreckt“⁹.

Diese Gleichwertigkeitsprüfung, Kenntnisstandprüfung oder neuerdings Kenntnisprüfung, ist eine mündliche Prüfung, die sich am Inhalt des medizinischen Staatsexamens, also an der deutschen Abschlussprüfung für Mediziner, orientiert. Bei der Kenntnisprüfung handelt es sich um eine Einzelprüfung, die auf Deutsch durchgeführt wird, durch eine Prüfungskommission abgenommen wird und nicht länger als 90 Minuten dauern soll. Inhalt und Ablauf der Prüfung variieren von Bundesland zu Bundesland und waren in Thüringen, auf Grund der Gesetzesänderung, zu Zeitpunkt der Untersuchung im Prozess der Überarbeitung. Auch wie oft die Prüfung im Fall des Nicht-Bestehens wiederholt werden kann, ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Generell kann man sagen, dass eine Kenntnisprüfung anspruchsvoll ist und ein Vorbereitungskurs für ausländische Ärzte dringend empfohlen wird. Dies trifft vor allem auf Ärzte zu, die seit vielen Jahren in einem bestimmten Fachgebiet gearbeitet haben oder die lange Zeit nicht in ihrem eigentlichen Beruf tätig waren und aus diesen Gründen medizinisches Grundlagenwissen auffrischen müssen, aber auch auf Ärzte, die noch nicht in Deutschland gearbeitet haben und bestimmte Verfahrensweisen und/oder technische Geräte eventuell nicht kennen (Englmann 2007: 156). Nach Bestehen der Kenntnisprüfung kann die Approbation von Seiten des zugewanderten Arztes beantragt werden, nach einer bestimmten Bearbeitungszeit wird diese in der Regel direkt ausgestellt.

Für Ärzte aus Drittstaaten gibt es also seit dem neuen Gesetz zwei Möglichkeiten, eine Approbation zu erhalten:

1. Das Diplom wird auf Gleichwertigkeit überprüft. Resultat: Die Gleichwertigkeit wird festgestellt → Die Approbation wird beantragt und ausgestellt.
2. Das Diplom wird auf Gleichwertigkeit überprüft. Resultat: Die Gleichwertigkeit ist nicht gegeben → Kenntnisprüfung → Bestehen der Kenntnisprüfung → Die Approbation wird beantragt und ausgestellt.

Zusätzliche Voraussetzung zum Erhalt einer Approbation, aber auch einer Berufserlaubnis, und somit Voraussetzung der ärztlichen Berufsausübung in Deutschland, ist das Beherrschen der deutschen Sprache auf einem vorgeschriebenen Niveau, welches durch einen bestandenen Sprachtest vorzuweisen ist. Das gilt für alle zugewanderten Ärzte, sowohl für Ärzte aus EU-Staaten als auch für diejenigen aus Drittstaaten. Im Normalfall handelt es sich dabei um das „Niveau B2 Mittelstufe nach dem europäischen Referenzrahmen“ (Hoesch 2009: 253).

Seit April 2012 wurde zusätzlich zum neuen Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen die Rechtslage bezüglich der Erteilung der Berufserlaubnis geändert. Eine Berufserlaubnis, die nach dem 1. April 2012 beantragt wurde und wird, kann nur noch für zwei Jahre ausgestellt werden. Alle zugewanderten Ärzte, die länger als diese zwei Jahre in Deutschland beruflich tätig sein wollen, müssen die Approbation beantragen. Die Erlangung der Approbation ist, wie bereits

⁹Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 29 G vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2512), § 3 Absatz 2.

erläutert, seit März 2012 für alle ausländischen Ärzte, die eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, möglich, jedoch für alle Ärzte aus Nicht-EU-Staaten in der Regel an die Kenntnisprüfung gebunden. Für einen Arzt, dessen Berufserlaubnis vor dem 1. April ausgestellt und bereits einmal verlängert wurde, gilt die Regelung, dass eine weitere Verlängerung nur dann möglich ist, wenn die Approbation bis spätestens 1. Juli 2012 beantragt wurde. Durch diese Änderung sind zugewanderte Ärzte aus Drittstaaten nun gezwungen, die Approbation zu beantragen und somit auch die Kenntnisprüfung abzulegen, wenn sie weiterhin ihren Beruf ausüben wollen (www.thueringen.de/th3/tlvwa/).

In diesem Kapitel wurde auf die Voraussetzungen eingegangen, die zugewanderte Ärzte erfüllen müssen, um in Deutschland als Arzt tätig werden zu können. Im Mittelpunkt stand dabei das formale Anerkennungsverfahren, in welchem das medizinische Diplom auf Gleichwertigkeit mit dem deutschen Diplom überprüft wird. In diesem Zusammenhang waren vor allem das neue „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen“ sowie die Kenntnisprüfung von Interesse. Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Konzepte, die als Gerüst dieser Arbeit fungieren, sowie der Stand der Forschung thematisiert.

3 Theoretische Konzepte und Forschungsstand

3.1 Stand der Forschung

Die Frage, wie es zugewanderten Ärzten auf ihrem Weg in die Berufstätigkeit in Deutschland ergeht, mit welchen Problemen sie konfrontiert werden, sowohl bevor sie ihr Berufsleben überhaupt beginnen können als auch konkret im Berufsalltag und welche Rolle dabei „die Kultur“ spielt ist nicht so leicht zu beantworten, da diese Thematik in der Forschung kaum Beachtung findet.

Bei einer ersten Literaturrecherche zum Thema „Migration und Gesundheit“ wird man in reichlichem Umfang fündig. In erster Linie handelt es sich hierbei jedoch um Literatur, die auf Patienten mit Migrationshintergrund und deren Zugang zu - und Inanspruchnahme von - medizinischen Dienstleistungen in deutschen Gesundheitseinrichtungen, oder eleganter formuliert „ihre Zugangspunkte und Inklusionschancen in die Sozialsysteme der Zielländer“ (Hoesch 2009: 100), eingeht. Dieser Aspekt wird sowohl in medizinischen Arbeiten thematisiert als auch von soziologischer und ethnologischer Seite bearbeitet. In den meisten medizinischen Abhandlungen bekommen deutsche Mediziner oder Krankenschwestern Tipps und Ratschläge im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund und werden auf kulturelle Unterschiede, beispielsweise in Bezug auf das Besuchsverhalten von Angehörigen oder auf religiöse Praktiken, hingewiesen (siehe u.a. Zimmermann 2000, Kellnhauser 1999). In den Sozialwissenschaften beschäftigt man sich im Gegensatz dazu mit Fragestellungen, bei denen der Faktor Kultur verstärkt im Mittelpunkt steht und in vielen Fällen die Interkulturelle Kommunikation von besonderer Bedeutung ist. Die Ethnologin Verena Dreißig befasst sich beispielsweise in ihrer Dissertation „Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus“ mit Schwierigkeiten bei der Interaktion von Patienten mit Migrationshintergrund und Klinikpersonal und geht der Frage nach, welche Rolle Kultur hierbei spielt und welche anderen Faktoren in diesem Zu-

sammenhang von Bedeutung sind. Birgit Rommelspacher beschäftigt sich in „Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen“ mit deutschen Pflegeeinrichtungen, in denen seit Jahren Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund aufeinander treffen. Und Charlotte Uzarewicz geht in „Ethnologische Gesundheitsarbeit und transkulturelle Pflege“ auf die Rolle der Ethnologie in der Weiterbildung von Pflegenden ein und beschäftigt sich mit der möglichen Anwendung ethnologischen Wissens im Gesundheitsbereich. Des weiteren setzt sich Katja Eichler in „Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit“ mit Patientinnen mit Migrationshintergrund und ihren Strategien im Umgang mit Krankheit und Gesundheit auseinander.

Sucht man nach Literatur, die anstelle des Patienten den Arzt, als Migranten im Fokus hat, wird man ebenso fündig, wenn auch in deutlich geringerem Ausmaß. Die relevanten Studien beziehen sich jedoch in erster Linie auf die Situation in Großbritannien. Dieser Umstand ist nicht weiter verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Arbeitsmigration im Gesundheitsbereich in Großbritannien, wie bereits erwähnt, eine lange Tradition hat und in größerem Umfang praktiziert wird als das in Deutschland der Fall ist. Die Hauptthemen, die hier angesprochen werden, sind unter anderem die Gefahr der Diskriminierung, der Ausbeutung und Abhängigkeit der zugewanderten Ärzte sowie das „downgrading“ und „deskilling“, das Abwerten der beruflichen Tätigkeit, womit das Ausüben eines Berufes gemeint ist, für den die betroffene Person überqualifiziert ist (Hoesch 2009: 100). Eine Literaturübersicht sowie eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklungen der Migration im Gesundheitsbereich im anglophonen Raum ist in „A review of research and policy documents on the international migration of physicians and nurses“ von Bradby zu finden.

Die Recherche nach Literatur, die sich konkret auf die Situation von zugewanderten Ärzten in Deutschland bezieht, gestaltet sich hingegen um einiges schwieriger. Zu finden ist Literatur im medizinischen Bereich, die sich aber meist auf kurze Abhandlungen und gesetzliche Regelungen zur Kenntnisprüfung oder zur Approbation beschränkt und sich mit den Ursachen und Auswirkungen des Ärztemangels auseinandersetzt.

Als eine der wenigen Arbeiten, die sich mit der Situation von zugewanderten Ärzten in Deutschland beschäftigt, ist die Dissertation „Was bewegt Mediziner – Die Migration von Ärzten und Pflegepersonal nach Deutschland und Großbritannien“ von Kirsten Hoesch zu nennen. Hoesch vereint in ihrer Arbeit politikwissenschaftliche mit migrationswissenschaftlichen Ansätzen und vergleicht die Situation in Deutschland mit der in Großbritannien, die sich sowohl in Bezug auf den Mangel an und die Anwerbung von Gesundheitspersonal als auch in Hinblick auf die Ursachen und den gesetzlichen Rahmen der Migration unterschiedlich gestaltet.

Durch die Teilnahme an dem Symposium „Medical migration“ an der University of Warwick in Coventry/ England im März 2013 wurde ich auf weitere wichtige Publikationen in diesem Bereich aufmerksam. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang der Sammelband „Kulturelles Kapital in der Migration – Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt“, das von Arnd-Michael Nohl, Karin Schittenhelm, Oliver Schmidtke und Anja Weiß herausgegeben wurde. In den verschiedenen Beiträgen wird der Frage nachgegangen wie Migranten ihr Wissen und Können im Einwanderungsland weiterentwickeln und anwenden,

aber auch in wie weit und aus welchen Gründen sie von Dequalifizierung und Diskriminierung betroffen sind. Hierbei wird unter anderem auch explizit auf die Situation von Ärzten verwiesen. Zudem ist die Arbeit „Ärzte in der Fremde“ von Yvonne Henkelmann zu erwähnen, die die Migration von Ärzten nach Deutschland und Kanada thematisiert und untersucht welche Rolle hierbei den Sprachkenntnissen zukommt.

Beschränkt man sich nicht allein auf migrierende Ärzte, sondern zieht auch zugewanderte Krankenschwestern und Pflegepersonal in Betracht, stößt man erneut auf eine Vielzahl von Veröffentlichungen. Aber auch hier wird beinahe ausschließlich Bezug auf die Situation in Großbritannien genommen. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf James Buchan, der sich eingehend mit der Migration von Pflegepersonal beschäftigt hat und der sowohl auf die tatsächliche Migration nach Großbritannien als auch auf die sich anschließende Integration ins Arbeitsleben eingeht. Des weiteren setzt er sich mit „Fragen des 'ethical recruitment' und Politikoptionen mit dem Ziel einer 'managed migration' für Migration von Gesundheitspersonal“ (Hoesch 2009: 101) auseinander.

Literatur, die sich konkret auf Deutschland bezieht, ist auch bei dieser Thematik nur vereinzelt vorhanden. Diesbezüglich ist u.a. Jens Friebe anzuführen, der in „Migranten in der Altenpflege“ und in „Interkulturelle Bildung in der Pflege“ sowohl auf die Situation von zugewanderten Pflegenden als auch auf „Pflegepatienten“ mit Migrationshintergrund in Deutschland eingeht. Da Publikationen zum Thema der Migration von Pflegepersonal in den letzten Jahren in bedeutendem Umfang zugenommen haben, wurde die sogenannte „Brain-Drain-Debatte“ von Neuem angefacht (Hoesch 2009: 102).

Bereits in den 1970er Jahren wurde die Auswanderung von qualifizierten Fachkräften, vornehmlich aus Entwicklungsländern in Industrieländer, als „Brain-Drain“ bezeichnet und diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Auseinandersetzung standen negative Auswirkungen, welche die Abwanderung gut ausgebildeter Arbeitskräfte für deren Heimatländer nach sich zieht. Darunter fallen Einbußen finanzieller Art durch ausbleibende Steuereinnahmen, fehlende Arbeitskräfte im eigenen Land, sowie einen Verlust an Ausbildungskosten, die vom Staat übernommen wurden. Und auch die Intensivierung von „bereits bestehenden Abhängigkeitsstrukturen der Entwicklungsländer von den westlichen Industriestaaten“ (Heß 2009: 13) wurde befürchtet.

Der Fokus und auch die Beteiligten dieser Diskussion veränderten sich im Zeitraum von 1980 bis 1990. Wurde dieser Sachverhalt zuvor vor allem im englischsprachigen Raum diskutiert, entdeckte man die Migration qualifizierter Arbeitskräfte als Gegenstand der Forschung nun auch in Deutschland. Thematisch wurde die Migration von gut ausgebildeten Fachkräften nicht mehr nur unter negativen Gesichtspunkten interpretiert, auch denkbare positive Folgen für die Heimatländer wurden berücksichtigt. Migranten stehen beispielsweise meist weiterhin in Kontakt mit Personen aus ihrem Heimatland und in vielen Fällen überweisen sie ihnen auch Geld, was wirtschaftliche Entwicklungen begünstigt. Eine Rückkehr ins Heimatland kann des weiteren zu einem Wissensaustausch führen. So schreibt etwa Heß: „Ein zunächst als Verlust wahrgenommener Brain-Drain könnte sich – so die Annahme – im Laufe der Zeit in einen sogenannten Brain- (Re)Gain verwandeln und damit auch für die Entsendeländer zu einem Gewinn führen“ (Heß 2009: 13-14).

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über den Stand der Forschung gegeben, wobei zu-

nächst auf Literatur, die den Patienten als Migranten im Fokus hat, eingegangen wurde. Von besonderem Interesse waren daraufhin Studien, die sich mit der Migration von Ärzten einerseits, sowie Krankenschwestern und Pflegepersonal andererseits, beschäftigen, wobei auch auf die unterschiedliche Situation in Bezug auf die Existenz von Literatur über Deutschland und Großbritannien verwiesen wurde.

Im folgenden Kapitel steht nun der Kulturbegriff im Fokus.

3.2 Zum Kulturbegriff

Der Begriff Kultur wird in dieser Arbeit verwendet, wenn beispielsweise die Rede vom unterschiedlichen kulturellen Hintergrund einer Person ist, wenn die Möglichkeit des Forschens in der eigenen Kultur diskutiert wird, oder auch wenn überlegt wird, welche Rolle der Faktor Kultur bei den Problemen der zugewanderten Ärzte spielt. Aus diesem Grund ist es sinnvoll und notwendig, die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von Kultur anzusprechen, verschiedene Verständnisse von Kultur kurz vorzustellen und den Kulturbegriff, der in dieser Arbeit verwendet wird, aufzuzeigen.

Im nicht-wissenschaftlichen Bereich wird in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen von Kultur gesprochen, was auf eine vielseitige Verwendung des Kulturbegriffes im alltäglichen Gebrauch verweist:

Unter einer kulturellen Veranstaltung verstehen wir eine Oper, eine Lesung, ein Konzert o.ä.; in einem etwas anderen Kontext spricht man von 'Freizeitkultur' oder 'Fernsehkultur'. Auch bestimmte Institutionen scheinen mittlerweile über eine eigene Kultur zu verfügen (vgl. z.B. 'Unternehmenskultur', 'Organisationskultur'). Etwas altmodisch, aber immer noch präsent ist die Bedeutung von Kultur im Sinne von Kultiviertheit und Höflichkeit bzw. Benehmen. Und schließlich wird Kultur auch als Vokabel gebraucht, um die Prägung eines Menschen durch seine Zugehörigkeit zu bestimmten 'Völkern', 'Nationen', 'Kulturkreisen' etc. und durch entsprechende Normen und Wertvorstellungen zu umschreiben (Dreißig 2005: 17).

Im Gegensatz zur Verwendung des Kulturbegriffes im alltäglichen Gebrauch wird Kultur in der Ethnologie, im Sinne des zuletzt angesprochenen Punktes, als Prägung des Menschen durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, Ethnie, Klasse, Kaste u.ä. verstanden.

Innerhalb der Ethnologie hat sich der Kulturbegriff im Lauf der Zeit bedeutsam gewandelt. Im Evolutionismus des 19. Jahrhunderts wurden Kultur und Zivilisation gleichbedeutend verwendet. Nur wer zivilisiert war, hatte auch Kultur. Den sogenannten „primitiven Völkern“ wurde Kultur somit aberkannt. Mit den unterschiedlichen ethnologischen Theorie-Schulen entstanden auch unterschiedliche Kulturverständnisse. Im Funktionalismus wurde Kultur beispielsweise als Anpassung an ökologische Voraussetzungen und an primäre Bedürfnisse der Menschen interpretiert. Im Strukturalismus war Kultur etwas, das Denkkategorien und somit eine unbewusste Ordnung schafft. Und in der interpretativen Ethnologie, um ein weiteres Beispiel zu nennen, gilt Kultur nach Geertz als „selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe“, in welches jeder Mensch verstrickt ist (Heidemann 2011: 24).

Heute gibt es in der Ethnologie nicht die eine Definition von Kultur. Der Kulturbegriff variiert je nach theoretischer Ausrichtung und wissenschaftlichem Interesse. Einig ist man sich jedoch

in der Tatsache, dass Kulturen keine festgefügtten, unveränderbaren Komplexe sind. Kultur wird vielmehr als etwas gesehen, das sich in einem ständigen Prozess befindet und einem dynamischen Wandel unterliegt. Menschen sind nicht nur von ihrer Kultur geprägt, sie prägen diese wiederum selbst, transformieren und verändern sie. Kultur ist als Abstraktion einer beobachtbaren Ebene, zu der Rituale, Handlungen, Ernährung, Kleidung usw. gehören, und einer gedanklichen Ebene, bestehend aus Werten, Normen, Regeln, Vorstellungen usw., zu verstehen (Haller 2005: 31, Heidemann 2011: 18-31). Der Kulturbegriff, der in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, orientiert sich an diesem Verständnis von Kultur.

In diesem Kapitel wurde der Kulturbegriff behandelt. Dabei wurde auf die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von Kultur verwiesen, die Entwicklung des Kulturbegriffes in der Ethnologie kurz geschildert um abschließend den Kulturbegriff, der dieser Arbeit zugrunde liegt, aufzuzeigen. Im folgenden Kapitel steht die Medizinethnologie im Fokus.

3.3 Medizinethnologische Einbettung

Die Medizinethnologie ist ein Teilbereich der Ethnologie, die seit den 1960er Jahren langsam und dann ab den 1980er Jahren in der Wissenschaft zunehmend präsenter wurde. Seit dieser Zeit fanden auch mehr und mehr Forschungen innerhalb dieser Subdisziplin statt. Themen, die im Rahmen der Medizinethnologie von Interesse sind und untersucht werden, umfassen beispielsweise medizinische Systeme, den Arzt und Heiler, sowie die Arzt-Patienten-Interaktion. Aber auch aktuellere Problematiken wie zum Beispiel Organtransplantation oder assistierte Reproduktion werden von Medizinethnologen bearbeitet.

Im Folgenden soll der Zusammenhang von Medizin und Kultur erläutert und wichtige medizinethnologische Konzepte kurz vorgestellt werden.

3.3.1 Medizin - Ein kulturelles System

Medizin und Kultur – wie hängen diese beiden Bereiche zusammen? Auf den ersten Blick erscheint es vielleicht so, als gäbe es keinen Zusammenhang. Jedoch ist zu bedenken, dass Krankheiten für gewöhnlich zuerst innerhalb der Familie erkannt und behandelt werden und auch hier entschieden wird, wann der Zeitpunkt gekommen ist, einen Arzt zu Rate zu ziehen und welche Art von Arzt konsultiert wird. Des Weiteren findet auch die Beurteilung einer Behandlung zunächst im Rahmen der Familie statt, wo entschieden wird, ob sich an eine Therapie gehalten oder zu einer anderen gewechselt wird und befunden wird, in wie weit eine Behandlung erfolgreich war. Bereits in der Kindheit erlernen wir so den Umgang mit Krankheit. Wir machen uns zu eigen, wie man sich im Falle von Krankheit angemessen verhält und wie diese kommuniziert wird, was überhaupt als Krankheit erachtet wird, wann ein Arzt aufgesucht wird und wann nicht. Die Art und Weise, wie Krankheit mitgeteilt wird, um sie für andere erfassbar zu machen und dem eigenen subjektiven Erleben von Krankheit einen Sinn zu verleihen, sowie die Reaktion der Umwelt und die für geeignet empfundene Therapie unterscheiden sich von kulturellem Kontext zu kulturellem Kontext. Was in einer Gesellschaft als krank und was als gesund definiert wird, muss für eine andere Gesellschaft nicht gelten. In diesem Sinne hat Kultur sowohl einen Einfluss darauf, wie eine Erkrankung präsentiert wird, als auch bei der Erschaffung der Krankheit als Wirklichkeit.

Wie man im Hinblick auf Sprache, Verwandtschaft oder auch Religion in der Ethnologie von einem kulturellen System ausgeht, so nimmt auch die Medizin die Form eines kulturellen Systems an. Dies steht im Widerspruch zu der Annahme, dass Gesundheit und Krankheit einen ausschließlich biologischen Ursprung hätten. Ein Medizinsystem setzt sich mit Erkrankung und Genesung, Wohlergehen und Gesundheit auseinander und beinhaltet bestimmte Vorstellungen, Werte, Normen und Praktiken, die in einen kulturellen Kontext eingebettet sind. Dieser kulturelle Kontext verleiht dem Medizinsystem wiederum Bedeutung.

Innerhalb eines Medizinsystems existieren bestimmte Rollenverteilungen, sowie Zuschreibungen von Status und Macht, die sich vor allem in den Institutionen des Medizinsystems widerspiegeln und allgemein anerkannt sind. Des weiteren herrschen in einem Medizinsystem Schemata der Klassifikation von Krankheiten, Vorstellungen bezüglich möglicher Ursachen von Erkrankungen, wie auch Normen der Bewertung ihrer Therapie vor. Patient und Arzt sind grundlegende Elemente eines jeden Medizinsystems, deren soziale Beziehung und die Bedeutung dieser Beziehung allein im kulturellen Kontext zu verstehen sind. Im Wirkungsbereich eines Medizinsystems liegt darüber hinaus nicht allein, Krankheiten mit Namen zu versehen, zu strukturieren und ihnen angemessene Behandlungen zuzuweisen; sondern auch eine Krankheit und die persönliche Erfahrung damit zu erklären und ihr eine Form zu verleihen.

Da ein Medizinsystem keine Realität an sich darstellt, sondern vielmehr ein Abbild von Realität ist und als „Gedankengebäude von Wissen und Verstehen“ (Pfleiderer 2003: 166) fungiert, ist in diesem Sinne die Biomedizin genau wie ein sogenanntes traditionelles Medizinsystem zu verstehen und zu untersuchen (Good 1994: 53; Kleinman 1980: 24-25, 50-51, Kleinman 2010: 86; Greifeld 2003: 13).

Die Biomedizin wird auch als Schulmedizin oder westliche Medizin bezeichnet. Sie ist ein Medizinsystem unter anderen und verkörpert wie diese ein kulturelles System:

„Biomedicine is a cultural artefact, a complex human product shaped from human and non-human resources, constantly responding to historical circumstances which are in turn human transformations of themselves and their environments“ (Hahn, Gaines 1985: 5).

Die Tatsache, dass die Biomedizin kulturell geprägt ist, wurde jedoch lange „übersehen“. Selbst von Ethnologen, die aus der eigenen, biomedizinisch geprägten Perspektive über fremde Medizinsysteme geforscht haben und diese durch die eigene kulturelle Brille wahrgenommen und verglichen haben, wurde das eigene Medizinsystem als Forschungsgebiet ausgeschlossen (Hahn, Gaines 1985: 4).

„[...] by far the majority of anthropologists had been content to research only 'traditional' medicine on the assumption that biomedicine, being grounded in science, was of an entirely different order“ (Lock, Nguyen 2010: 59).

Seit Beginn der 1980er Jahre beschäftigen sich Ethnologen jedoch auch mit biomedizinischen Thematiken in westlichen Gesellschaften, wobei die Vorstellung, dass Biomedizin universal und objektiv ist sowie außerhalb von Kultur existiere, kritisch hinterfragt und untersucht wird (Zaman 2005: 14; Good 1994: 22).

Die Biomedizin wird im Allgemeinen jedoch nach wie vor als zu den Naturwissenschaften zugehörig klassifiziert und somit als wertneutral, nicht zeitgebunden, allgemein gültig und vor allem frei von Kultur interpretiert. Innerhalb des biomedizinischen Modells werden Krankheiten als universelle, rein biologische Entitäten, die frei von jeglichem sozialen und kulturellen Kontext existieren, charakterisiert. Diese werden nach allgemeiner Ansicht durch Störungen oder Fehlfunktionen im Körper hervorgerufen und sind als solche vom Arzt messbar oder durch die Zuhilfenahme von medizinischen Verfahren festzustellen (Good 1994: 8).

Verglichen mit anderen Medizinsystemen, die in einen religiös-übernatürlichen Kontext eingebunden werden, wird die Biomedizin als Repräsentant von Rationalität und Wissenschaft verstanden. Im Zusammenhang von Biomedizin spricht man von „Wissen“, im Gegensatz zu nicht-westlichen Medizinsystemen, die angeblich auf „Glauben“ beruhen und anhand dieser Klassifikation herabgestuft werden (Greifeld 2003: 16, 29; Pfeiderer 2003: 166; Good 1994: 18). Die Auffassung der Biomedizin als über anderen Medizinsystemen stehend, mit dem Anspruch auf Wahrheit und universelle Gültigkeit versehen, wird von Marezki als „Medikozentrismus“ (Marezki 1985: 27) und von Chrisman als „biologischer Ethnozentrismus“ (Chrisman 1982: 119) bezeichnet.

Die Biomedizin beruht auf einem speziellen Bild des menschlichen Körpers, das, wie auch die Biomedizin selbst, „eingebunden in westliche Kosmologien und Epistemologien“ (Kalitzkus 2003: 52) ist. Dieses Körperkonzept basiert auf der Vorstellung, dass der Körper einer Person und die Person an sich losgelöst voneinander betrachtet und behandelt werden können. Der Körper ist das Objekt der medizinischen Untersuchung und Behandlung und nicht Person und Körper als Einheit. Die Lokalisierung von Krankheiten erfolgt innerhalb von Körperregionen und Organen. Und auch in der Ausbildung zum Facharzt findet eine medizinische Spezialisierung, die sich auf einen bestimmten Bereich des Körpers konzentriert, statt. Das hat zur Folge, dass der Körper innerhalb der Biomedizin in immer kleinere Einheiten untergliedert wird, die abgetrennt und für sich behandelt werden können. Daraus resultiert, dass der Mensch in seiner Ganzheit mehr und mehr aus dem Blick gerät (Hauser-Schäublin 2001: 24, 78; Greifeld 2003: 14-17). „Der Körper wird in Organe aufgeteilt, die zu Objekten werden und die man losgelöst vom Menschen, seinem Erfahren und Befinden betrachten kann“ (Hauser-Schäublin 2001: 24). Dieses Körperbild, das der Biomedizin zu Grunde liegt und in der gesamten europäischen und anglo-amerikanischen Welt verbreitet ist, ist das Endergebnis geschichtlicher, politischer und sozialer Prozesse und Entwicklungen. Das Zeitalter der Aufklärung brachte die Vorstellung auf, dass der Mensch, wie auch eine jede Krankheit, Naturgesetzen unterliege. Der auf Hippokrates und Galen basierenden Humoralpathologie oder Viersäftelehre kehrte man zunehmend den Rücken zugunsten einer auf Naturwissenschaften ausgerichteten Medizin. Einfluss auf diese moderne Medizin hatte auch das auf Descartes beruhende Körperbild, das den Körper in „res cogitans und res extensa, also als den denkenden Kopf und dessen angehängten Rest“ (Pfeiderer 2003: 170) aufteilt und als kartesisches Paradigma bezeichnet wird. Innerhalb dieser medizinischen Entwicklung geriet der Mensch als Person aus dem Fokus der Ärzte, Krankheiten wurden zu natürlichen Entitäten und der Körper wurde zum Objekt. Was von nun an im Interesse der Untersuchung stand, war die Krankheit losgelöst vom Menschen. Foucault machte diesen Wandel an der veränderten Frage fest, die Ärzte ihren Patienten zu

Beginn einer Konsultation stellen und die nun nicht mehr „Was haben Sie?“, sondern „Wodurch tut es Ihnen weh?“ lautete (Foucault 1988: 16). Die Diagnose der Ärzte basierte nicht mehr auf den Angaben und Erklärungen der Patienten, sie wurde anhand von Unregelmäßigkeiten und Abnormalitäten, die im Körper ausgemacht wurden, aufgestellt. Was im Körper nicht festzustellen und nachzuweisen ist, ist auch nicht real und findet kaum Beachtung. Anstatt wie zuvor in der Medizin von Heilung zu sprechen, kam die Idee des Reparierens auf. Der menschliche Körper wird innerhalb dieser Vorstellung ähnlich einer Maschine verstanden, die man in Teilen untergliedern und behandeln kann (Hauser-Schäublin 2001: 83; Lock, Nguyen 2010: 32-39, Pfeleiderer 2003: 169-171).

Darüber hinaus präsentiert sich die Biomedizin als homogenes und unveränderliches Modell, das, egal in welchem Kontext es angewendet wird, stets gleichbedeutend funktioniert und somit auch problemlos auf jeden Kontext übertragen werden kann. Doch die eine Biomedizin gibt es nicht. Tatsächlich unterliegt sie zahlreichen Modifikationen und Abweichungen.

„As anthropologists have begun to study Western medicine, it has become clear that the „culture“ of this ethnomedicine must be conceived of not as homogeneous, but as highly pluralistic, with great diversity among its various specialities (Johnson 1985: 270).

Von Seiten der Ärzte, und mehr noch durch die Patienten, wird die Biomedizin in lokale Systeme integriert, mit eigener Bedeutung versehen und somit individualisiert. Die Biomedizin verkörpert also durchaus unterschiedliche Verhaltensmuster, Vorstellungen, Beziehungen, Werte und Lebenswelten, die parallel bestehen. So wird ein Medizinsystem innerhalb einer Gesellschaft durch kollektive Auffassungen auf einer abstrakten Ebene hervorgebracht, verändert und weitergegeben. Dieses wird dann jedoch von einzelnen Gruppen, Klassen, Kasten, Familien, Individuen u.a. dieser Gesellschaft auf ganz eigene Art und Weise ausgelegt und gehandhabt (Kleinman 1982: 88; Kleinman 1980: 39; Lock, Nguyen 2010: 22, 42-43).

Überdies ist die Biomedizin in vielen Fällen lediglich ein Medizinsystem, das neben anderen innerhalb einer Gesellschaft existiert und angewendet wird. So stehen erkrankten Personen in unserer Gesellschaft beispielsweise verschiedene Optionen zur Wahl, sie können sich selbst behandeln, im familiären Umfeld oder Freundeskreis Rat und Pflege ersuchen, zum Arzt, Homöopathen, Seelsorger, Heiler oder Psychologen gehen. Kleinman spricht in diesem Zusammenhang von drei sich überschneidenden Sektoren – dem Laien-, professionellen und alternativen Sektor der Medizin (Kleinman 1980: 50-60).

Die Möglichkeit, unterschiedliche Optionen zu wählen, wird von den Patienten genutzt, die oft zeitgleich Heilkundige verschiedener Ausrichtung konsultieren. Eine Therapie wird eingehalten und beherzigt, wenn sie für den Patienten Sinn ergibt, ansonsten wird diese schlichtweg nicht befolgt und/oder der Arzt gewechselt.

Die Tatsache, dass einem Patienten in Bezug auf sein therapeutisches Verhalten verschiedene Alternativen offen stehen, wird als medizinischer Pluralismus bezeichnet (Helman 1984: 42, 53-54, Lock, Nguyen: 2010: 61-63).

3.3.2 Medizinethnologische Konzepte

Grundlegende Begriffe in der Medizinethnologie sind „illness“ und „disease“, die Hauser-Schäublin mit „Kranksein“ und „Krankheit“ übersetzt und die auf der bereits thematisierten Einteilung des Menschen in die Person als Ganzheit, von Hauser-Schäublin als Leib bezeichnet, und den losgelösten Körper basieren (Hauser-Schäublin 2001: 133-136). „Illness“ steht hierbei für die individuelle Wahrnehmung, Erfahrung und Empfindung, im Gegensatz zu „disease“, das im Körper festgemacht wird, objektiv, mess- und diagnostizierbar ist. Helman charakterisiert „illness“ und „disease“ folgendermaßen: „Disease is something an organ has, illness is something a man has“ (Helman 1984: 68). „Disease“ ist in diesem Sinne ein Nicht-Funktionieren, Fehl-Funktionieren oder eine Veränderung im Körper, die sowohl biologischen als auch psychologischen Ursprungs sein kann. Die individuelle, soziale und kulturelle Reaktion der betroffenen Person und ihrer Umwelt auf „disease“ ist „illness“, die „disease“ eine akzeptierte Form gibt, sie erklärt, mit Bedeutung füllt und ihr Sinn verleiht:

„Without illness, there is no signification attached to the disorder. That is why illness is always a cultural construction. Without setting disease in a context of meaning, there is no basis for behavioral options, no guide for health-seeking behavior and the application of specific therapy“ (Kleinman 1980: 78).

Die Bedeutung, die einer „disease“ zugeschrieben wird, variiert von kulturellem Kontext zu kulturellem Kontext. So kann ein und dieselbe „disease“, wie zum Beispiel Herzerkrankungen, unterschiedlich konstruiert und interpretiert werden und als verliebt sein, verhext sein, einen Herzfehler haben, vom bösen Blick getroffen sein, sowie als Reaktion auf Stress oder auf moralisches oder religiöses Fehlverhalten usw. gedeutet werden. Wie ein Leiden oder Unwohlsein erlebt und interpretiert wird, wie sich der Betroffene dabei fühlt (Angst, Wut, Scham, Schuldgefühle etc.), welche Auswirkungen es auf das Verhalten, sowie soziale Beziehungen hat, ist kulturell stark beeinflusst. Wenn allein das Konzept von Krankheit als „disease“ angewendet wird, ist dies einseitig und man übersieht dabei die soziale, kulturelle, emotionale, moralische, psychische und religiöse Ebene von Krankheit (Hauser-Schäublin 2001: 133-136; Kleinman 1980: 72-76; Helman 1984: 67-69).

Ein weiteres Konzept, das in der Medizinethnologie Anwendung findet, ist das des „explanatory models“. Good schreibt hierzu: „All persons use cultural models, whether scientific or popular, to interpret particular phenomena to construct disease, illness and other realities“ (Good 1985: 194). Ein „explanatory model“ ist ein Erklärungsmodell, eine Art und Weise eigene Vorstellungen bezüglich der Ursachen, dem Verständnis und Sinn von Krankheit zu formieren, zu formulieren und zu bewerten. Ein Erklärungsmodell ist kulturell bedingt und auch innerhalb einer Gesellschaft können sich Erklärungsmodelle deutlich voneinander unterscheiden.

In unserer Gesellschaft weicht beispielsweise das Erklärungsmodell eines Patienten in vielen Fällen von dem eines Arztes ab, da dieser als Medizinstudent eine ganz bestimmte Sicht auf und Auffassung von Krankheit und Gesundheit, sowie dem Aufbau und den Funktionen des Körpers erlernt hat. In der Interaktion zwischen Arzt und Patient findet im idealen Fall ein Austausch zwischen zwei, meist unterschiedlichen, Erklärungsmodellen statt. Kleinman argumentiert, dass was hierbei passiert oder treffender formuliert passieren sollte, die Übersetzung

und Verständigung zwischen zwei Sprachen ist, denn trotz unterschiedlicher Vorstellungen und Ansichten ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu garantieren (Kleinman 1980: 111). Nach diesem Aufeinandertreffen kann sich der Patient das Erklärungsmodell des Arztes zu eigen machen, oder parallel zum eigenen akzeptieren, es kann aber auch ein ganz neues Modell entstehen. Wenn die vom Arzt vorgeschlagene Therapie vom Patienten akzeptiert wird, das heißt dessen Interpretation der Erkrankung für plausibel erachtet wird, ist diese Interaktion als positiv zu bewerten. Das Einverständnis und die Befolgung einer Therapie durch den Patienten wird als „compliance“ bezeichnet, die sich merklich auf den Erfolg einer Therapie auswirkt. Jedoch wird das Erklärungsmodell des Arztes von diesem nicht immer mitgeteilt und von Seiten der Patienten herrscht teilweise wiederum Unsicherheit, das eigene Modell ausführlich vorzustellen, da befürchtet wird, dass die persönlichen Vorstellungen dem Arzt unsinnig und lächerlich erscheinen könnten (Kleinman 1980: 105-111; Gaines 1982: 244). Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verläuft nicht immer problemlos und kann von einigen Schwierigkeiten geprägt sein. Schwierigkeiten in der Kommunikation nehmen, nach Helman, zu und intensivieren sich, wenn Arzt und Patient verschiedenen religiösen, kulturellen oder ethnischen Gruppen, sowie ökonomischen oder Bildungs-Schichten angehören (Helman 1984: 65, 86-9). Hierbei gestaltet sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient für beide Partizipierende unterschiedlich. Für den Patienten ist es eine persönliche Beziehung, die auf Vertrauen zum Arzt basiert, im Gegensatz zum Arzt, für den es eine Routine-Beziehung unter vielen darstellt, die immer wieder von Neuem geknüpft wird und laut Hauser-Schäublin „vielfach eingeübt ist – [...] sowohl in der Ausbildung, wie auch im klinischen Alltag“ (Hauser-Schäublin 2001: 278).

In diesem Kapitel wurde die Medizinethnologie als Subdisziplin der Ethnologie thematisiert, die als ein theoretischer Rahmen dieser Arbeit fungiert. Nachdem der Zusammenhang von Medizin und Kultur hinterfragt und der kulturelle Einfluss auf Krankheit und Gesundheit aufgezeigt wurde, stand die Biomedizin im Fokus, die als kulturelles System entlarvt wurde (3.3.1). Im nächsten Schritt fand eine kurze Einführung in einige Konzepte, die in der Medizinethnologie Anwendung finden, statt. Thematisiert wurde hierbei „illness versus disease“, „explanatory models“, sowie die Arzt-Patient-Interaktion (3.3.2).

Im folgenden Kapitel steht die Interkulturelle Kommunikation im Fokus.

3.4 Interkulturelle Kommunikation aus ethnologischer Sicht

3.4.1 Einführung und Überblick

Die Interkulturelle Kommunikation hat ihren Ursprung in den USA der 1950er Jahre. Als Begründer gilt der Ethnologe Edward T. Hall, der den Auftrag erhielt, passende Programme für die Vorbereitung von Fachpersonal auf einen bevorstehenden Auslandseinsatz zu entwerfen und zu realisieren. Der reiche Wissensfundus der Ethnologie über fremde Kulturen sollte auf diese Art und Weise für Schulungen zugänglich und für die Praxis umsetzbar gemacht werden (Moosmüller 2007: 13). In Zusammenarbeit mit Vertretern der Psychoanalyse sowie der Linguistik wurde dieses erste Konzept weiter entwickelt und die Interkulturelle Kommunikation als neue Disziplin hervorgebracht. Demgegenüber ist die Interkulturelle Kommunikation in

Deutschland kein Fachgebiet an sich, sondern vielmehr ein thematischer Bereich, über den unterschiedliche Disziplinen, wie beispielsweise die Erziehungswissenschaft oder die Psychologie, mit unterschiedlichen Ansätzen forschen und arbeiten. Moosmüller spricht aus diesem Grund, in Bezug auf den deutschen Kontext, von Interkulturellen Kommunikationen im Plural (Moosmüller 2007: 42).

Heutzutage sind Begriffe wie „Interkulturelle Kompetenz“ oder „Interkulturalität“ in aller Munde, was auf die Aktualität und steigende Wichtigkeit von interkulturellen Beziehungen und Konflikten hindeutet, die in erster Linie auf Grund von Migration entstanden sind (Lüsebrink 2008: 1-2).

Bevor jedoch näher auf die Interkulturelle Kommunikation eingegangen wird, soll vorab die der Interkulturellen Kommunikation zu Grunde liegende Definition von Kultur angesprochen werden. Zwar wurde die Interkulturelle Kommunikation von einem Ethnologen ins Leben gerufen, fand jedoch in der Folgezeit von der Ethnologie kaum Beachtung, was dazu führte, dass sich zunehmend andere Disziplinen der Interkulturellen Kommunikation annahmen. Dieser Zustand hatte wiederum zur Folge, dass wichtige Entwicklungen innerhalb der Ethnologie, wie die Writing-Culture-Debatte und ein neu aufgebrachtes Verständnis von Kultur, von der Interkulturellen Kommunikation nicht mitverfolgt wurden. An der zu Halls Zeiten vorherrschenden Auffassung von Kultur, die auf kulturelrelativistischen und funktionalistischen Auffassungen basierte, wurde in der Interkulturellen Kommunikation festgehalten (Dürr 2009: 180; Koch 2009: 200). Kultur wird hierbei in vielen Fällen mit Nation gleichgesetzt und, der einfacheren Handhabung wegen, als starres, statisches Konstrukt interpretiert, das „Dynamik, Komplexität und Pluralität von Kulturen vernachlässigt“ (Bosse 2007: 278). Dies steht in deutlichem Kontrast zum ethnologischen Verständnis von Kultur (siehe 3.2).

Nachdem der Definition von Kultur in der Interkulturellen Kommunikation nachgegangen wurde, stellt sich nun die Frage, was man unter Interkultureller Kommunikation eigentlich versteht. Wie bereits der Name vermuten lässt, steht die Kommunikation und Interaktion von Menschen, sowohl Individuen als auch Gruppen, unterschiedlicher kultureller Prägung im Mittelpunkt des Interesses. Die Interkulturelle Kommunikation ist anwendungsorientiert und setzt sich mit kultureller Andersartigkeit und dem Umgang damit auseinander (Roth 1996: 20; Moosmüller 1996: 274). Von Giordano wird die Interkulturelle Kommunikation auch als „Anthropologie der Begegnung mit dem Anderen oder Fremden“ (Giordano 1996: 31) betitelt. Die tatsächliche Komplexität kultureller Systeme und die Vielschichtigkeit des Handelns und Verhaltens ihrer Mitglieder steht im Widerspruch zur Tendenz des Menschen vereinfachte Kategorien zu bilden, um diese Komplexität zu reduzieren und greifbar zu machen. Dieses Spannungsfeld aus Komplexität auf der einen Seite, und notwendiger Vereinfachung auf der anderen Seite, ist bezeichnend für die Interkulturelle Kommunikation.

Themen, die in der Interkulturellen Kommunikation behandelt werden, sind demzufolge sowohl Stereotype, Vorurteile und Klischees sowie der Umgang damit als auch die Wahrnehmung und Deutung von Verhalten und Kommunikation. Durch Kommunikation wird Inhalt und Bedeutung vermittelt, jedoch fungiert hierbei nicht allein das Gesagte als Informationsträger, denn kommuniziert wird zusätzlich sowohl durch Mimik, Verhalten und Gestik (nonverbal) als auch anhand der Sprechgeschwindigkeit und des Tonfalls (paraverbal). Des Weiteren sind

in der Interkulturellen Kommunikation interkulturelle Konflikte, Missverständnisse und der sogenannte Kulturschock von Interesse (Roth 1996: 20-22). Bereits zu den Anfängen der Interkulturellen Kommunikation wurde außerdem über Elitemigranten, die sich aus beruflichen Gründen für eine längere Zeit im Ausland aufhielten, geforscht. Die Eingewöhnung und Anpassung an kulturelle Gepflogenheiten des Gastlandes, der daraus resultierende Stress und dessen Überwindung sind bis heute Themen, die in der Interkulturellen Kommunikation bearbeitet werden. Laut Moosmüller fokussieren „diese Arbeiten allerdings zumeist auf Aspekte der Handlungswirksamkeit und der persönlichen Weiterentwicklung und weniger auf eine ethnographische Beschreibung der Handlungsebene, geschweige denn auf eine Beschreibung aus verschiedenen kulturellen Perspektiven“ (Moosmüller 2007: 37-38).

Wie bereits erwähnt ist das interkulturelle Missverständnis eines der Themen, das in der Interkulturellen Kommunikation von Interesse ist. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle näher darauf eingegangen werden. Ein interkulturelles Missverständnis beschreibt eine Konfliktsituation zwischen Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund, die entweder auf Grund von sprachlichen Verständnisschwierigkeiten, oder aber in Folge von abweichenden Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen des in der Kommunikation vermittelten Inhaltes entstehen. Denn auch wenn beide Parteien dieselbe Sprache sprechen, kann daraus nicht automatisch geschlussfolgert werden, dass sie sich auch verstehen. Auf der einen Seite differiert der Stil der Kommunikation und auf der anderen Seite werden mit dem Gesagten ganz unterschiedliche Auffassungen, Empfindungen, Vorstellungen, Werte, Bedeutungen und Normen verknüpft und transportiert. Interaktionen können aus diesem Grund von Mitgliedern unterschiedlicher kultureller Gruppen jeweils auf verschiedene und sogar gegensätzliche Art und Weise ausgelegt und verstanden werden. Hinzu kommt die Vorstellung, dass die eigene Gesellschaft und die ihr zu Grunde liegenden Werte und Vorstellungen ein Ideal und eine Norm darstellen, von der ausgehend andere Ansichten und Verhaltensweisen bewertet und für falsch oder richtig befunden werden. Darüber hinaus existiert die vor allem in westlichen Gesellschaften vorherrschende Ansicht, die eigene Kultur sei universal, generalisierbar und auf andere Kontexte übertragbar. Die eigene Kultur als „richtig“, positiv und vor allem als anderen überlegen zu erachten wird als Ethnozentrismus bezeichnet. Bilder über „die Anderen“ sind in vielen Fällen von diesem Ethnozentrismus sowie von Stereotypen und Vorurteilen geprägt, die sich wiederum auf die interkulturelle Kommunikation auswirken. Interkulturelle Missverständnisse sind somit „eher die Regel als die Ausnahme“ (Giordano 1996: 38) und betreffen nicht nur Interaktionen mit Angehörigen fremder Kulturen, sondern treten auch innerhalb einer Gesellschaft auf (Giordano 1996: 32-38 ; Lüsebrink 2008: 32; Roth 1996: 63). In einem nächsten Schritt ist zu klären, was interkulturelle Kompetenz ist, und wodurch sie erworben wird. Denn gerade interkulturelle Kompetenz ist als Qualifikation, beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt, heutzutage sehr gefragt. Interkulturelle Kompetenz beschreibt auf der einen Seite die Kenntnis von der eigenen kulturellen Prägung und auf der anderen Seite die Fähigkeit, auch bei anderen Menschen den Einfluss von Kultur auf deren Vorstellungen, Empfinden und Verhalten zu erkennen, sowie diese zu respektieren. Die Reflexion über die eigene Kultur sowie „die eigene Position zu hinterfragen und einen Perspektivenwechsel vornehmen zu können“ (Sökefeld 2009: 28) sind wichtige Bestandteile der interkulturellen Kompetenz.

Aber auch kulturspezifisches Wissen erleichtert die Interaktion zwischen Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund.

Doch wie wird interkulturelle Kompetenz erworben? Zum Beispiel durch das sogenannte interkulturelle Lernen. Durch das Erleben von kulturellen Unterschieden sowie anhand von kulturellen Vergleichen werden einerseits die eigenen kulturellen Werte und Vorstellungen vor Augen geführt und zu deren Relativierung beigetragen, andererseits sollen Vorurteile und Stereotype erkannt und abgebaut werden. Im interkulturellen Lernen stehen des Weiteren die Aneignung von Kenntnissen über andere Kulturen, der offene Umgang damit und deren Akzeptanz im Mittelpunkt.

Interkulturelles Lernen und die Vermittlung von interkultureller Kompetenz findet in speziell dafür entwickelten Interkulturellen Trainings statt. Im Rahmen dieser Trainings werden hauptsächlich, wie bereits zu den Anfängen der Interkulturellen Kommunikation, Personen auf einen Auslandsaufenthalt vorbereitet (Moosmüller 1996: 272; Moosmüller 2009: 40; Schroll-Machl: 17; Lüsebrink 2008: 66-68).

3.4.2 „Wir Deutsche“

Da im Rahmen dieser Arbeit die Vorbereitung aufs Arbeitsleben, sowie die konkrete Arbeitssituation von zugewanderten Ärzten in Deutschland untersucht wird und das Gastland von migrierendem Fachpersonal in diesem Fall also Deutschland ist, soll im Folgenden näher auf „die Deutschen“ eingegangen werden.

Zunächst wird jedoch das Konzept der Kulturstandards, das in der Interkulturellen Kommunikation breite Anwendung findet, thematisiert.

Thomas interpretiert Kulturstandards als Werte, die in einer Kultur vorherrschen und von dieser geteilt werden. Diese Werte prägen das Verhalten und haben Einfluss auf Vorstellungen und Wahrnehmungen, welche innerhalb der Kultur als normal und verpflichtend angesehen werden. Wie bezeichnend diese Standards für Einzelpersonen oder Gruppen sind, variiert innerhalb eines Toleranzbereiches. Verhalten und Vorstellungen, die außerhalb dieses Bereichs liegen, werden missbilligt und nicht geduldet. Kulturstandards stellen somit Normen, Leitlinien und Maßstäbe dar, von denen ausgehend Verhalten beurteilt wird und die den Durchschnitt, gewissermaßen das typische Handeln und Verhalten von Mitgliedern einer Kultur beschreiben (Thomas 2003: 25). Schroll-Machl bezeichnet Kulturstandards auch als „die zentralen Kennzeichen einer Kultur, die als Orientierungssystem des Wahrnehmens, Denkens und Handelns dienen“ (Schroll-Machl 2003: 29). Kritisiert wird das Konzept der Kulturstandards, da hiermit eine drastische Reduktion einer vielschichtigen Realität einhergeht. Die Kulturstandards stellen eine vereinfachte Form von Kultur dar, die aufgestellt wurde, um Kultur als abstraktes und komplexes Konstrukt handhabbar und für die Praxis nutzbar zu machen sowie Wissen über eine Kultur zu vermitteln. Sökefeld stellt in diesem Zusammenhang die in der Ethnologie diskutierte Frage, ob bei „solch einer praktischen Verwertung nicht der eigentliche Kern des ethnologischen Wissens und zwar das Wissen um die Komplexität von Kultur, verloren geht“ (Sökefeld 2009: 24).

Dies muss jedoch nicht zwingend der Fall sein; wenn wir uns der Komplexität von Kultur bewusst sind und vor Augen behalten, dass „der Deutsche an sich“ in der Realität nicht

existiert und die Deutschen auch keine homogene Einheit verkörpern, kann solch eine Darstellung dennoch von Nutzen sein und Zuwanderern manche Situation verständlicher machen und erleichtern. Dabei sollte das durch Kulturstandards vermittelte Wissen als eine Deutungsmöglichkeit und nicht als ultimative, unumstößliche Wahrheit interpretiert und jede Situation und jeder Mensch für sich gesehen werden.

Auch Schroll-Machl erkennt diese Kritik bezüglich des Konzeptes der Kulturstandards an und verweist auf weitere Faktoren, die auf das Wahrnehmen und Handeln von Menschen Einfluss haben. Sowohl die Person an sich, mit eigener Geschichte und eigenem Charakter, als auch lokale Zugehörigkeiten, Zugehörigkeiten zu bestimmten Bildungsschichten, Berufsgruppen, Subkulturen oder religiösen Einheiten usw. prägen einen Menschen. Schroll-Machl verweist in diesem Zusammenhang auf das „Wirk-Dreieck“, das aus den drei Einflussfaktoren Kultur, Person und Situation zusammengesetzt ist (Schroll-Machl: 2003: 28-32).

Nachdem das Konzept der Kulturstandards erläutert und kritisch hinterfragt wurde, werden im Folgenden drei Kulturstandards, die für den deutschen Kontext relevant sind, vorgestellt. Diese werden exemplarisch auf das Arbeitsleben angewendet. Dies geschieht jedoch unter den Vorbehalten, die bei der Kritik am Konzept der Kulturstandards vorgebracht wurde.

Zu Beginn steht die „Sachorientierung“ im Fokus. Die Deutschen gelten als sachorientiert. Beim Arbeiten geht es um die Sache und auch eine Zusammenarbeit findet der Sache wegen statt. In Geschäftsbesprechungen oder -versammlungen „kommt man zur Sache“ oder „bleibt bei der Sache“ (Schroll-Machl 2003: 47). Die Sache steht im Vordergrund, positive oder gar freundschaftliche Beziehungen mit Kollegen werden zwar als nett befunden, sind aber an sich nebensächlich. Eine Zusammenarbeit ist auch dann problemlos möglich, wenn sich die Betroffenen überhaupt nicht kennen. Auch in Besprechungen dominiert die Kommunikation auf der Sachebene, Tatbestände werden objektiv vorgebracht, es wird, zum Teil scharf, diskutiert und Vor- und Nachteile abgewogen, möglichst ohne viel Zeit zu verlieren. Smalltalk wird oftmals als lästig und als Zeitverlust empfunden (Schroll-Machl 2003: 49-55).

Womit wir bereits beim zweiten Punkt, dem „schwachen Kontext als Kommunikationsstil“, wären. Ein schwacher Kontext in Bezug auf die Kommunikation bezieht sich auf einen geringen Anteil an Inhalt, der zu interpretieren ist, nicht explizit benannt, offen gelassen oder nur angedeutet wird. In der Regel beschreibt genau das den deutschen Kommunikationsstil, der klar, bestimmt, unmissverständlich und direkt ist und wenig Spielraum für Interpretationen lässt. Dinge werden direkt und offen angesprochen um Missverständnisse zu vermeiden. Etwas aus dem Kontext zu schließen oder Andeutungen zur Kenntnis zu nehmen ist im Allgemeinen nicht die Stärke der Deutschen. Dies kann zur Folge haben, dass sie sich nicht ausreichend informiert fühlen. Des weiteren wird ihnen vorgeworfen, nicht diplomatisch und wenig rücksichtsvoll zu sein. Vor allem wenn es um Konflikte und Probleme geht, kann die Art und Weise der Deutschen zu kommunizieren einschüchternd wirken. Den Deutschen wird nachgesagt, alles andere als konfliktscheu zu sein. Fehler und Kritik wird ohne Umschweife benannt und vorgebracht und Schwierigkeiten lang und breit ergründet und diskutiert. Schroll-Machl argumentiert, dass der auf Konflikt bezogene Kommunikationsstil der Deutschen als aggressiv, taktlos, grob und verletzend wahrgenommen wird (Schroll-Machl 2003: 164-180).

Abschließend wird ein weiterer Kulturstandard, und zwar die „Trennung von Persönlichkeits-

und Lebensbereichen“, vorgestellt. Das Privatleben und das berufliche Leben werden von Deutschen gerne konsequent auseinander gehalten. Die Trennung dieser beiden Bereiche ist mit jeweils unterschiedlichen Rollenverständnissen verbunden, bei der Arbeit ist man rational, sachlich und förmlich. Im Gegensatz zum Privatleben, das im Wesentlichen von emotionalem, offenem und zwanglosem Verhalten geprägt und den Deutschen „heilig“ ist. Im beruflichen Leben steht die Arbeit im Mittelpunkt, wer sich auf Fakten und „die Sache“ konzentriert und darüber hinaus verlässlich ist, gilt als seriös und kompetent.

In der Regel sind und bleiben Arbeitskollegen Kollegen bei der Arbeit und werden nicht als mögliche Freunde gesehen, denn Privates und Berufliches soll, wenn möglich, nicht vermischt werden. Generell gilt das Interesse von Deutschen, neue Leute kennenzulernen und neue Freundschaften zu schließen, als verhalten. Sich in Zurückhaltung zu üben und einen gewissen Abstand einzuhalten wird als höflich erachtet. Ein Fremder wird ohne triftigen Grund nicht einfach angesprochen, denn das wäre takt- und distanzlos. Mit Deutschen in Kontakt zu treten wird dementsprechend teilweise als sehr schwierig empfunden (Schroll-Machl: 136-150).

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stand die Interkulturelle Kommunikation, die neben der Medizinethnologie als theoretische Basis dieser Arbeit dient.

Zunächst wurde eine Einführung und ein Überblick (3.5.1) über die Interkulturelle Kommunikation gegeben, wobei ihre Entstehung und die ihr immanente Definition von Kultur thematisiert und des weiteren geklärt wurde, was interkulturelle Kommunikation, interkulturelle Missverständnisse, sowie interkulturelle Kompetenz und interkulturelles Lernen überhaupt bedeuten. Daran anschließend ging es um „die Deutschen“ (3.5.2). Vorab wurde hierbei das Konzept der Kulturstandards kritisch hinterfragt und daraufhin exemplarisch drei Kulturstandards, die im deutschen Kontext relevant sind, beschrieben.

Anhand der vorgestellten theoretischen Konzepte soll dem Thema dieser Arbeit, das sehr praxisorientiert ist, ein theoretischer Rahmen gegeben werden. Die Theorien dienen somit als Werkzeug und Hilfsmittel um sich dieser Thematik zu nähern, sie zu analysieren und in ethnologische Diskurse einzubetten. Nachdem die theoretischen Konzepte, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, vorgestellt wurden, werden sie in der Analyse erneut aufgegriffen und mit den erhobenen Daten verknüpft.

Im nächsten Kapitel folgt nun zunächst der Methodikteil.

4 Methodik

4.1 Teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche

„Und wie macht man das, Ethnologie? Durch teilnehmende Beobachtung = hingehen, gucken und fragen“ (Klocke-Daffa 2004: 17).

Mit Bronislaw Malinowski, der zwischen 1915 und 1918 als erster Ethnologe eine langfristige Feldforschung auf den Trobriand-Inseln, also vor Ort und im ständigen Kontakt mit der dort ansässigen Bevölkerung durchgeführt hat, wurde die Teilnehmende Beobachtung als Methode hervorgebracht. Seit dieser Zeit zählt sie zu den wichtigsten Standardmethoden in der ethnologischen Feldforschung.

Die Teilnehmende Beobachtung steht für die „unmittelbare Partizipation des Forschenden am alltäglichen sozialen Leben im jeweiligen Untersuchungsfeld“ und findet dann Anwendung, wenn „aus der Innenperspektive ein verstehender Zugang zu gegenwärtigen Alltagskulturen, zu den Orientierungs- und Praxisformen von Subjekten in ihren jeweiligen Lebenszusammenhängen gesucht wird“ (Schmidt-Lauber 2007: 219-20).

Als Methode ist die Teilnehmende Beobachtung von gegensätzlichen Anforderungen, die an das Verhalten des Forschers gestellt werden, geprägt. Auf der einen Seite stützt sie sich auf soziale Beziehungen, die sie zeitgleich im Prozess erschafft. Um diese sozialen Beziehungen etablieren und tatsächliche Einblicke erhalten zu können, ist eine gewisse Nähe Voraussetzung. Auf der anderen Seite spielt die kulturelle Distanz zwischen Forscher und „Erforschtem“ eine wichtige Rolle, um aus der Sicht eines Fremden oder Außenstehenden sowohl Einstellungen, Annahmen und Emotionen als auch Handlungsabläufe, die für normal und alltäglich gehalten werden, überhaupt erfassen und hinterfragen zu können. Hauser-Schäublin bezeichnet dies als „Spagat zwischen Nähe und Distanz“ (Hauser-Schäublin 2008: 37-42).

Anhand der Teilnehmenden Beobachtung können Einblicke in komplexe Vorgänge gewonnen und gleichzeitig die emische¹⁰ Denkweise der zu untersuchenden Personen ermittelt werden. Geprägt wird die Methode der Teilnehmenden Beobachtung dabei stets von den konkreten Gegebenheiten und den äußeren Faktoren und Einflüssen vor Ort. Eine spezielle Rolle spielen hierbei der Forscher, „der in besonderem Maße selbst zum Forschungsinstrument wird“ (Schmidt-Lauber 2007: 230) sowie die beteiligten Personen und deren Interaktion.

In der Regel wird die Teilnehmende Beobachtung als Methode nicht isoliert angewendet, sondern mit anderen methodischen Vorgehensweisen kombiniert. Wie bereits im einleitenden Zitat erwähnt, reicht „hingehen und gucken“ allein nicht aus, auch das Gespräch und die Befragung sind von zentraler Bedeutung.

Informelle Gespräche werden als Methode meist automatisch mit der Teilnehmenden Beobachtung kombiniert und stehen in direkter Verbindung mit dieser. Man könnte auch sagen, dass die Teilnehmende Beobachtung ohne verbale Interaktion und Verständigung eigentlich nicht möglich ist (Hauser-Schäublin 2008: 49). Informelle Gespräche dienen hierbei nicht einzig dem Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen. Es können darüber hinaus auch zentrale Sachverhalte angesprochen, Verständnisschwierigkeiten beseitigt, Kontextwissen gesammelt, Probleme erkannt, Entwicklungen mitverfolgt und ganz neue Fragestellungen herausgearbeitet werden (Schlehe 2008: 123).

Die Teilnehmende Beobachtung in Kombination mit informellen Gesprächen wurde als methodisches Vorgehen für diese Untersuchung gewählt, da sie als ideale Form für eine erste Kontaktaufnahme mit den zugewanderten Ärzten, die am Ärzteprojekt teilnahmen, einerseits und mit den Dozenten andererseits, erachtet wurde. Des weiteren konnte so ein Einblick in den Ablauf und die Inhalte des Unterrichtes und ein Überblick über den ganzen Ablauf des Kurses gewonnen werden. Allein durch ein ständiges Da-Sein und Dabei-Sein wurden soziale Beziehungen geschaffen, zentrale Themen in Erfahrung gebracht und der neueste Stand der Entwicklungen verfolgt.

¹⁰Die emische Sichtweise ist die Innensicht der untersuchten Gruppe (Haller 2005: 143).

4.2 Qualitative Interviews

Wie das informelle Gespräch, das in vielen Fällen vorab eines Interviews stattfindet, ist auch das qualitative Interview eine der Methoden, die eng mit der Teilnehmenden Beobachtung verbunden sind und deren Kombination die traditionelle ethnologische Feldforschung charakterisiert. Anhand eines Interviews soll die emische Sichtweise des Befragten in Bezug auf bestimmte Sachverhalte in Erfahrung gebracht werden.

Dabei können qualitative Interviews ganz unterschiedlich aufgebaut und durchgeführt werden. Verschiedene Formen von Interviews sind zum Beispiel unstrukturierte, halb-strukturierte und strukturierte Interviews, sowie biographische, problemorientierte, narrative und Experten-Interviews. Welche Art von Interview durchgeführt wird, hängt dabei sowohl von persönlichen Vorlieben des Forschers als auch von der Fragestellung der Untersuchung ab, denn die verschiedenen Interview-Arten haben ihre jeweiligen Vor- und Nachteile. Bei der Durchführung eines strukturierten Interviews hält man sich beispielsweise streng an einen festgelegten Fragebogen. Alle Fragen werden jedem Teilnehmer auf exakt dieselbe Weise und in genau derselben Abfolge gestellt, um sicherzugehen, dass Daten gewonnen werden, die vergleichbar sind. Der Nachteil hierbei ist, dass keine neuen Fragestellungen oder Themen aufkommen können, wie das bei unstrukturierten Interviews der Fall ist, die bewusst sehr offen gehalten werden und in denen Raum für „Exkursionen“ der Befragten gelassen wird (siehe Schlehe 2008, Sökefeld 2008, Nohl 2006).

Die Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden, sind halb-strukturierte Leitfaden-Interviews und halb-strukturierte Leitfaden-gestützte Experten-Interviews, die nach vorherigem Abklären in der Regel mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wurden.

Für ein Leitfaden-Interview werden vorab offene Fragen notiert, um die zentralen Punkte, die im Interview thematisiert werden sollen, nicht aus den Augen zu verlieren. Dabei dient der Leitfaden als Orientierung, er sollte flexibel gehandhabt werden und nicht nur Frage für Frage abhaken. Spontane Ideen und Fragen können eingeschoben, andere vertieft oder erweitert werden. Somit ist eine gewisse Vergleichbarkeit der Daten gegeben und es können zeitgleich auch neue Themen und Fragestellungen, die während des Interviews aufkommen, berücksichtigt werden.

Experten-Interviews werden mit Personen durchgeführt, die in bestimmten Bereichen über ein großes Wissen verfügen. Ein Experte wird definiert als eine Person, die über „Spezialwissen der zu erforschenden sozialen Sachverhalte“, die für den Forscher von besonderem Interesse sind, verfügt. Anhand von Experten-Interviews soll genau dieses Wissen zugänglich gemacht werden (Gläser 2009: 11-12). Im Allgemeinen wird ein Experten-Interview als Leitfaden-gestütztes Interview durchgeführt, da auf diese Weise gezielt Informationen erfragt und verschiedene Sachverhalte thematisiert werden können, die vom Interviewer vorher festgelegt und nicht vom Befragten im Verlauf des Interviews bestimmt werden (Gläser 2009: 111).

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Arbeit 16 Interviews durchgeführt, davon vier halb-strukturierte Leitfaden-Interviews mit Dozenten des Kurses, fünf halb-strukturierte Leitfaden-gestützte Experten-Interviews und sieben halb-strukturierte Leitfaden-Interviews mit zugewanderten Ärzten, die den aktuellen Kurs des Ärzteprojektes besuchten¹¹.

¹¹Die Leitfäden der Interviews sind dieser Arbeit im Anhang beigelegt.

Als Experten wurden die Gründerin des Ärzteprojektes, die langjährige ehemalige Projektleiterin und der neue Projektleiter, der im Laufe des Projektes ausschied, befragt. Leitfaden-Interviews wurden mit den drei Dozenten des Ärzteprojektes durchgeführt, die verhältnismäßig den größten Teil des Kurses und die wichtigsten Fächer unterrichteten und auch in allen Phasen des Projektes dabei waren und die Ärzte das ganze Projekt hindurch begleiteten. Weitere Leitfaden-Interviews wurden mit den Ärzten geführt, die sich dafür bereit erklärten, offen waren und sich die Zeit nahmen.

Die Fragen, die im Rahmen der Interviews thematisiert wurden, lassen sich jeweils grob in Themenblöcke einteilen:

1. Experten-Interviews: a.) Gründung, b.) Organisation, c.) Veränderungen, d.) Schwierigkeiten des Ärzteprojektes
2. Interviews mit Dozenten des Kurses: a.) Bisherige Erfahrungen, b.) Aufbau des Unterrichtes und Lerninhalte c.) Schwierigkeiten der zugewanderten Ärzte, d.) Persönliche Einschätzung/Bewertung des Projektes.
3. III. Interviews mit zugewanderten Ärzten, die den aktuellen Kurs besuchten: a.) Unterschiede des Arztberufes im Herkunftsland und Deutschland, b.) Welche Rolle spielt die Kultur, c.) Schwierigkeiten und Probleme, d.) Einschätzung/ Bewertung des Projektes.

4.3 E-Mails und Mindmap-Bögen

Da es, besonders zu Beginn der Untersuchung, sehr schwierig war, die zugewanderten Ärzte in einem Interview zu befragen (die Gründe hierfür werden unter 6.2.3 thematisiert) und dennoch die Sicht der Ärzte unbedingt in Erfahrung gebracht werden sollte, wurden zwei Wege gefunden: Auf der einen Seite wurden die E-Mail-Adressen aller zugewanderten Ärzte erfragt, um während des ganzen Projektes in Kontakt zu bleiben, Themen anzusprechen, konkrete Frage zu stellen usw. Insgesamt bestand auf diese Weise mit drei viertel der Ärzte ein mehr oder wenig regelmäßiger Kontakt. Auf der anderen Seite wurden in der Pause des Unterrichtes Bögen in Form einer Mindmap¹² mit einer bestimmten Fragestellung an alle Ärzte verteilt, die ohne großen Zeitaufwand und ohne viel Schreibearbeit von den Ärzten direkt in der Pause oder auch zu Hause ausgefüllt werden konnten und daraufhin wieder eingesammelt wurden. Bis auf eine Ärztin nahmen alle Ärzte an dieser Art der Befragung teil. Die Methode der Mindmap-Bögen wurde einmal im Grundlehrgang eingesetzt. Die Fragestellung war „Der erste Arbeitstag – Erwartungen und Wünsche“, wobei positive und negative Erwartungen erfragt wurden. Zwei weitere Mindmap-Bögen, die jeweils für ein Blockwochenende und die Prüfungsvorbereitungszeit geplant waren, erwiesen sich als überflüssig, da sich einige der Ärzte zu dieser Zeit bereit erklärten, Interviews durchzuführen. Die Fragen und Themen, die von Interesse waren, konnten somit auf diese Weise erfragt und besprochen werden.

4.4 Vorgehen und Auswertung

Auf die Erhebung der Daten folgte die Auswertung, also die Auseinandersetzung, Bearbeitung und Analyse des erhobenen Materials.

¹²Ein Beispiel-Mindmap-Bogen in anonymisierter Form kann im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

Für die geführten Interviews war der erste Schritt hierbei die Transkription, die Verschriftlichung der aufgezeichneten Interviews. Anhand der Transkription erhält man einen Text, der dann in einem nächsten Schritt bearbeitet werden kann. Nach wiederholtem Lesen des Textmaterials, der transkribierten Interviews sowie der während der Teilnehmenden Beobachtung erfolgten Notizen und der im Feldtagebuch festgehaltenen Überlegungen ergaben sich, in Anlehnung an die Untersuchungsfrage, schrittweise bestimmte Leitthemen. Anhand dieser Leitthemen oder Kategorien konnte das gesamte Textmaterial systematisch durchgegangen und verschlagwortet werden, wobei immer neue Kategorien hinzugefügt und andere erweitert oder aufgelöst wurden. Durch die Zuordnung zu bestimmten Kategorien konnte das Textmaterial dezimiert, besser zugänglich gemacht und gemäß der Fragestellung strukturiert werden. Aus dem Text wurden also Informationen gewonnen, die daraufhin zusammengefasst, interpretiert, strukturiert und weiterverarbeitet wurden. Die Bildung einer ersten Arbeitshypothese schloss sich hier an.

Wie in der qualitativen Forschung in der Regel üblich, ist die Vorgehensweise hierbei deduktiv. Hypothesen, theoretische Annahmen und Begründungen wurden aus dem durch die Erhebung entstandenen Textmaterial heraus entwickelt und nicht vorab festgelegt (siehe Schmidt-Lauber 2007: 235, 182-3; Gläser 2009: 197-202 und Dreißig 2005: 53).

Abschließend soll darauf verwiesen werden, dass durch die vorgestellten qualitativen Methoden zur Datenerhebung keine quantitativ messbaren Daten entstehen, die statistisch ausgewertet werden können. Jedoch kann auf diese Weise ein „tiefer Einblick in den sozio-kulturellen Kontext und die spezifische Lebenswelt der Betroffenen“ gewonnen werden (Kalitzkus 2003: 31).

In diesem Kapitel wurden zunächst die methodischen Vorgehensweisen, die im Rahmen der Untersuchung genutzt wurden, kurz vorgestellt. Dabei wurde reflektiert, warum diese Methoden gewählt und in welchem Zusammenhang sie angewendet wurden. Anschließend wurde thematisiert, wie die so gewonnenen Daten später aufbereitet und ausgewertet wurden. Im folgenden Kapitel steht nun das Setting der Untersuchung im Fokus.

5 Setting

5.1 Situation in Thüringen

Thüringen ist eines der sogenannten neuen Bundesländer und wird zu den kleineren und ländlichen Bundesländern Deutschlands gezählt, in dessen Mitte es liegt. Auf einer Fläche von über 16 000 km² leben etwa 2,2 Millionen Menschen, das entspricht 138 Einwohnern pro km². Thüringen ist in 17 Landkreise untergliedert und verfügt über sechs kreisfreie Städte: Erfurt, Jena, Gera, Weimar, Eisenach und Suhl. Erfurt ist mit über 200 000 Einwohnern die größte Stadt und zudem auch die Landeshauptstadt Thüringens. Weimar ist mit seinen 65 000 Einwohnern um einiges kleiner, dafür jedoch als Kulturstadt bekannt und bei Touristen beliebt (www.thueringen.de, Stand 10.01.13).

Insgesamt gibt es in Thüringen 45 Krankenhäuser und 36 Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationskliniken. Im Dezember 2011 waren insgesamt 8412 Ärzte in Thüringen beschäftigt, von denen 2884 niedergelassen tätig, 4384 in Krankenhäusern angestellt waren und weitere

299 in Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationskliniken arbeiteten. Somit kamen auf jeden Arzt etwa 260 Einwohner (www.statistik.thueringen.de, Stand 10.01.13).

In Thüringen wie auch in anderen Bundesländern nimmt der Ärztemangel weiter zu und gestaltet sich dabei uneinheitlich. In den größeren Städten wie Jena und auch Weimar ist der Bedarf an Ärzten gedeckt, im Unterschied dazu sind Ärzte im ländlichen Bereich absolute Mangelware. Betroffen sind in Thüringen hauptsächlich die Landkreise Gotha und Greiz. Und auch das Problem der alternden Hausärzte macht sich hier besonders bemerkbar, wie Frau S. anmerkt:

„Es gibt ja Gegenden wo kaum noch ein Hausarzt da ist und die Hausärzte so überaltert sind und ihre Praxen nicht loskriegen und immer noch arbeiten müssen oder arbeiten wollen damit überhaupt jemand versorgt wird in ihrem Umkreis“
(Frau S., Gründerin des Ärzteprojektes).

Nach Angaben der Landesärztekammer Thüringen waren 2011 insgesamt rund 840 ausländische Ärzte im Bundesland berufstätig, was etwa 10% der gesamten Ärzteschaft in Thüringen entspricht. 744 der Ärzte waren dabei in Kliniken angestellt und nur ein kleiner Teil in einer Niederlassung tätig. Die Zahl der ausländischen Ärzte lag im Jahr 2001 bei nur 89 und ist seitdem konstant angestiegen und auch in den nächsten Jahren wird von einer weiteren, stetigen Zunahme ausgegangen. Im Vergleich zu den alten Bundesländern ist die Anzahl der qualifizierten Arbeitsmigranten in den neuen Bundesländern jedoch um ein Vielfaches niedriger. Thüringen ist das Bundesland mit der geringsten Zahl an qualifizierten Arbeitsmigranten. Nur 0,7% aller Zuwanderer, die mit einem Aufenthaltstitel nach §18 AufenthG nach Deutschland eingewandert sind (Stand 2009), haben sich in Thüringen niedergelassen (Heß 2012: 37-39). Des Weiteren ist Thüringen auch das Bundesland mit der geringsten Anzahl an hochqualifizierten Zuwanderern, die mit einem Aufenthaltstitel nach §19 AufenthG nach Deutschland zugewandert sind (Heß 2009: 32-34). Der größte Teil der ausländischen Ärzte in Thüringen kommt aus Osteuropa, angeführt von Rumänien, der Slowakischen Republik und Bulgarien, gefolgt von Polen und Österreich (www.laek-thueringen.de, Stand 10.01.13).

Das neue Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen (siehe 2.2), das im März 2012 in Kraft getreten ist, gilt bundesweit. Ein Problem ist jedoch, dass vielen Gesundheitsbehörden, die für die Prüfung der Gleichwertigkeit zuständig sind, nicht genügend Informationen über ausländische Ausbildungssysteme und Berufsabschlüsse vorliegen. Aus diesem Grund kann oft nur unter Schwierigkeiten entschieden werden, ob eine Gleichwertigkeit vorliegt oder nicht. Auch in Thüringen ist die Situation seit Einführung des neuen Gesetzes kompliziert. Das für die Prüfung ausländischer Studienabschlüsse auf Gleichwertigkeit mit den deutschen Qualifikationen zuständige Amt in Thüringen, verfügt derzeit noch nicht über ausreichende Arbeitsgrundlagen um dieser Aufgabe nachzukommen und es besteht eine vorübergehende Ungewissheit. Ein Approbationsantrag eines Arztes aus einem Drittland wird momentan zurückgestellt, die Überprüfung der Gleichwertigkeit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben und stattdessen bekommt der Arzt, je nach Fall, eine befristete Berufserlaubnis ausgehändigt oder eine bereits bestehende Berufserlaubnis verlängert. Die Gleichwertigkeit des Abschlusses ist somit weiterhin ungewiss. Des Weiteren wurde auch die Kenntnisprüfung, die im Fall einer festgestellten

Ungleichheit des ausländischen Diploms zum Erhalt der Approbation Voraussetzung ist, auf unvorhergesehene Zeit ausgesetzt (www.aerzteblatt-thueringen.de, und www.thueringen.de/de/tlvwa, Stand 11.01.13).

Auf Anfrage beim Landesverwaltungsamt wurde im Januar 2013 mitgeteilt, dass Kenntnisprüfungen in Thüringen erst wieder im Januar 2014 regulär durchgeführt werden können. Da das Ärzteprojekt Weimar bei besagter Stelle jedoch bekannt ist und auch bekannt ist, dass die Teilnehmer des Projektes bereits im Juli 2013 die Kenntnisprüfung antreten sollen, wurde eine Sonderregelung beschlossen. Für alle Ärzte, die am Ärzteprojekt teilgenommen haben, wird eine Sonder-Kenntnisprüfung angeboten. Diese Prüfung wird nochmal nach „alter Manier“ durchgeführt. Zusätzlich zu den Prüfern, die aus dem alten Prüfungsstab rekrutiert werden, soll jedoch auch ein lehrender Arzt der Universität Jena als Prüfer teilnehmen.

Der Inhalt und Ablauf der Kenntnisprüfung ist in Thüringen seit der vorübergehenden Aussetzung in Überarbeitung und nach Angaben des Landesverwaltungsamtes Thüringen kann momentan keine genaue Auskunft darüber gegeben werden. Nach neuesten Auskünften ist die Kenntnisprüfung in den Zuständigkeitsbereich des Dekanats der Universität Jena übergegangen, das seit längerem mit der Gründung eines Arbeitskreises beschäftigt ist. Im Rahmen dieses Arbeitskreises wird der Inhalt und der Ablauf der Prüfung, die sich voraussichtlich in etwa am bisherigen Vorgehen orientieren soll, beschlossen.

In der Vergangenheit wurde die Kenntnisprüfung von der Landesärztekammer organisiert und durchgeführt. In der mündlichen Prüfung wurden patientenbezogene Fragen zu den zwei großen Fächern der Medizin, der Chirurgie und der Inneren Medizin, sowie zusätzlich zu einem Wahlfach gestellt. Dieses Wahlfach war entweder das Fachgebiet, in dem der Prüfling bereits gearbeitet hat oder in welchem er in Deutschland tätig werden möchte. Die Prüfer wurden vom Thüringer Landesverwaltungsamt bestimmt und prüften in ihrem persönlichen Fachgebiet. Insgesamt umfasste der Prüfungsstab etwa 36 Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die angefragt werden konnten, um die Kommission zusammenzustellen. Eine Kenntnisprüfung wurde in der Regel von drei bis vier Prüfern gemeinsam durchgeführt. Die Durchführung einer Kenntnisprüfung war in Thüringen mit durchaus hohen Kosten verbunden. Bereits vorab musste jeder Teilnehmer einen Betrag von 300 € bezahlen und im Fall einer bestandenen Prüfung fiel dann nochmal eine Bearbeitungsgebühr von 200 € an.

Die Kenntnisprüfung gab es jedoch nicht von Beginn des Ärzteprojektes an, sie wurde erst ab dem siebten Kurs verpflichtend eingeführt. Davor war eine Prüfung lediglich angeraten und wurde direkt im Ärzteprojekt durchgeführt. Herr S. erinnert sich:

„Die erste Prüfung haben wir hier bei uns gemacht, die habe ich geleitet und abgenommen. Neben mir saß Frau Dr. S. und dann kam ein Jurist aus dem Landesverwaltungsamt und hat das gewissermaßen von der juristischen Seite kontrolliert“
(Herr S.; Dozent).

Wenn der zu prüfende Arzt die Kenntnisprüfung nicht besteht, kann diese in Thüringen maximal einmal wiederholt werden, danach erlischt der Anspruch. Wie bereits erwähnt ist auch diese Regelung von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. In Berlin kann die Kenntnisprüfung beispielsweise beliebig oft wiederholt werden.

In Thüringen dauert die als Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung empfohlene Praxiszeit in

einer Klinik in der Regel mindestens drei Monate. Sie ist jedoch nicht gesetzlich vorgeschrieben. Es gibt auch Ärzte, die direkt einen Arbeitsvertrag in einer Klinik angeboten bekommen, ihre Berufserlaubnis beantragen und daraufhin beginnen zu arbeiten. Die sogenannte Praxiszeit wird jedoch für sinnvoll erachtet, da die Ärzte erste Erfahrungen sammeln können und zu Beginn noch nicht so viel Verantwortung übernehmen müssen.

Auch in Thüringen müssen alle zugewanderten Ärzte, unabhängig davon, ob sie aus der EU oder aus einem Drittland kommen, Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 vorweisen. Diese Regelung gilt jedoch erst seit etwa vier Jahren und wurde eingeführt, da es zu massiven Beschwerden auf Seiten der Patienten und der deutschen Kollegen kam. Frau S. befürwortet die Einführung dieser Regelung:

„[Die zugewanderten Ärzte] müssen heute Gott sei Dank alle die B2-Prüfung machen. Also da bin ich sehr froh drüber. Es ist auch zu viel passiert, es sind zu viele Schwierigkeiten aufgetreten weil die Kommunikation eben nicht funktioniert hat“
(Frau S., Gründerin des Ärztesprojektes).

Zusätzlich zur B2-Deutsch-Prüfung müssen alle zugewanderten Ärzte in Thüringen auch einen Kurs über „Deutsch für Mediziner“, die sogenannte Medizinische Fachsprache, vorweisen. Dies ist eine neue Regelung, die mit der Überarbeitung der Kenntnisprüfung und dem Wechsel zum Dekanat der Universität Jena beschlossen wurde.

In diesem Kapitel wurde ein Überblick zur Situation in Thüringen gegeben. Dabei wurde der herrschende Ärztemangel und die wachsende Zahl ausländischer Ärzte sowie die Umsetzung des neuen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen und die Bestimmungen zur Kenntnisprüfung thematisiert. Im folgenden Kapitel soll nun das Ärztesprojekt Weimar ausführlich vorgestellt werden.

5.2 Das Ärztesprojekt Weimar

5.2.1 Hintergrund und Entstehung

Das Ärztesprojekt in Weimar wird organisiert von der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., die aus dem evangelischen Johanniterorden hervorgegangen ist und in dessen Tradition sie bis heute steht. Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist eine gemeinnützige Organisation, die 1952 entstanden ist und die in ganz Deutschland Niederlassungen hat. Zum Aufgabenbereich der Johanniter-Unfall-Hilfe gehören zahlreiche wohltätige und soziale Aktivitäten von Krankentransport und Rettungsdienst über Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bis hin zur Humanitären Hilfe im Ausland. Seit mehr als 60 Jahren ist die Johanniter-Unfall-Hilfe tätig und zählt zu einer der bedeutendsten Hilfsorganisationen in ganz Europa.

Das Ärztesprojekt der Johanniter-Unfall-Hilfe Weimar wurde vor etwa 15 Jahren ins Leben gerufen. Die Begründerin arbeitete zu dieser Zeit im Landesverwaltungsamt und stand dem Landesprüfungsamt vor. Das Landesprüfungsamt war damals, wie auch noch heute, Anlaufstelle für alle deutschen Ärzte, die eine Approbation beantragen und auch für alle zugewanderten Ärzte auf dem Weg in die Erwerbstätigkeit. Die Gründerin des Ärztesprojektes erinnert sich:

„Und da saßen diese Häufchen Unglück, die alle aus Russland kamen, arbeiten wollten und nicht arbeiten konnten und die saßen da, waren völlig deprimiert und geknickt, kleine Häufchen Unglück und da haben wir gedacht, also irgendwas müssen wir uns einfallen lassen, dass die arbeiten können“ (Frau S.; Gründerin des Ärzteprojektes).

Da sich die Ausbildung in Russland jedoch sehr von der in Deutschland unterschied, wurde ein Kurs konzipiert, der den Ärzten einen Überblick über die relevanten Themen der Medizin, wie sie in Deutschland gelehrt werden, geben sollte. Dieser Kurs war dazu gedacht, bestehende Lücken in der Theorie und Praxis zu füllen, Neuerungen in der Medizin vorzustellen und die Ärzte auf ihre Aufgaben in deutschen Kliniken vorzubereiten.

Nach einer anfänglichen Vorbereitungszeit von etwa zwei Jahren, in der auch Frau P., die spätere Projektleiterin, zum Ärzteprojekt dazu kam, konnte der erste Kurs beginnen.

Die Klientel der ausländischen Ärzte, wie auch der ganze Ablauf des Kurses, hat sich mit der Zeit zwar geändert, der Gedanke hinter dem Projekt ist jedoch derselbe geblieben: Auf der einen Seite soll zugewanderten Ärzten eine berufliche Perspektive in Deutschland geboten werden und auf der anderen Seite kann dadurch auch dem Ärztemangel im eigenen Land aktiv entgegengewirkt werden.

5.2.2 Aufbau

Der aktuelle Kurs des Ärzteprojektes, der auch als „Anpassungsjahr für Mediziner aus Nicht-EU-Staaten“ bezeichnet wird, hat im Mai 2012 in Weimar begonnen und ist mittlerweile der 13. Kurs, den die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. durchführt. Voraussetzung für die Teilnahme der ausländischen Ärzte ist eine abgeschlossene Berufsausbildung als Arzt im Herkunftsland, eine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland und die Sprachkundigenprüfung B2. Zu Beginn des Projektes wird mit den Kursteilnehmern ein Ausbildungsvertrag über die Dauer des Kurses abgeschlossen. Der Kurs umfasst insgesamt 13 Monate und ist in drei unterschiedliche Phasen unterteilt. Begonnen wird mit dem sogenannten Grundlehrgang, der sieben Wochen umfasst. Für diese Zeit kommen alle ausländischen Ärzte nach Weimar und im Rahmen des Ärzteprojektes bekommen sie hier Unterkünfte zur Verfügung gestellt. Der Unterricht findet an jedem Wochentag statt, am Wochenende haben die Ärzte frei. Unterrichtet wird von verschiedenen Dozenten, die über ihr jeweiliges Fachgebiet referieren.

Im Grundlehrgang werden vor allem die theoretischen Grundlagen des Staatsexamen-Wissens unterrichtet, indem verschiedene Themen nach und nach vorgestellt und durchgesprochen werden. Somit wird ein Überblick darüber gegeben, welche medizinischen Themenbereiche relevant sind und in der Kenntnisprüfung auch abgefragt werden können. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Chirurgie und der Inneren Medizin. Aber auch andere Themenbereiche wie z.B. Kinderheilkunde/Pädiatrie werden angesprochen.

Nach dem Grundlehrgang sollen die Ärzte, nach Möglichkeit, direkt mit ihrem Praktikum beginnen. Das heißt, dass während des Grundlehrgangs durch das Ärzteprojekt bereits nach einem möglichen Praktikumsplatz oder im Idealfall auch nach einer Arbeitsstelle für die Ärzte gesucht wird. Dabei wird bei jedem Arzt individuell entschieden, welche Klinik hierfür in Frage kommt, denn „...man muss natürlich sehen welchen Wissenstand haben sie, welchen

Sprachstand haben sie und dann kann man überlegen in welche Kliniken man sie vermittelt“ (Herr M., Projektleiter). Bei der Suche nach einem Praktikumsplatz oder einer Arbeitsstelle wird auch darauf geachtet, dass

„...die Ärzte, die noch nicht gearbeitet haben, erst mal in ein kleines Krankenhaus kommen beziehungsweise in eine Rehabilitationsklinik, um dem Stress und den Arbeitsgewohnheiten in einem normalen deutschen Akutkrankenhaus, oder einer Uniklinik, aus dem Weg zu gehen und sie nicht ins kalte Wasser zu werfen“ (Herr M., Projektleiter).

In den Monaten Juli und August folgt eine kleine Sommerpause und im September beginnt die zweite Phase mit den Blockwochenenden, die bis zum März andauert. Theoretisch sind nun alle Ärzte im Praktikum oder in ihrer neuen Arbeitsstelle untergebracht, aus diesem Grund finden nun nur noch monatlich an einem Wochenende Seminare, in Form von Blockunterricht, statt. Quasi berufsbegleitend können hier bestimmte Fragen aufs Neue erörtert oder Themen im Lichte der Praxiserfahrung neu verortet werden. Auch Wünsche der Ärzte, bestimmte Themen zu vertiefen oder zu wiederholen, werden hier berücksichtigt.

In dieser Phase der Blockwochenenden hält das Ärzteprojekt Kontakt zu den Kliniken, in denen die Ärzte beschäftigt sind, und besucht die Ärzte auch vor Ort. Hier wird mit den Betreuern der Ärzte, aber auch mit den Ärzten selbst, geredet, um zu erfahren, wie es ihnen ergeht und ob es eventuell Probleme gibt. Die Ärzte bekommen, wenn sie ein Praktikum in einer Klinik machen, aber auch vor Ort einen Mentor zugewiesen, der für sie zuständig ist und als ihr Ansprechpartner fungiert.

Die dritte Phase beginnt im Mai und ist eine dreiwöchige Intensiv-Vorbereitung auf die näher rückende Kenntnisprüfung. Hier werden alle wichtigen Themen in komprimierter Form wiederholt. Für diese Zeit kommen die Ärzte erneut nach Weimar und haben wieder täglich Unterricht.

5.2.3 Organisation

Das Ärzteprojekt der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. wird von drei Personen koordiniert, dem Projektleiter und zwei Mitarbeitern. Der Projektleiter ist für alle inhaltlichen und organisatorischen Aufgaben zuständig. Bevor das Projekt beginnt, muss zunächst ein umfangreicher Antrag zur Bewilligung von finanziellen Mitteln gestellt werden. Daraufhin trifft sich der Projektleiter einzeln mit allen ausländischen Ärzten, die am Projekt teilnehmen wollen. In diesen Vorabgesprächen werden die Berufsqualifikationen durchgeschaut und es wird ermittelt ob die Ärzte bereits über Berufserfahrung verfügen. Danach werden die Unterlagen zur genauen Überprüfung weiter ans Landesverwaltungsamt geleitet. Dadurch soll geklärt werden, ob die Ärzte am Projekt teilnehmen können oder ob sie, wenn beispielsweise lediglich ein „Bachelor of Medicine“ vorgelegt wird, an die Universität verwiesen werden. Des Weiteren muss sich der Projektleiter um die Aufenthaltserlaubnisse der Ärzte kümmern und ist auch in anderen Belangen ihr Ansprechpartner. Gemeinsam mit den Dozenten werden die Themen, die im Unterricht behandelt werden, festgelegt und ein Stundenplan entworfen. Für die Zeit des Grundlehrgangs und der Prüfungsvorbereitung müssen für die Ärzte Unterkünfte organisiert werden. Bereits während dem Grundlehrgang kontaktiert der Projektleiter verschiedene

Kliniken, um den Ärzten Praktikumsplätze zu vermitteln oder direkt eine Arbeitsstelle zu finden.

Die Dozenten, die beim Ärzteprojekt unterrichten, sind generell selbst Ärzte, insgesamt unterrichten etwa dreizehn Dozenten im Kurs. Den Hauptanteil der Lehre haben Herr Prof. Dr. S., der beinahe die komplette Innere Medizin abdeckt, sowie Herr Dr. K. und Herr Dr. B., die sich die Chirurgie untereinander aufteilen. An den Blockwochenenden unterrichten Dozenten, die jeweils nur einen Tag anwesend sind und Einblicke in ihr jeweiliges Fachgebiet geben. Fachgebiete, die hier vorgestellt werden, sind z.B. die Gynäkologie, Kardiologie, Anästhesie, sowie Pädiatrie und Neurologie.

Die Dozenten, die das ganze Projekt begleiten, sind meist bereits pensioniert, da sie ansonsten nicht die nötige Zeit hätten beim Ärzteprojekt zu unterrichten. Sie dürfen aber auch noch nicht zu lange „draußen sein“ aus der Materie, da das Wissen auf dem neuesten Stand vermittelt werden soll.

5.2.4 Finanzierung

Der Antrag zur Bewilligung von finanziellen Mitteln für das Ärzteprojekt wird an die GFAW gerichtet. Die GFAW, die Gesellschaft für Arbeits- und Wirtschaftsförderung, befindet sich in Erfurt und verwaltet das Geld vom Europäischen Sozialfonds. Im Rahmen der „Beruflichen Integrationsrichtlinie“ stellte der Europäische Sozialfonds dem Ärzteprojekt Weimar 80% der benötigten Gelder zur Verfügung. Die anderen 20% wurden als Komplementär-Mittel vom Freistaat Thüringen finanziert.

Das besondere am Ärzteprojekt Weimar ist unter anderem, dass sich die teilnehmenden ausländischen Ärzte nur in geringem Maße selbst finanziell beteiligen müssen und zwar mit einem einmaligen Beitrag von 200 €. Durch die Finanzierung vom Europäischen Sozialfonds kann den Ärzten für die Unterrichtszeit eine Unterkunft in Weimar zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren können sie unentgeltlich am Unterricht teil nehmen, erhalten Bücher und Unterlagen und bekommen ihr Fahrtgeld erstattet.

Nachdem die Finanzierung durch die GFAW gestrichen wurde (siehe 5.2.6), konnte das Ärzteprojekt durch Gelder der Johanniter weiter finanziert werden.

5.2.5 Veränderungen im Projekt

Der diesjährige Kurs unterscheidet sich von den vorherigen in vielerlei Hinsicht. Es ist der erste Kurs seit Beginn des Ärzteprojektes, der in verkürzter Form durchgeführt wird. Anstelle der 18-monatigen Kursdauer, die in den vergangenen Jahren die Regel war, umfasst dieser Kurs nur noch 13 Monate. Das hat verschiedene Gründe: Auf der einen Seite spitzt sich der Ärztemangel in Thüringen weiter zu. Das heißt, es werden dringend Ärzte benötigt, weswegen die ausländischen Ärzte so schnell wie möglich in die Kliniken gehen sollen. Auf der anderen Seite ist die Situation betreffend des Aufenthaltes der ausländischen Ärzte komplizierter geworden. Einige der Ärzte, die nicht als Spätaussiedler oder jüdische Zuwanderer in Deutschland sind, haben Schwierigkeiten, eine Aufenthaltserlaubnis für Deutschland zu bekommen oder zu behalten. Das Projekt alleine gilt hierbei nicht als Grundlage für eine Aufenthaltsgenehmigung. Erst, wenn die Ärzte ihr Praktikum in einer Klinik beginnen, mit einer Klinik in einem

Arbeitsverhältnis stehen, wird ihnen eine Aufenthaltserlaubnis ausgestellt. Auch aus diesem Grund musste die theoretische Phase des Projektes verkürzt werden.

Hinzu kommt, dass einige der ausländischen Ärzte bereits in Kliniken in Deutschland arbeiten. Das war zuvor so nicht der Fall, die Ärzte, die am Projekt teilgenommen haben, waren zum großen Teil arbeitslos und das Arbeitsamt hat diese Zeit finanziell überbrückt. Diejenigen Ärzte, die nun bereits in Kliniken tätig sind, arbeiten mit einer Berufserlaubnis, die seit der neuen gesetzlichen Regelung, wie bereits erwähnt (siehe 2.2), jedoch nicht mehr verlängert wird. Wenn diese Ärzte weiterhin beruflich tätig sein wollen, sind sie also gezwungen, die Kenntnisprüfung zu machen. Aus diesem Grund nehmen nun auch einige Ärzte am Projekt teil, die bereits als Mediziner tätig sind. Das Problem hierbei ist, dass die Kliniken, in denen diese Ärzte arbeiten, sie für die Zeit des Unterrichtes in Weimar von der Arbeit freistellen müssen. Die Kliniken stellen ihre Mitarbeiter aber nur sehr ungern frei, da es sich um Arbeitszeit handelt, die bezahlt werden muss, die de facto aber nicht geleistet wird und „... in den Kliniken klemmt eben hier und da und dort... und die brauchen die Ärzte einfach“ (Frau S., Gründerin des Ärzteprojektes).

Da das Ärzteprojekt vor diesem Hintergrund um ganze sechs Monate verkürzt wurde, ist folglich auch der Inhalt des Projektes verändert worden. In den vorherigen Kursen lag der Schwerpunkt nicht nur auf den medizinischen Fächern, sondern auch auf der Vermittlung der deutschen Sprache. Die Ärzte mussten zu Beginn des Kurses die deutsche Sprache lediglich auf dem Niveau B1 beherrschen. Eine Sprachlehrerin bereitete die Ärzte innerhalb des Kurses auf die B2-Prüfung vor. Zusätzlich wurden die Ärzte im Bereich „Deutsch für Mediziner“ unterrichtet. Und auch der „Interkulturellen Kommunikation“ wurde mehr Bedeutung beigemessen. Die Vermittlung der deutschen Sprache ist nun ganz weggefallen und der Unterricht in „Deutsch für Mediziner“ wurde von mehreren Wochen auf wenige Stunden verkürzt.

Die neue Konzeption des Projektes hat sich des Weiteren auch auf den Ablauf des Unterrichtes ausgewirkt. Im Gegensatz zu den vorherigen Kursen wurde der Blockunterricht am Wochenende eingeführt. Durch die Blockwochenenden fehlen die Ärzte nur noch an einem Wochenende im Monat und können sozusagen berufsbegleitend weitergebildet werden, was den Kliniken, die ihre Ärzte freistellen, entgegenkommt.

Eine weitere Veränderung im Ärzteprojekt war der Wechsel der Projektleitung. Frau P., die alle bisherigen Kurse als Projektleiterin begleitete, übergab die Projektleitung an Herr K. Im Verlauf des Kurses war sie als Mitarbeiterin dabei, um ihren Nachfolger einzuarbeiten und zu unterstützen.

5.2.6 Schwierigkeiten

Die Veranstalter des Ärzteprojektes haben mit einigen Problemen zu kämpfen. In erster Linie sind diese Schwierigkeiten finanzieller, organisatorischer und bürokratischer Natur.

Wie bereits erwähnt, wird das Ärzteprojekt zum größten Teil von Geldern des Europäischen Sozialfonds finanziert, die von der Gesellschaft für Arbeits- und Wirtschaftsförderung (GFAW) verwaltet werden. Doch bereits den Antrag auf Bewilligung der finanziellen Mittel zu stellen, ist laut Frau P. aufwendig und die Vorgaben hierfür ändern sich immer wieder. Auch der Sachbearbeiter, der in der GFAW für das Ärzteprojekt zuständig ist, wechselt jedes Jahr, um

der Gefahr der Korruption entgegenzuwirken:

„Es bearbeitet jedes Mal ein anderer Sachbearbeiter, es gab in diesen 15 Jahren niemals den gleichen Sachbearbeiter. Das Projekt ist kompliziert, auch für die Sachbearbeiter dort, das muss man wirklich sagen. Und wenn sie sich endlich hinein gedacht haben in alles und sie es einigermaßen beherrschen, dann kommt ein neuer und fängt wieder von vorne an“ (Frau P., ehemalige Projektleiterin).

Nach Beendigung des Kurses reist ein Prüfer der GFAW an, der ebenso jedes Jahr wechselt und der die rechtmäßige Verwendung der Gelder überprüft und sicherstellt, dass kein Geld zweckentfremdet wurde. Für die Veranstalter des Ärzteprojektes bedeutet das, dass alle Veränderungen oder Abweichungen, zu denen es im Laufe des Kurses kommt, umgehend mitgeteilt und begründet werden müssen. Womit wir zum nächsten Punkt kommen, der Teilnehmerzahl der Ärzte. Es gibt eine vom GFAW vorgeschriebene Mindestteilnehmerzahl von 20 bis 25 Ärzten. Da es in diesem Kurs aber Schwierigkeiten gab, gleich zu Beginn des Kurses genügend Teilnehmer zu finden, hat die GFAW eine Sonderregelung eingeführt und den Kurs mit lediglich 18 Teilnehmern beginnen lassen. Wenn nun aber einer dieser Ärzte, aus welchen Gründen auch immer, nicht anreist, oder mitten im Projekt abbricht, muss das sofort gemeldet und die Gründe dafür verdeutlicht werden. Wenn dadurch jedoch die benötigte Mindest-Teilnehmerzahl und somit der Kurs gefährdet ist, führt das dazu, dass neue Teilnehmer auch mitten im Projekt angenommen werden, um die Vorgaben zu erfüllen.

Dabei ist die abnehmende Nachfrage von ausländischen Ärzten eigentlich nicht das Problem. So gab es, laut Herr M., schon immer Zeiten, in denen der Kurs gefragter war, es liefen beispielsweise auch schon drei Kurse parallel, und dann kam es wieder vor, dass sich gerade genügend Teilnehmer anmeldeten, um einen Kurs zu füllen. Das Schwierige an und für sich sei die Art und Weise der Anmeldung der Teilnehmer, denn „... eigentlich sind das immer so sukzessive Anfragen, ...das tröpfelt halt so ein und dann ist es schwierig das zu konzentrieren“ (Herr M., Projektleiter). Und

„Viele hatten ja auch schon zugesagt für den Kurs und dann haben sie wieder abgesagt.... Und wenn die woanders was finden, in einem Bundesland wo sich gerade mal wieder die Vorschriften oder die Gesetzgebung geändert hat, dann gehen die halt nach Bayern, wenn sie dort gleich arbeiten können.“ (Herr M., Projektleiter).

Hinzu kommt noch, dass der Beginn des Kurses mehrfach verschoben werden musste, auf Grund von fehlenden Bescheinigungen, der Änderung einer Richtlinie und der Tatsache, dass es zu Beginn nicht genügend Anmeldungen gab.

Wie bereits erwähnt ist auch die Situation in Bezug auf den Aufenthaltsstatus der ausländischen Ärzte komplizierter geworden. Zu Beginn des Ärzteprojektes waren es vor allem Ärzte, die als Spätaussiedler, als Jüdische Zuwanderer oder als Ehepartner von Deutschen nach Deutschland kamen und deren Aufenthaltsrecht gesichert war. Im Lauf der Zeit nahmen aber mehr und mehr Ärzte unterschiedlicher Nationalitäten am Ärzteprojekt teil. Der Unterricht allein reicht für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis jedoch nicht aus, erst wenn die Ärzte ein Praktikum in einer Klinik beginnen oder einen Arbeitsvertrag haben, bekommen sie diese

ausgestellt. Einer jungen Ärztin aus Kasachstan, die gerade ihr freiwilliges soziales Jahr in einem deutschen Krankenhaus abgeschlossen und bereits mit dem Kurs begonnen hatte, drohte beispielsweise die Abschiebung. Ihre Aufenthaltserlaubnis sollte nur dann verlängert werden, wenn sie eine Arbeitsstelle vorweisen konnte, die dann unter großem Zeitdruck gesucht werden musste.

Im Dezember 2012 stand es vorübergehend schlecht um das Ärzteprojekt. Die Finanzierung durch Mittel des Europäischen Sozialfonds wurde gestrichen. Die GFAW gab Bescheid, dass alle finanziellen Ausgaben, die bis Dezember 2012 angefallen waren, nachgewiesen werden müssen und die Finanzierung daraufhin beendet wird. Der Grund hierfür war, dass Vorgaben des Antrages nicht erfüllt wurden. Konkret ging es hierbei um die Vermittlung der Ärzte in einen Praktikumsplatz, der bei einigen Ärzten sehr spät und bei wenigen zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfolgt war. Dies lag jedoch außerhalb des Einflussbereichs der Veranstalter, die für die Ärzte bereits Praktikumsplätze gefunden hatten. Bevor die Ärzte ihr Praktikum antreten können, muss ihnen jedoch eine Berufserlaubnis ausgestellt werden. Aus verschiedenen Gründen hat sich die Bearbeitungszeit und somit auch die Ausstellung der Berufserlaubnis in der zuständigen Behörde jedoch erheblich verzögert. Dies hat wiederum dazu geführt, dass die Ärzte ihr Praktikum nicht zur vorgesehenen Zeit beginnen konnten. Hinzu kam, dass in dieser heiklen Phase der Projektleiter aus persönlichen Gründen ausschied und Frau P. die Leitung des Projektes wieder übernehmen musste. Vor diesem Hintergrund wurde das im Januar anstehende Blockwochenende abgesagt, da unklar war, inwieweit der Kurs überhaupt weitergeführt werden konnte. Um das Fortbestehen des Kurses zu sichern, wurden finanzielle Mittel bei den Johannitern beantragt und die Unterrichtszeit verkürzt. Dadurch konnte die Weiterführung des Kurses für die teilnehmenden Ärzte doch noch ermöglicht werden.

In diesem Kapitel wurde das Ärzteprojekt Weimar ausführlich vorgestellt. Von Interesse war hierbei der Hintergrund und die Entstehung (5.2.1), der Aufbau (5.2.2), die Organisation (5.2.3), die Finanzierung (5.2.4), Veränderungen (5.2.5) und Schwierigkeiten (5.2.6) im Projekt. Im folgenden Kapitel soll nun detailliert auf die empirischen Daten, die im Rahmen dieser Untersuchung entstanden sind, eingegangen werden.

6 Ethnographische Daten

6.1 Forschen in der eigenen Gesellschaft

„The days when anthropology was automatically associated with accounts of 'primitive peoples' in faraway lands are gone“ (van Ginkel 1994: 5).

Die Ethnologie als Wissenschaft setzte sich traditionell lange Zeit ausschließlich mit fernen fremden Gesellschaften auseinander. Das Fremde und Exotische war hierbei das typische Merkmal der Ethnologie. Diese Orientierung an fremden Kulturen und Völkern ist primär durch die Kolonialisierung, die Besiedlung nicht-europäischer Gebiete von Seiten europäischer und nordamerikanischer Staaten, entstanden. Aber auch die frühe Reiselust und der Drang nach Erkundung der Welt spielten hierbei eine Rolle. Des Weiteren war bereits im 19. Jahrhundert die so genannte „rescue ethnography“ und der damit verbundene Glaube verbrei-

tet, dass Kulturen, sei es durch Globalisierung oder durch die Einwirkung des Kapitalismus, vom Verschwinden bedroht seien. Forscher sind aus diesem Grund ausgezogen, um kulturelle Aspekte von fernen fremden Gesellschaften vor ihrem „Aussterben“ zu dokumentieren und so für die Ewigkeit zu bewahren. Von solchen Vorhaben sind heutige Ethnologen längst zurückgetreten, da hinter dieser Auffassung ein statisches Verständnis von Kultur steht, das dem gegenwärtigen Kulturbegriff (siehe auch 3.2) widerspricht (Haller 2005: 15, 29, 31).

Aber auch heutzutage wird die Ethnologie, vor allem von Außenstehenden, nach wie vor in erster Linie mit dem Forschungsgegenstand des Fremden und Exotischen assoziiert. Dem gegenüber steht ein Wandel innerhalb der Disziplin. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und dem Ende der Kolonialzeit kam es zur so genannten Krise der Ethnologie (Haller 2005: 25), die zu grundlegenden Veränderungen innerhalb der Disziplin führte. Kritikpunkte waren unter anderem die „ahistorische und apolitische Betrachtungsweise der ehemals kolonisierten Gesellschaften“, sowie „die kolonial-ethnozentrische Prägung ethnologischer Erkenntnistheorien, des ethnologischen Gegenstandsverständnisses, sowie der ethnographischen Praxis“ (Znoj 2012: 47 und 49).

Die Krise der Ethnologie wirkte sich auch auf die ethnologische Forschung aus. Auf der einen Seite standen nicht mehr ganze Gesellschaften im Fokus der Untersuchung, sondern „spezifische Interpretationsfelder“ (Heidemann 2011: 125). So entstanden Teilbereiche des Fachs, wie die Stadtethnologie, Medienethnologie, Visuelle Ethnologie usw. Auf der anderen Seite folgte aus der Krise „die Lokalisierung des Fremden im Eigenen“ (Heidemann 2011: 126). Die eigene Gesellschaft als mögliches Forschungsgebiet wurde in diesem Zusammenhang zunächst in Europa und Nordamerika „entdeckt“. Zeitgleich zu den westlichen Ethnologen, die in ihrer Gesellschaft zu forschen begannen, führten aber auch asiatische und afrikanische Ethnologen, die zum großen Teil in westlichen Gesellschaften ausgebildet wurden, Forschungen in ihrer Gesellschaft durch. Das „home-coming of the discipline“ wurde dabei von unterschiedlichen Entwicklungen, wie dem Ende der Kolonialzeit, der Beschränkung von Forschungserlaubnissen in einigen Ländern sowie zunehmenden Schwierigkeiten bei der Finanzierung groß angelegter Forschungsvorhaben, begünstigt (van Ginkel 1994: 6-7).

Deutschland als mögliches Forschungsgebiet für Ethnologen wurde bis in die 1990er Jahre jedoch nur vereinzelt in Betracht gezogen. Doch „das, was wir in der Ferne beobachtet haben, ist schon längst in die Nähe gerückt“ (Klocke-Daffa 2007: 14). Die deutsche Gesellschaft ist nicht erst seit Kurzem ein Einwanderungsland und längst kulturell vielfältig. So schreibt Girtler: „Das Phänomen des Fremden, ein Charakteristikum der Ethnologie, gilt genauso für die eigene Gesellschaft, zumal gerade heute durch Gastarbeiter, Asylanten, Immigranten unsere Welt bunter wurde“ (Girtler 2001: 19).

Somit lässt sich festhalten, dass sich die heutige Ethnologie mit allen Gesellschaften beschäftigt und nicht nur mit einigen, die aus dem Blickwinkel der westlichen Gesellschaften für exotisch erachtet werden.

6.1.1 Was für Probleme und Chancen ergeben sich

„Thus, whereas for anthropologists doing fieldwork abroad the problem is, how to get into a culture, those conducting research at home may face the problem of

how to get out in order to enable them to have an ethnographic gaze at familiar surroundings“ (van Ginkel 1994: 12).

Eine ethnologische Feldforschung in der eigenen Gesellschaft durchzuführen, ist sowohl mit Herausforderungen als auch mit Chancen verbunden. Auf der einen Seite konfrontiert eine Untersuchung in der eigenen Gesellschaft den Forscher mit einer Reihe von Schwierigkeiten. Die Rolle des Außenstehenden und Fremden, die der Ethnologe in einer ihm fremden Gesellschaft meist automatisch einnimmt und zugeschrieben bekommt, ist in der eigenen Gesellschaft nicht automatisch erfüllt. Ganz im Gegenteil besteht die Gefahr, dass der Forscher sich zu gut auskennt, Sachverhalte für gegeben und alltäglich hält und durch die eigene kulturelle Brille den Blick für bestimmte Thematiken verliert. Metaphern wie „observing a parade whilst marching along“ oder „try to push a car while being inside of it“ (Van Ginkel 1994: 11), verdeutlichen diese Problematik. Je besser die Untersuchungsgruppe oder Untersuchungsthematik vorab bekannt ist, desto schwieriger ist es, mit der nötigen Distanz an die Forschung zu gehen. Diese Distanz ist, wie bereits erwähnt (siehe 4.1), wichtig, um das, was Informanten sagen, nicht für selbstverständlich zu halten, Phänomene zu hinterfragen und nicht nur eigene Annahmen und Vorstellungen bestätigt zu finden. Beer schreibt in diesem Zusammenhang: „Die Haltung, eigene Werte und Vorstellungen zu reflektieren und sich von ihnen zu lösen, hat hier noch mehr Bedeutung als ohnehin in der Wissenschaft“ (Beer 2008: 32).

Ein weitere Herausforderung, die die Forschung in der eigenen Gesellschaft mit sich bringen kann, bezieht sich auf die Überlegung, was nach der Untersuchung veröffentlicht werden soll und was besser nicht. Von verschiedenen Seiten werden hierbei Erwartungen an den Forscher und die publizierten Daten gestellt. Im Gegensatz zu einer Forschung in einer fernen fremden Gesellschaft sind die Personen, über die geforscht wurde, hier direkt vor Ort und können, was veröffentlicht wurde, mitverfolgen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Forschungsergebnisse mit den eigenen Informanten durchzusprechen und zu diskutieren, um ihre Sicht der Dinge zu erfahren. Laut Beer kann „so eine kritische Auseinandersetzung [...] der wissenschaftlichen Arbeit zugute kommen. Das macht das Forschen in der eigenen Gesellschaft aber nicht einfacher, sondern zu einer besonderen Herausforderung“ (Beer 2008: 33).

Auf der anderen Seite sind aber auch Vorteile und Chancen mit der Forschung in der eigenen Gesellschaft verknüpft. Die Anreise ist meist weniger aufwendig und man kann sich in der Muttersprache auch besser verständigen als in einer Fremdsprache. Für den Forscher ist es außerdem einfacher, in Kontakt mit den Informanten zu bleiben, um Fragen zu stellen, Daten zu überprüfen, auf dem Laufenden zu bleiben und auch im Prozess des Schreibens kritische Rückmeldungen zu erhalten. Von Vorteil kann auch sein, bereits vorab einen gewissen Einblick in das Forschungsfeld zu haben, wobei der Übergang zur oben angesprochenen Problematik hierbei fließend ist.

6.1.2 Die eigene Gesellschaft?

„Even if such a setting (‘at home’) exists, there will be many unfamiliar situations and moments in which researchers will either assume or will be ascribed the role of outsiders“ (Altorki 1988: 16).

Eine Gesellschaft ist keine homogene Einheit, sondern ganz im Gegenteil komplex, vielseitig und kulturell vielfältig. So sind es nicht nur unterschiedliche ethnische und/oder religiöse Gruppen oder Minderheiten, die einer Gesellschaft Heterogenität verleihen, sondern auch unter anderem lokale, berufliche, politische und soziale Zugehörigkeiten. Des Weiteren sind in diesem Zusammenhang sogenannte Subkulturen zu erwähnen, wie z.B. die Punk-Szene, der Yoga-Zirkel, die Schwulen-und-Lesben-Szene, der Faschingsverein, Burschenschaften, der Fußball-Club und viele mehr. Jede dieser Gruppen oder Gemeinschaften verfügt über ganz eigene Vorstellungen und Werte sowie Rituale und Verhaltensregeln.

Gerade aus diesem Grund ist es auch für Zugehörige einer Gesellschaft kaum möglich, über einen umfassenden Fundus an Wissen in Bezug auf die eigene Gesellschaft in all ihrer Komplexität zu verfügen. Und so ist die Vorstellung, dass der Ethnologe, der eine Forschung in der eigenen Gesellschaft durchführt, bezüglich der Untersuchungsthematik bereits selbst ein Experte ist, in den meisten Fällen eine Illusion. Bestimmte kulturelle Normen und Werte mögen dem Forscher natürlich vorab bekannt sein, andere Vorstellungen sowie Rituale und Verhaltenskodizes können jedoch völlig fremd und eigentümlich anmuten.

„The degree to which investigators are genuine 'insiders', can differ widely even when they are in their own country and do research among people with the same ethnic background. Ethnographers may not suffer a 'culture shock' in confronting informants at home, but there is certainly a chance that they will encounter a 'sub-culture shock' (van Ginkel 1994: 13).

So äußerte sich beispielsweise Koch-Straube über ein starkes Fremdheitsgefühl im Rahmen ihrer in einem deutschen Pflegeheim durchgeführten Forschung und berichtete, dass sie beim Betreten des Altersheimes in „eine fremde Welt mit eigenen Spielregeln und eigenen kulturellen Mustern“ eintauchte (Koch-Straube 1997: 16).

Und auch bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung war mir vieles sehr fremd. Bevor ich begonnen habe, mich mit der Thematik der Untersuchung auseinanderzusetzen, waren mir im Besonderen die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Migration nach Deutschland völlig unbekannt. Mit dem Thema Medizin habe ich mich im Verlauf meines Studiums in mehreren Seminaren beschäftigt, jedoch stets aus medizinethnologischer Perspektive (siehe 3.3). Von der Schulmedizin, wie sie in Deutschland gelehrt und praktiziert wird, hatte ich eine eher vage Vorstellung. Weder war mir der Aufbau des Medizinstudiums in Deutschland bekannt, welche Fächer in welchem Umfang unterrichtet werden, welche Praktika vorgeschrieben sind oder wie eine Berufserlaubnis erlangt wird, noch wie der Arbeitsalltag in einer deutschen Klinik aussieht und welche Aufgaben ein Arzt hier zu erfüllen hat.

Natürlich ist das medizinische System in Deutschland für mich aber auch kein völlig unbekanntes Gebiet, da ich als Patientin oder Angehörige selbst bereits Arzt- und Krankenhausbesuche erlebt habe und in dieser Gesellschaft und mit diesem kulturellen System oder treffender Systemen von Medizin aufgewachsen bin.

Besonders im Unterricht für die zugewanderten Ärzte, aber auch wenn sich diese über ihren Arbeitsalltag unterhalten haben, hatte ich dennoch immer wieder das Gefühl, ganz und gar fremd zu sein. Zwar fand der Unterricht auf Deutsch statt, jedoch bedienen sich Mediziner einer eigenen Sprache, dem medizinischen Fachjargon. Fachbegriffe können dabei hier und da

eingeworfen werden, aber auch ganze Gespräche dominieren. Und so saß ich nicht selten im Unterricht und hatte keine Ahnung, worüber im Moment gesprochen wurde, während die Ärzte kräftig nickten oder entsetzt den Kopf schüttelten.

Ein kurzer Exkurs ins Feldtagebuch soll dies besser veranschaulichen:

„Herr K. macht in seinem Unterricht heute wieder Fallbesprechungen. „34-jähriger Patient mit akutem Abdomen und laparoskopischer Sigmaresektion bei Divertikulitis vor einem Jahr“ lautet der erste Krankheitsfall. Die Ärzte beginnen sofort und lautstark die ersten Mutmaßungen zum Krankheitsbild und mögliche Vorschläge zur Behandlung zu diskutieren, während ich mich erst einmal bei meiner Nachbarin erkundige, welcher Körperteil überhaupt betroffen ist“ (Auszug Feldtagebuch).

Auch die Sicht auf den menschlichen Körper, oder treffender formuliert auf Teile des menschlichen Körpers, die den Mediziner*innen eigen ist, war für mich völlig fremd:

„Heute werden wieder Sonographie-Bilder besprochen, die für mich allesamt undefinierbar grau sind und eins exakt dem anderen gleicht. Durch die Reihen der Ärzte hingegen geht ein Raunen „oh oh, da ist ja Wasser“ oder „Oh je, alles voll mit Metastasen“. Beim nächsten Bild nehme ich mir vor, ganz genau hinzuschauen, und denke mir gerade: „ah doch da sieht man was, das sind dann wohl Metastasen“, als Herr K. sagt: „Sie sehen, hier alles wunderschön, Patient gesund“ (Auszug Feldtagebuch).

Abschließend kann zur Forschung in der eigenen Gesellschaft gesagt werden, dass, wenn sich der Forscher seiner Eingebundenheit in die eigene Gesellschaft bewusst ist, eigene Vorstellungen und Werte reflektiert und es schafft „eine kritische Distanz zur eigenen Gesellschaft“ (Kalitzkus 2003: 19) zu entwickeln, auch die Forschung in der selbigen sinnvoll und nutzbringend ist. So schreibt van Ginkel: „The crucial point is not where anthropologists hail from, but how they perceive and interpret the reality they confront“ (van Ginkel: 1994: 16).

In diesem Kapitel wurde die Möglichkeit des Forschens in der eigenen Gesellschaft kritisch hinterfragt. Zunächst wurde hierbei ein kurzer Überblick darüber gegeben, seit wann Ethnologen auch in der eigenen Gesellschaft forschen und wie es dazu kam. In 6.1.1 wurde daraufhin thematisiert, welche Probleme und Chancen sich durch die Forschung in der eigenen Gesellschaft ergeben, um abschließend in 6.1.2 zu diskutieren, ob der Forscher in der eigenen Gesellschaft automatisch Experte ist oder eben auch Fremder sein kann.

Im folgenden Kapitel soll nun die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Forschung in Bezug auf den Zugang, die Forscherrolle und die damit verbundenen Aufgaben und Probleme vorgestellt werden.

6.2 Forschungskontext

„Der Ethnologe schafft seine Quellen, die er selbst deutet“ (Heidemann 2011: 36).

Die Krise der Ethnologie führte auch zu einer veränderten Sicht auf den Forscher und auf die von ihm geschaffenen Daten. Der Forscher wird nicht länger als objektiver Beobachter gesehen, der die Realität wertneutral und sachlich dokumentiert und somit objektives Wissen festhält. Seit den 1960er und 70er Jahren wird davon ausgegangen, dass Realität im Dialog zwischen Forscher und Informanten hervorgebracht wird. Der Ethnologe als Person ist Teil der

ethnologischen Feldforschung, er „ist mit seiner ganzen Persönlichkeit Teil seines Projektes, mit seinen Vorlieben und Aversionen, mit seiner wissenschaftlichen Vorbildung und seinen bevorzugten Fragestellungen, [. . .], mit seiner psychischen und physischen Belastbarkeit und mit seinen Fähigkeiten zum Kommunizieren“ (Heidemann 2011: 37). Die Interpretation und Darstellung der Daten ist demzufolge nicht neutral, sondern im Gegenteil vom Forscher und der Forschungssituation geprägt. Die Ergebnisse der Forschung sind somit kein objektives Wissen, sie werden viel mehr als Annäherung an eine Thematik betrachtet.

Aus diesem Grund sollte die Forscherrolle thematisiert und der Forschungsprozess dokumentiert und transparent dargelegt werden. Auf diese Weise kann „der Leser sich ein Bild vom Forscher, vom Feldforschungsprozess, der Themenfindung und der Interpretation machen“ (Heidemann 2011: 37-38, 112, 126; Haller: 2005: 143, 147).

6.2.1 Zugang zum Feld

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang der Zugang zum Feld, auf den ich im Folgenden näher eingehen werde. Nachdem ich mich für das Thema meiner Arbeit entschieden hatte, begann ich mit einer ersten Literaturrecherche, die sehr ernüchternd ausfiel. Wie bereits bei 3.1 geschildert gibt es nur vereinzelt Literatur, die sich konkret auf die Situation der zugewanderten Ärzte in Deutschland bezieht. Auf die meisten dieser Publikationen stieß ich auch erst im Verlauf meiner Untersuchung. Somit stand für mich von Anfang an fest, dass ich ohne empirischen Einblick und Zugang zu zugewanderten Ärzten dieses Thema nicht behandeln kann. Gleichzeitig kam mir das auch sehr entgegen, da ich gerne eine eigene Untersuchung durchführen und keine rein theoretische Arbeit schreiben wollte. Die Überlegung war dann, wie und wo ich auf zugewanderte Ärzte treffen und längere Zeit mit ihnen verbringen kann, um einen tieferen Einblick in diese Thematik zu erhalten. Nach einer ausführlichen Recherche im Internet stieß ich auf Fortbildungsprojekte, die zugewanderte Ärzte auf das Arbeiten in deutschen Kliniken und primär auf die Kenntnisprüfung vorbereiten. Hier sah ich die Möglichkeit, einen wirklichen Zugang zu den Ärzten zu erhalten. Zusätzlich war ich an den Projekten – dem Aufbau, Ablauf und Inhalt – interessiert und versprach mir auch von den Veranstaltern, Organisatoren und Dozenten der Projekte weitere Erkenntnisse. Diese Vorstellung gefiel mir gut, da ich mir auf diese Weise Einsichten aus unterschiedlichen Perspektiven erhoffte. Nachdem ich alle der mir bekannten Fortbildungsprojekte angeschrieben hatte, erhielt ich vom Ärzteprojekt in Weimar eine positive Rückmeldung. Da, wie bereits in der Einleitung thematisiert, der Ärztemangel und auch die Zahl der zugewanderten Ärzte in den neuen Bundesländern höher und die Thematik hier somit brisanter ist, wollte ich bevorzugt dort meine Untersuchung durchführen. Nach einem ersten Vorstellungsgespräch in Weimar stieß mein Vorhaben auf Interesse und ich erhielt eine Zusage, den bevorstehenden Kurs für dreizehn Monate zu begleiten. Während der dreizehn Monate konnte ich nicht ständig vor Ort sein, sondern fuhr immer wieder für einige Tage oder Wochen nach Weimar. In der ersten Phase des Ärzteprojektes, dem Grundlehrgang, begleitete ich die ersten drei Wochen des Unterrichtes. In der zweiten Phase war ich an zwei von vier Blockwochenenden anwesend und fuhr auch zwischendurch öfter für mehrere Tage nach Weimar. In der dritten Phase verbrachte ich dann mit den Ärzten die letzten drei Wochen des Unterrichtes.

6.2.2 Forscherrolle und Aufgaben

Meine offizielle Rolle, die mir von den Organisatoren zugedacht war, war einerseits die wissenschaftliche Begleitung des Projektes und andererseits wurden mir Aufgaben einer Praktikantin übertragen. Zu Beginn des Kurses wurde ich den Dozenten und den zugewanderten Ärzten als Studentin der Ethnologie und als Praktikantin vorgestellt, die ihre Magisterarbeit über dieses Projekt schreiben möchte und aus diesem Grund den Kurs begleiten und am Unterricht teilnehmen wird. Der Zugang zu den Ärzten wurde hierdurch erleichtert. Ich war von Anfang an da und ein Teil des Projektes, auch wenn den zugewanderten Ärzten die genauen Gründe dafür nicht ganz klar waren, wie ein Auszug aus dem Feldtagebuch verdeutlichen soll:

„Zwei der Ärzte kamen gleich am ersten Tag auf mich zu und wollten von mir wissen, aus welchem Grund ich denn hier sei. Da ich bereits mit dieser Frage gerechnet hatte, hatte ich mir vorab auch schon Gedanken gemacht, wie ich mein Vorhaben und mein Dasein erklären und begründen wollte. Ich setzte also an und erzählte ausführlich was ich mir zurecht gelegt hatte. Eine weitere Ärztin gesellte sich zu uns und hörte aufmerksam zu, alle drei nickten zwischen meinen Erklärungen ab und zu verstehend. Ich deutete das als gutes Zeichen und war schon erleichtert, da ich mir doch Sorgen gemacht hatte, wie die Ärzte auf mich reagieren würden. Als ich fertig war entstand eine längere Pause, die drei Ärztinnen schauten sich an und sagten wie aus einem Mund: „Aha, aber warum bist du hier?““ (Auszug Feldtagebuch).

Nach mehrmaligem Erklären meinerseits, blieben weitere Nachfragen aus. Ich nehme an, dass meine Anwesenheit nicht allen wirklich einleuchtete, ich aber als irgendwie zum Ärzteprojekt zugehörig akzeptiert wurde. Auch wenn nach einem besonders langen und anstrengenden Unterrichtstag einige der Ärzte nach wie vor den Kopf schüttelten und fragten, warum ich nicht schon längst nach Hause gegangen sei, und dass das ganze medizinische Wissen doch für mich völlig irrelevant wäre.

Im Unterricht war meine Rolle in erster Linie die der Beobachterin. Wenn die Ärzte in Eigenarbeit etwas erledigen sollten, wurde ich oft gebeten, mich zu jemandem dazu zu setzen und Hilfestellungen bei der Rechtschreibung oder Grammatik zu geben. Auch wurde ich immer wieder gefragt, wie man das und jenes auf Deutsch richtig formuliert.

Die Rolle, die mir von den Organisatoren zugeschrieben wurde, wandelte sich im Verlauf des Jahres. Zu Beginn hatte ich kaum Aufgaben zu erledigen und war lediglich im Unterricht anwesend. Nach und nach veränderte sich die Beziehung zu Frau P., die das Projekt lange Zeit als Projektleiterin betreut hatte. Da sie über sehr viel Erfahrung und Wissen in diesem Bereich verfügt und immer ein offenes Ohr für mich hatte, war sie stets meine erste Ansprechpartnerin. Mit der Zeit kam Frau P. auch öfter auf mich zu um bestimmte Sachverhalte zu diskutieren, meine Meinung zu erfragen oder ein Feedback zu erhalten und ich wurde mehr in die internen Angelegenheiten eingebunden. Als die finanziellen Mittel für das Projekt gestrichen wurden, fuhr ich nach Weimar, um Frau P. zu unterstützen, eine neue Finanzierung für das Projekt zu finden und den Kurs neu zu strukturieren. Da zeitgleich auch der neue Projektleiter ausschied, sah sie sich alleine mit dieser Aufgabe konfrontiert und war froh, Unterstützung zu erhalten.

6.2.3 Probleme bei der Forschung

Während meiner Untersuchung sah ich mich mit einigen Problemen konfrontiert. Bevor ich zum ersten Mal nach Weimar fuhr, um mich und mein Vorhaben vorzustellen, hatte ich die Sorge, auf Unverständnis und die Frage „Was will denn eine Ethnologin hier?“ zu treffen. Meine Bedenken waren unbegründet und ich stieß auf viel Interesse und auch etwas Verwunderung, dass ich als Ethnologie-Studentin hier in Deutschland und nicht bei „irgendwelchen Stämmen in Afrika“ forschen möchte.

Der Zugang zu den Ärzten war da schon etwas schwieriger. Wie bereits geschildert war das Unverständnis hier größer und zu Beginn begegneten mir die Ärzte auch mit etwas Misstrauen. Nach einem Vorfall am dritten Tag lockerte sich die Stimmung mir gegenüber merklich, wie dieser Exkurs ins Feldtagebuch veranschaulichen soll:

„Heute unterrichtet zum ersten Mal Herr S., dem ich kurz vor dem Unterricht vorgestellt wurde. Nach einer kleinen allgemeinen Vorstellungsrunde folgt eine erste Fragerunde mit den Ärzten um zu sehen wie ihr Wissenstand ist und wo die größten Lücken auszumachen sind. Die Ärzte sind angespannt und konzentriert. Nach jeder Frage zeigt Herr S. spontan auf einen der Ärzte, der sogleich nach bestem Wissen zu antworten versucht. Ich sitze still an meinem Platz zwischen den Ärzten. Herr S. stellt die nächste Frage und zeigt auf mich. Ich muss ein besonders verdutztes und entsetztes Gesicht gemacht haben, denn nach einer kurzen Stille brechen die Ärzte in Gelächter aus und auch Herr S. muss schmunzeln. Daraufhin wird die Frage an Frau N. neben mir weiter gegeben“ (Auszug Feldtagebuch).

Meiner Meinung nach wurde den Ärzten spätestens hier klar, dass ich über kein medizinisches Wissen verfüge und sie hatten somit nicht mehr das Gefühl, dass ich sie und ihr Wissen bewerten möchte, oder sie sich vor mir beweisen müssen. Ob diese Vermutung stimmt bleibt unklar, tatsächlich waren die Ärzte im Umgang mit mir daraufhin entspannter und offener. Es wurden auch öfter Witze gemacht, dass ich am Ende des Kurses selbst an der Kenntnisprüfung teilnehmen könnte.

In der Interaktion mit den Ärzten ergaben sich ebenfalls Schwierigkeiten. Da die meisten der Ärzte Russischsprachig sind und einige, gerade zu Beginn des Kurses, noch größere Probleme mit der deutschen Sprache hatten, wurde in den Pausen sehr viel auf Russisch kommuniziert. Da ich selbst leider kein Russisch spreche, war das ein großer Nachteil für mich. Das Beherrschen des Russischen hätte mir sicherlich Türen geöffnet und den Zugang sehr erleichtert. So blieb mir nur die Möglichkeit, mich am Gespräch interessiert zu zeigen, nachzufragen und auch die nicht-russischsprachigen Ärzte zu beteiligen, um das Gespräch auf Deutsch weiterzuführen, was in den meisten Fällen auch gut funktionierte.

Eine große Herausforderung war für mich des Weiteren, die Ärzte zu einem Interview zu bewegen. Der Unterricht begann recht früh und war meist intensiv und anstrengend, sowohl für die Ärzte als auch für mich. Einige der Ärzte gingen regelmäßig bereits vor Ende des Unterrichtes, um einen Zug zu erreichen oder einfach, weil sie erschöpft waren. Nach dem Unterricht wollten die Ärzte dann auf schnellstem Weg nach Hause und Feierabend haben und hatten schlichtweg keine Lust, sich mit mir hinzusetzen und irgendetwas zu erzählen oder zu diskutieren. Und auch am Wochenende war es mehr als schwierig, sich zu einem Interview zu verabreden. Die Ärzte, die weiter entfernt wohnten, fuhren am Wochenende

nach Hause zu ihren Familien. Und auch bei denen, die in der näheren Umgebung wohnten, war die Distanz, gerade zu Beginn, schlichtweg zu groß, um sie zu Hause zu besuchen. Der Kurs beim Ärzteprojekt war beruflich, das eigene Leben zu Hause hingegen privat und stand mir nicht offen. Hauser-Schäublin, die längere Zeit in Kliniken und über Ärzte geforscht hat, beschreibt „eine radikale Trennung zwischen Berufsleben und Privatleben“, die in unserer Gesellschaft vorhanden ist und dazu führt, dass der private Bereich für Untersuchungen nur schwer zugänglich ist (Hauser-Schäublin 2008: 45). Dies traf auf meine Situation zu Beginn voll und ganz zu, änderte sich jedoch im Verlauf des Jahres und mit zunehmender Vertrautheit. Hinzu kam zu Beginn noch, dass einige der Ärzte große Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, vor allem in der schriftlichen Form, hatten und somit auch eine schriftliche Befragung der Ärzte nicht sinnvoll erschien. Wie bereits bei 4.1 geschildert, wurden aus diesen Gründen verstärkt informelle Gespräche in den Pausen und auch auf dem Hin und Rückweg zum Unterricht als Methode zur Datengewinnung gewählt sowie ein einfach gestalteter Fragebogen in Mindmap-Form. Dieser ermöglichte eine erste Annäherung an die Thematik aus Sicht der Ärzte. Die hierdurch erhaltenen Informationen dienten als Orientierungsgrundlage zur inhaltlichen Gestaltung der halb-strukturierten Leitfaden-Interviews.

Weitere Probleme bezogen sich auf die Organisation des Kurses. Zunächst ist meine Rolle zu Beginn des Projektes zu nennen, die mir selbst nicht ganz klar war. Ich war mir nicht sicher, was genau von den Veranstaltern von mir erwartet und erhofft wurde und hatte Sorgen, dem nicht gerecht zu werden. Mit der Zeit wurde die Beziehung zu den Veranstaltern persönlicher, die Eingebundenheit ins Projekt nahm zu und ich konnte mehr beitragen. Dies gab mir das Gefühl, nicht nur am Unterricht teilzunehmen und diesen Umstand für meine Untersuchung zu nutzen, sondern auch etwas zurückzugeben.

Da sich das Ärzteprojekt in einer Phase der Umstrukturierung (siehe 5.2.5) befand, ergaben sich des Weiteren für mich Probleme mit der Planung der Untersuchungsphasen. Der Beginn des Projektes wurde kurzfristig um zwei Monate verschoben. Die erste Phase des Ärzteprojektes, bestehend aus dem siebenwöchigen Grundlehrgang, fiel somit nicht wie angenommen in die vorlesungsfreie Zeit. Zu meiner großen Enttäuschung konnte ich, da ich während des Semesters arbeitete, somit nicht wie geplant die ganzen sieben Wochen am Kurs teilnehmen, sondern nur die ersten drei, da ich nicht länger Urlaub nehmen konnte. Gerade zu Beginn der Untersuchung hätte ich mir mehr Zeit gewünscht, um beim Kennenlernen der Ärzte und dem Durchführen der ersten Interviews mit mehr Gelassenheit vorgehen zu können. Für die erste Untersuchungsphase nur drei Wochen Zeit zu haben, setzte mich persönlich sehr unter Druck. Schwierig war auch, als die finanziellen Mittel gestrichen wurden und der Projektleiter auschied. Das ganze Projekt stand zeitweilig kurz vor dem Aus und konnte dann zum Glück doch weiter geführt werden, auch wenn der Unterricht gekürzt werden musste.

In diesem Kapitel wurde zunächst allgemein erläutert aus welchen Gründen bei jedem ethnologischen Forschungsvorhaben die Forscherrolle thematisiert und der Zugang zum Feld offen gelegt werden sollte. Daraufhin wurde, in Bezug auf die vorliegende Untersuchung, der Zugang zum Feld veranschaulicht (5.2.1) und im Anschluss daran die Forscherrolle und die damit verbundenen Aufgaben der Forscherin behandelt (5.2.2). Abschließend wurde ausführlich auf die Probleme, mit der sich die Forscherin während der Untersuchung konfrontiert sah, einge-

gangen (5.2.3).

Im folgenden Kapitel sollen nun die zugewanderten Ärzte, die im Untersuchungszeitraum am Ärzteprojekt in Weimar teilnahmen, vorgestellt werden.

6.3 Die Teilnehmer des Ärzteprojektes

Vorab soll darauf verwiesen werden, dass die Namen der zugewanderten Ärzte zum Schutz der Anonymität verändert wurden. Angaben zum jeweiligen Herkunftsland, zum Alter sowie zu Hintergrundinformationen wurden jedoch wahrheitsgetreu geschildert.

6.3.1 Überblick

Die Zahl der teilnehmenden Ärzte schwankte im Verlauf der dreizehn Monate des Ärzteprojektes. Einige wenige Ärzte, die zu Beginn den Kurs besuchten, schieden aus unterschiedlichen Gründen im Lauf des Jahres aus dem Ärzteprojekt aus, andere Ärzte stießen später zum Projekt dazu. Auch konnten nicht alle Ärzte an allen Terminen teilnehmen, da sie nicht immer von ihren Kliniken frei gestellt wurden, oder aus persönlichen bzw. familiären Gründen verhindert waren. So war die Gruppe der Ärzte in der Regel immer etwas unterschiedlich zusammengesetzt. Die meiste Zeit waren etwa 15 bis 20 Ärzte im Unterricht anwesend.

In Bezug auf das Alter, die Arbeitserfahrung und den medizinischen Wissensstand war die Gruppe der teilnehmenden Ärzte sehr heterogen. Das Alter der Ärzte reichte sich von 26 bis 59 Jahren. Die jüngeren Ärzte kamen entweder direkt aus der Universität oder verfügten über relativ kurze Arbeitserfahrungen von ein oder zwei Jahren. Die älteren Teilnehmer hatten zum Teil schon jahrelang als Arzt im Herkunftsland gearbeitet, einer der Ärzte bereits über 30 Jahre. Einige waren aber auch seit mehreren Jahren nicht ärztlich tätig. Auch hinsichtlich der medizinischen Spezialisierung war die Gruppe der Ärzte nicht einheitlich, von Augenheilkunde über Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, Orthopädie, Chirurgie bis zu Neurologie, waren alle Fachrichtungen vertreten, wobei die Kinderärzte zahlenmäßig die größte Gruppe darstellten. Was das Geschlecht und die Herkunftsländer der Ärzte angeht, lässt sich hingegen eine Tendenz feststellen. Der größte Teil der Ärzte war weiblich und kam aus Russland oder einem anderen Nachfolgestaat der Sowjetunion. Beim Nachfragen stellte sich heraus, dass dies auch bei den meisten vorherigen Kursen der Fall war und somit vielmehr die Regel als die Ausnahme darstellt.

Hoesch argumentiert, dass die Anwerbung von ausländischem Personal oft in bestimmten Richtungen verläuft und Faktoren wie geographische Nähe, Sprache oder auch geschichtlich entstandene und gewachsene Bindungen dabei eine Rolle spielen. Historische Verbindungen können z.B. durch die Kolonialzeit begründet worden sein, wie das in Großbritannien der Fall ist, wo die Migration von Gesundheitspersonal aus Indien lange Tradition hat. Auch Frankreich, das die meisten seiner ausländischen Ärzte aus Nordafrika anwirbt, ist hierfür ein gutes Beispiel. Solche Migrationssysteme können jedoch auch durch regelrechte Traditionen der Anwerbung und Ausbildung entstanden sein. In diesem Zusammenhang sind die Philippinen zu erwähnen, die in großem Maßstab Gesundheitspersonal für den US-Arbeitsmarkt ausbilden. In Deutschland, das seine Zuwanderer vor allem aus Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion gewinnt, ist die Migration primär durch geographische Nähe und durch bereits bestehende

Systeme der Migration, in denen ein Krankenhaus über einen zugewanderten Arzt nach und nach weitere Ärzte aus dessen Bekannten- und Familienkreis anwirbt, gegeben (Hoesch 2009: 32-35).

6.3.2 Vorstellungsrunde

Im Folgenden sollen die Ärzte, die am Ärzteprojekt teilnahmen, kurz vorgestellt werden: Frau N. ist Ende 40 und kommt aus Afghanistan. Ihr Medizinstudium hat sie jedoch in der ehemaligen Sowjetunion, in Odessa, absolviert. Frau N. kam vor neun Jahren gemeinsam mit ihrer Tochter als Asylbewerberin nach Deutschland und konnte seit dieser Zeit nicht als Ärztin arbeiten. Sie hatte lange Zeit gesundheitliche Probleme sowie Probleme mit der deutschen Sprache. Da sie auch nach mehreren Anläufen die B2-Deutschprüfung nicht bestand, schied sie aus dem Projekt aus.

Frau P. ist 26 Jahre alt und kommt aus Kasachstan. Nachdem sie ihr Medizinstudium abgeschlossen hatte, hat sie ein Jahr als Kinderärztin in Russland gearbeitet. Daraufhin kam sie nach Deutschland, um erst als Au-Pair zu arbeiten und danach ein Freiwilliges Soziales Jahr in einem Krankenhaus zu machen. Seit April 2012 arbeitet sie als Ärztin in Thüringen. Diese Arbeitsstelle wurde ihr vom Ärzteprojekt vermittelt. Mittlerweile ist sie bereits Stationsärztin. Frau C. ist 28 Jahre alt und kommt aus Russland. Nach ihrem Studium arbeitete sie ein Jahr als Ärztin in Russland. Danach lebte und arbeitete sie zunächst ein Jahr in Wien, bevor sie nach Deutschland kam. Mittlerweile ist sie seit beinahe zwei Jahren in Thüringen als Ärztin tätig. In der selben Klinik und auf der selben Station, in der Frau C. arbeitet, ist seit ein paar Monaten auch Frau T. beschäftigt. Frau T. ist 29 Jahre alt und kommt aus Albanien. Bevor sie diese Arbeitsstelle angetreten hat, hat sie bereits ein Jahr in Brandenburg in einem Krankenhaus gearbeitet. Diese Stelle hat sie jedoch gekündigt, da kaum Rücksicht darauf genommen wurde, dass sie erst seit kurzem in Deutschland lebt und damals noch Probleme mit der Sprache hatte.

Frau Shn. ist Mitte 40 und kommt aus Russland. Gemeinsam mit ihrem Mann ist sie vor zwei Jahren als jüdische Zuwanderin nach Deutschland gekommen. Im Rahmen des Ärzteprojektes wurde auch ihr ein Praktikum vermittelt. Anstatt wie geplant im August 2012, konnte sie erst im Oktober 2012 beginnen, da die Ausstellung der Berufserlaubnis ungewöhnlich lang auf sich warten ließ. Im Februar 2013 endete ihr Praktikum und ihr wurde eine Arbeitsstelle als Neurologin angeboten.

Frau G. ist 45 Jahre alt und kommt aus Armenien. Als zwischen Armenien und Aserbaidschan nach dem Ende der Sowjetzeit ein militärischer Konflikt entstand, flüchtete Frau G. nach Russland und absolvierte hier ihr Medizinstudium. Sie ist Kinderärztin. Seit etwa zwei Jahren lebt sie mit ihrem Mann und ihren zwei Töchtern in Deutschland. Zunächst hat sie mehrere Deutschkurse besucht und sich daraufhin beim Ärzteprojekt beworben. Frau G. macht seit Februar 2013 eine Hospitation in einer Klinik in Thüringen und wird im September 2013 ein Praktikum an einer anderen Klinik in Thüringen beginnen.

Herr L. ist Anfang 30 und kommt aus Tunesien. Er ist Viszeral-Chirurg¹³ und hat in Tunesien

¹³Viszeralchirurgie wird auch als Bauchchirurgie bezeichnet und umfasst die Behandlung aller im Bauch befindlichen Organe.

sien bereits seine vierjährige Facharztausbildung abgeschlossen. Herr L. war, bevor er zum Ärzteprojekt dazugestoßen ist, etwa ein Jahr in Frankreich als Arzt tätig. Seit Februar 2013 arbeitet er als Arzt in Thüringen. Auch diese Stelle wurde ihm vom Ärzteprojekt vermittelt. Herr S. ist Mitte 30 und kommt aus Syrien. Er hat in Russland Medizin studiert und auch über 15 Jahre dort gelebt und gearbeitet. Herr S. ist seit einem Jahr in Deutschland und macht seit Februar 2013 ein Praktikum als Orthopäde in derselben Klinik, in der Herr W. und Herr L. arbeiten. An der Prüfungsvorbereitung im Mai 2013 hat er nicht mehr teilgenommen, da er die Kenntnisprüfung noch nicht machen wollte. Er fühlte sich nicht sicher genug in der deutschen Sprache und wollte noch mehr Erfahrungen als Arzt in Deutschland sammeln.

Frau R. ist Mitte 30 und kommt aus Serbien. Sie ist Allgemeinmedizinerin und wollte eigentlich nach Norwegen, um dort zu arbeiten. Seit etwas über einem Jahr lebt sie, zusammen mit ihrem Mann, in Deutschland und arbeitet in Thüringen auf einer Intensivstation.

Frau Z. ist Mitte 30 und kommt aus Russland. Sie arbeitete einige Jahre in Russland und daraufhin ein Jahr in Estland als Kinderärztin. Gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem Sohn kam sie daraufhin nach Deutschland und machte von Februar bis Oktober 2012 ein Praktikum in einer Rehabilitationsklinik in Thüringen. Seit November ist sie in dieser Klinik fest angestellt.

Frau Sha. ist 35 Jahre alt und kommt aus Russland. Dort hat sie neun Jahre als Dermatologin gearbeitet und sich dann entschieden, nach Deutschland zu kommen. Zunächst hat sie in Leipzig einen Sprachkurs besucht und daraufhin ein dreiwöchiges Praktikum in der Uniklinik absolviert. Zur Zeit ist sie als Praktikantin in einer Hautklinik in Thüringen tätig, in der sie nach Ende des Praktikums voraussichtlich übernommen wird.

Frau M. ist 59 Jahre alt und kommt aus Russland. Sie hat lange Zeit in Russland als Ärztin gearbeitet. Frau M. hat zwei Söhne. Seit sechs Jahren ist sie mit einem deutschen Mann verheiratet und lebt in Thüringen, hat in dieser Zeit jedoch nicht gearbeitet. Seit Februar 2013 macht sie in derselben Klinik, in der Frau Sha. arbeitet, eine Hospitation.

Frau S. ist Anfang 50 und kommt aus der Ukraine. Sie ist mit ihrem Mann als Spätausiedlerin nach Deutschland gekommen und arbeitet seit über fünf Jahren als Ärztin in einer Rehabilitationsklinik in Thüringen.

Herr T. ist Ende 50 und kommt aus Russland. Er verfügt über eine 30-jährige Berufserfahrung in Russland und war lange Jahre Chefarzt. Er arbeitet in derselben Klinik, in der Frau S. arbeitet. Zur Prüfungsvorbereitung konnte er nicht kommen, da die Klinik nur Frau S. oder Herr T. für die drei Wochen freistellen konnte.

Zum Blockunterricht im September kamen zwei Ärztinnen und ein Arzt aus der Ukraine kurzzeitig zum Projekt dazu. Frau L. und Frau T., beide Gynäkologinnen, Frau L., eine Chefärztin mit über 20-jähriger Berufserfahrung und Herr So., ein Chirurg mit ebenfalls 20-jähriger Berufserfahrung. Sie haben sich in der Ukraine an eine Vermittlungsstelle gewendet, die den Ärzten einen sicheren Arbeitsplatz mit guter Bezahlung in Deutschland versprochen hat. Für die Vermittlung wurde viel Geld verlangt. Kaum in Deutschland angekommen, standen die drei Ärzte jedoch alleine da. Eine Arbeitsstelle war nicht organisiert und von der Vermittlungsstelle haben sie nie wieder etwas gehört. Frau P., die ehemalige Projektleiterin, organisierte für die drei Ärzte eine Sprachlehrerin vor Ort. Am Projekt konnten sie leider nicht weiter

teilnehmen, da die Aufenthaltserlaubnis ohne Arbeitsstelle auslief und sie bis auf weiteres in die Ukraine zurückkehren mussten.

6.3.3 Zwei persönliche Geschichten

Um einen Einblick zu ermöglichen werden im Folgenden zwei Teilnehmer des Ärzteprojektes und ihre Geschichte näher vorgestellt.

Frau K. ist 53 Jahre alt und kommt aus Russland. Ihr Fachgebiet ist die Kinderheilkunde/Pädiatrie. In Russland hat sie viele Jahre als Ärztin gearbeitet, wobei sie nicht nur pädiatrisch tätig war, sondern beispielsweise auch als Allgemeinmedizinerin Hausbesuche bei Patienten machte.

Gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem damals sehr kleinen Sohn ist sie 1999 als Spätaussiedlerin nach Deutschland migriert. In Deutschland angekommen, hat Frau K. zunächst sechs Monate lang einen Deutschkurs besucht. Gemeinsam mit ihrem Mann hat sie ein Mädchen aus Bulgarien adoptiert. Frau K. hat einige Jahre nicht gearbeitet und sich um Kinder und Haushalt gekümmert. Dann ist der Ehemann von Frau K. verstorben, woraufhin diese ihre Mutter zur Unterstützung nach Deutschland nachholte.

Die finanzielle Lage wurde schwieriger und Frau K. wollte gerne wieder als Ärztin arbeiten, wusste aber nicht wohin und an wen sie sich wenden sollte. Zu dieser Zeit waren ihre Deutschkenntnisse noch nicht sehr gut und sie fühlte sich unsicher. Besonders im Umgang mit Behörden und Institutionen beschrieb sie sich selbst als sehr ängstlich.

Frau K. hatte durch Bekannte von der Otto-Bennecke-Stiftung gehört, bei der sie sich für einen Fortbildungskurs und einen Kurs über medizinische Fachsprache bewarb. Da sie zu diesem Zeitpunkt bereits 39 Jahre alt war, die Otto-Bennecke-Stiftung jedoch eine Altersbeschränkung für alle Teilnehmer hat und sie diese überschritt, wurde sie nicht aufgenommen. Das Arbeitsamt legte ihr nahe, sich eine Arbeitsstelle zu suchen und riet ihr mit Nachdruck, die Prüfung zur Krankenschwester abzulegen. Frau K. entschied sich daraufhin die Ausbildung anzutreten, da sie keinerlei Möglichkeit sah als Ärztin in Deutschland arbeiten zu können. Rückblickend sagte sie: „Ich wusste nicht, wie das alles in Deutschland abläuft und dachte, das wäre die Regel und dass man als russische Ärztin gar nicht in Deutschland arbeiten kann“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Gemeinsam mit Frau K. besuchten zwei Ärztinnen aus der Ukraine zeitgleich die Ausbildung zur Krankenschwester. Diese umfasste sechs Monate Praxis und sechs Monate Theorie. Für Frau K. war vieles unbekannt und neu und rückblickend beschreibt sie die Zeit als sehr schwierig. Frau K. bestand die Prüfungen und war von 2005 bis 2011 als Krankenschwester tätig. Aufgrund der schweren Arbeit bekam sie Rückenbeschwerden und sagte sich: „Schluss, ich bin Ärztin, als Krankenschwester arbeite ich nicht mehr!“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Durch eine Freundin erfuhr sie zufällig vom Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar und dachte sich, dass dies die letzte und einzige Chance für sie sei, doch noch als Ärztin in Deutschland arbeiten zu können. Frau K. hat sich beworben und am Ärzteprojekt teilgenommen. Seit April 2013 macht sie ein Praktikum in Thüringen, das ihr vom Ärzteprojekt vermittelt wurde.

Auch wenn sie sich viele Sorgen macht, ob sie auf Grund ihres Alters und der langen Pause der

ärztlichen Tätigkeit eine Chance hat, die Kenntnisprüfung zu bestehen und auch große Angst davor hat, ist sie grundsätzlich doch optimistisch und der Meinung: „ich denke mein Wissen ist immer noch da, ich muss es nur erfrischen“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Herr W. ist 33 Jahre alt und kommt aus Afghanistan. Nach seinem Medizinstudium hat er in Afghanistan zunächst als Arzt gearbeitet und war daraufhin für ein amerikanisches Unternehmen tätig. Dann wurde die Lage unsicher, er bekam Probleme und musste das Land verlassen.

Als Asylbewerber kam er 2009 nach Deutschland. Sechs Monate dauerte die Klärung seines Aufenthaltsstatus. Zu Beginn sprach Herr W. kein Wort Deutsch und durfte auch keinen Sprachkurs besuchen, da der Aufenthaltsstatus noch ungeklärt war. Ohne Aufenthaltstitel war des Weiteren auch ein Arbeiten und Studieren nicht möglich, was Herr W. sehr bedauerte: „sie wollten dass wir gar nichts tun, aber ich wollte gern arbeiten und nicht nur im Wohnheim sein und schlafen“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Herr W. wollte als Arzt in Deutschland arbeiten und ist aus diesem Grund zur Landesärztekammer gegangen, um sich über seine Möglichkeiten zu informieren. Da er nur Englisch sprach, war dies sehr problematisch und er empfand die Angestellten als unfreundlich und abweisend.

Daraufhin besuchte Herr W. einen Orientierungskurs und absolvierte den deutschen Einbürgerungstest. Anschließend bekam er zunächst eine Aufenthaltsgenehmigung für drei Jahre und danach eine unbefristete Niederlassungserlaubnis.

Frau P., die ehemalige Projektleiterin, die sehr gut vernetzt ist, hatte zu dieser Zeit bereits gehört, dass ein Arzt aus Afghanistan in Thüringen ist und gerne arbeiten würde. Sie konnte ihn ausfindig machen und holte ihn zum Ärzteprojekt nach Weimar. Dort absolvierte Herr W. im Jahr 2010 den B2-Deutschkurs.

Von Bekannten wurde Herr W. immer wieder gesagt, dass er mit seinen Papieren sicher nicht in Deutschland als Arzt arbeiten können wird und so war er sehr unsicher. Frau P. begleitete ihn zur Klärung dieser Frage zu einem Termin beim Landesverwaltungsamt. Dort wurde ihm gesagt, dass sein Diplom nicht mit dem deutschen Diplom vergleichbar sei, und er deshalb am besten zunächst ein Praktikum machen und anschließend die Kenntnisprüfung ablegen solle. Daraufhin vermittelte ihm Frau P. ein Praktikum an einer Klinik in Thüringen, wo er drei Monate in der Inneren Medizin und zwei Monate in der Chirurgie arbeitete. Diese Zeit war für ihn sehr schwer und er hatte viele Probleme, besonders mit der deutschen Sprache. Herr W. war nach seinem Praktikum für die Kenntnisprüfung angemeldet, sagte den Termin jedoch wieder ab, da er sich nicht gut genug vorbereitet fühlte und zu viel Angst hatte.

In den folgenden Monaten war Herr W. regelmäßig in der Bibliothek und las medizinische Literatur auf Deutsch. Er war sehr frustriert, da er nach wie vor große Probleme mit der Sprache hatte und kaum Fortschritte feststellen konnte: „ich habe gedacht, dass ich das nie schaffen kann, dass ich hier nie als Arzt arbeiten kann“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Frau P. wollte Herr W. animieren, ein weiteres Praktikum an einer anderen Klinik in Thüringen zu machen. Doch er wollte nicht, er hatte Angst, dass es genau wie bei seinem ersten Praktikum ablaufen würde und davor graute ihm sehr: „Ich war so frustriert, dass ich lange überlegt habe, ob ich das ganze Medizinische einfach sein lasse und es nicht mehr weiter

probiere, es irgendwie doch zu schaffen“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Letztendlich entschied sich Herr W., am aktuellen Kurs des Ärzteprojektes teilzunehmen. Sein eifriger Einsatz machte sich bemerkbar sowohl bei den Sprachkenntnissen als auch beim medizinischen Wissen. Obwohl er nach wie vor die schlechten Erfahrungen seines ersten Praktikums vor Augen hatte, begann Herr W. ein neues Praktikum. Rückblickend sagt er über sein erstes Praktikum: „Am Anfang, wenn man in Deutschland in einem Krankenhaus arbeitet, bekommt man große Angst und denkt, dass man alles falsch macht“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Nach seinem dreimonatigen Praktikum wurde er sehr gelobt und die Angst war verschwunden. Er bewarb sich um eine Arbeitsstelle bei der selben Klinik und ist dort nun seit Juli 2012 beschäftigt. In Afghanistan hatte Herr W. mit Kindern gearbeitet und wollte in Deutschland zunächst auch als Kinderarzt tätig werden. Davon wurde ihm jedoch stark abgeraten, da es in Deutschland genügend Pädiater gibt. Und so entschied sich Herr W., in der Inneren Medizin zu bleiben. Sein Wunsch für die Zukunft ist es, irgendwann einmal eine eigene Praxis zu eröffnen.

In diesem Kapitel standen die zugewanderten Ärzte, die im Untersuchungszeitraum am Ärzteprojekt in Weimar teilnahmen, im Fokus. Dabei wurde zunächst ein Überblick über die Kursteilnehmer im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Berufserfahrung und medizinische Spezialisierung gegeben (6.3.1). Daran anschließend wurden alle Ärzte, die am Kurs teilnahmen, kurz vorgestellt (6.3.2), um daraufhin zwei Ärzte exemplarisch herauszugreifen und näher auf ihre persönliche Geschichte einzugehen (6.3.3).

Im folgenden Kapitel soll nun der Unterricht des Ärzteprojektes eingehender thematisiert werden.

6.4 Der Unterricht

Nachdem bei 5.2.2 bereits ein kurzer Überblick über den Aufbau des Ärzteprojektes und den Unterricht gegeben wurde, soll hier noch einmal ausführlich geschildert werden, wie der Unterricht in den verschiedenen Phasen des Projektes aufgebaut war, was die inhaltlichen Schwerpunkte waren, wie methodisch vorgegangen wurde und inwieweit kulturspezifische Faktoren, die auf die Situation von zugewanderten Ärzten wirken, thematisiert wurden.

6.4.1 Grundlehrgang

Wie bei 5.2.2 bereits erwähnt, wurden im Grundlehrgang die medizinischen Grundlagen vermittelt und ein Überblick über relevante Themenbereiche gegeben. Herr S. formulierte es folgendermaßen:

„Wir versuchen ja, das zu vermitteln, was ein deutscher Arzt auf dem Niveau des Staatsexamens kann. Das versuchen wir nochmal zu orientieren, wir dürfen ja nicht vergessen, es sind ja Ärzte, die in ihrem Heimatland ein Staatsexamen gemacht haben. Nur die spätere Entwicklung war dann zum Teil sehr spezialisiert und in Deutschland hat man doch etwas generalistische Vorstellungen...“ (Herr S., Dozent).

Der Grundlehrgang umfasste sieben Wochen, begann am 14. Mai und endete am 01. Juli 2012. Der Unterricht fand an jedem Wochentag statt und war in zwei Unterrichtseinheiten geteilt. Der Unterricht begann um 8:30 Uhr, die erste Einheit endete nach vier Stunden um 12:30 Uhr. Nach einer einstündigen Mittagspause dauerte die zweite Unterrichtseinheit von 13:30 Uhr bis 16:30 Uhr. Innerhalb der Unterrichtseinheiten gab es jeweils eine oder zwei kürzere Pausen. Für gewöhnlich übernahm ein Dozent nur eine Unterrichtseinheit. Die Dozenten wechselten sich also mit dem Unterricht ab, wobei Herr S., Herr K. und Herr B. den größten Anteil des Unterrichtes hielten.

Inhaltliche Schwerpunkte waren die Innere Medizin und die Chirurgie mit Themen wie „Diabetes mellitus“, „Differentialdiagnose Ikterus“, „Erkrankungen der Schilddrüse“, „Akutes Abdomen“, „Schädel-Hirn-Trauma“ usw. Die verschiedenen Themenbereiche wurden meist in mehreren Einheiten vorgestellt und durchgesprochen, je nach dem, über wie viel Wissen die Teilnehmer in dem jeweiligen Bereich bereits verfügten.

Vorgestellt wurden die Themen in der Regel anhand von Powerpoint-Vorträgen. Zum Teil erinnerte der Unterricht an eine Vorlesung, die dann aber durch aktive Fragerunden oder auch Kurzvorträge, die die Ärzte zu Hause vorbereiten sollten, unterbrochen und aufgelockert wurde. Die Dozenten machten sich Gedanken, den Unterricht möglichst interessant und sinnvoll zu gestalten:

„Man muss das systematisch vorbereiten und muss sich überlegen, wie man den Stoff rüber bringen kann, ob man einen geeigneten Fall hat, der von der Kasuistik her interessant ist, der erst mal vorgestellt wird und dadurch mehr Praxisrelevanz produziert und nicht nur Theoretisches abhandelt. Theoretisch können die Teilnehmer ja alles im Lehrbuch nachlesen“ (Herr S., Dozent).

„Es ist wichtig, das Fachwissen möglichst praxisorientiert zu vermitteln, aber auch so ein bisschen auszusieben, was wirklich wichtig ist von dem was da ist. Das ist ja für viele so ein bisschen verwirrend, in dem ganzen Wust an theoretischem Wissen rauszufiltern, was dann tatsächlich in der praktischen Tätigkeit gebraucht wird. Das versuch ich ihnen zu vermitteln, viele Beispiele zu bringen, viele Bilder, dass man es auch anschaulich gestalten kann. Ich denk in einem Buch nachlesen, das kann jeder“ (Herr K., Dozent).

Je nach Thema mussten die Ärzte außerdem mit Röntgen-Aufnahmen arbeiten, anhand derer sie Knochenbrüche bestimmen und ihr weiteres Vorgehen erläutern sollten, oder sie sollten an die Wand projizierte EKGs bestimmen.

In der ersten Woche des Grundlehrgangs fand an zwei Tagen ein sogenanntes Interkulturelles Training oder treffender formuliert eine kleine Einführung in „die deutsche Klinikkultur“ statt. Themen waren hier „Interne Hierarchien“, „Medizinische Fachsprache“, „Anamnesegespräch und Untersuchungsabläufe“. Anhand von Rollenspielen sollten beispielsweise jeweils zwei Ärzte ein typisches Anamnese-Gespräch¹⁴ simulieren, wobei einer den Arzt und der andere den Patienten spielte. Des Weiteren wurde ein Gespräch zweier Ärzte, die sich über einen medizinischen Fall austauschen, und ein Gespräch zwischen Arzt und Krankenschwester nachgestellt.

¹⁴Ärztliche Befragung nach dem Krankenverlauf sowie der Leidensgeschichte des Patienten.

6.4.2 Blockwochenenden

Insgesamt fanden im Verlauf des Ärzteprojektes vier Blockwochenenden statt: Im September, Oktober, November 2012 und Februar 2013. Da die finanziellen Mittel Ende des Jahres 2012 gestrichen wurden und der Fortgang des Projektes unklar war, musste das Blockwochenende im Januar 2013 abgesagt werden. Nach der Beantragung neuer finanzieller Mittel, die zugesagt wurden, die jedoch eine deutlich geringere Summe umfassten, musste auch das Blockwochenende im März 2013 gestrichen werden.

Unterrichtet wurde jeweils am Freitag, Samstag und Sonntag, wobei der Unterricht freitags erst um 14 Uhr begann und sonntags bereits um 13 Uhr endete, um die An und Abreise der Ärzte zu berücksichtigen.

Die Themen, die im Grundlehrgang detailliert durchgenommen wurden, galten nun als Grundlagenwissen, das vorausgesetzt wurde. Aufbauend darauf wurden bestimmte Themen herausgegriffen, vertieft abgehandelt und diskutiert.

Ein großer Teil des Unterrichtes verlief in Form von Fallbeispielen, anhand derer die Ärzte bereits Erlerntes anwenden und wiederholen konnten und die Herr K. für sehr sinnvoll hielt:

„An Fallbeispielen orientiert sich das schon viel besser, da sieht man wie das abläuft und was wichtig sein kann und das merkt man sich dann erfahrungsgemäß auch besser, als wenn man das chronologisch in einem Buch alles durchliest und schaut was alles dazu gehört“ (Herr K., Dozent).

Ein Fallbeispiel dieser Art lautete etwa: „Ein 39-jähriger Mann mit gürtelförmigen Oberbauchbeschwerden und rezidivierendem Erbrechen“. Gefragt war daraufhin, welche Verdachtsdiagnose die Ärzte haben, welche Untersuchungen sie durchführen und welche Therapie sie einleiten.

Des Weiteren wurde von den Dozenten erfragt, welche Themen die Ärzte in den Blockwochenenden aufs Neue durchsprechen wollen und wo sie noch Probleme und Fragen haben. Beispielsweise wurden auf Wunsch der Ärzte erneut EKGs bestimmt und Röntgenaufnahmen begutachtet und besprochen.

6.4.3 Prüfungsvorbereitung

Die Prüfungsvorbereitung musste auf Grund der geänderten finanziellen Lage auf drei Wochen gekürzt werden und dauerte von 13. bis 31. Mai 2013. Der Unterricht war, genau wie im Grundlehrgang, in zwei Einheiten unterteilt, die erste dauerte von 9 bis 12 Uhr, daraufhin folgte eine Stunde Mittagspause und dann die zweite Einheit von 13 bis 16 Uhr. Der Aufbau des Unterrichtes orientierte sich einerseits an den Blockwochenenden. Themen, die bereits im Grundkurs ausführlich vorgestellt und besprochen wurden, wurden als Übersicht und Wiederholung in verkürzter Form erneut durchgenommen, wobei auch verstärkt auf Neuerungen in der medizinischen Therapie eingegangen wurde. Wie schon bei den Blockwochenenden setzte der Dozent ein Grundwissen voraus und stellte immer wieder überprüfende Fragen. Andererseits war nicht in allen Einheiten ein Dozenten anwesend, zwei bis drei Vormittage in der Woche waren für das Selbststudium der Ärzte reserviert. Das Selbststudium war gedacht, um

den zugewanderten Ärzten Zeit zum eigenständigen Lernen und Bearbeiten von vorher ausgeteilten Fragestellungen zu geben. Nach den drei Wochen, in denen die Ärzte von ihren Kliniken freigestellt wurden, wird die Arbeitsbelastung voraussichtlich groß sein. Nach einem langen und anstrengenden Arbeitstag bleibt den Ärzten dann kaum mehr Zeit, um sich ausreichend auf die Kenntnisprüfung vorzubereiten.

Die zugewanderten Ärzte waren geteilt in ihrer Meinung bezüglich des Selbststudiums. Die Hälfte hielt es für eine gute Idee, die andere wollte lieber allein zu Hause lernen. Und so kamen nicht immer alle der Ärzte zum Selbststudium. Die anwesenden Ärzte bildeten kleine Gruppen und bearbeiteten die ausgeteilten Aufgaben gemeinsam. Die zu bearbeitenden Fragestellungen wurden von den Dozenten zu einem späteren Zeitpunkt abgefragt, wobei die Prüfungssituation simuliert wurde und die Ärzte gezwungen waren, Themen präzise auf Deutsch zu erklären. Inhaltliche Schwerpunkte des Unterrichtes waren nach wie vor Chirurgie und Innere Medizin. Themen waren in diesem Zusammenhang beispielsweise „Alte und neue Antidiabetika – Indikationen und Kontraindikationen“, „Unklare Anämien – diagnostische und therapeutische Maßnahmen“, sowie „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und „Wunden und Wundversorgung“. Zusätzlich wurden zwei Unterrichtseinheiten von einem Pädiater und zwei von einem Neurologen übernommen.

Das methodische Vorgehen im Unterricht der Prüfungsvorbereitung ähnelte dem des Grundlehrgangs. Die Dozenten stellten ein Thema in Form eines Powerpoint-Vortrages vor, woraufhin sich meist eine Fragerunde anschloss. Zum Teil sollten die Ärzte Kurzvorträge halten, zum Teil wurden Fallbeispiele durchgenommen. Einmal wurde ein medizinisches Quiz ausgeteilt, von den Ärzten bearbeitet und später gemeinsam besprochen.

Im Rahmen der Prüfungsvorbereitung fand auch die Anmeldung der Ärzte zur Kenntnisprüfung statt. Am letzten Tag der Prüfungsvorbereitung wurde eine kleine Abschlussfeier organisiert, bei der die zugewanderten Ärzte ihre Zertifikate der Teilnahme am Ärzteprojekt ausgehändigt bekamen.

6.4.4 Verhalten im Unterricht

Ein kurzer Auszug aus dem Feldtagebuch soll einen Einblick zum Verhalten der Ärzte im Unterricht geben:

„Im Unterrichtsraum des Ärzteprojektes sitzen die Ärzte an Tischen, die in einer U-Form angeordnet sind. Nach der ersten Woche im Grundlehrgang zeichnete sich eine feste Sitzordnung ab, die sich nur hin und wieder etwas änderte, wenn neue Teilnehmer hinzustießen.

Vorne steht der Dozent, auf dem Tisch vor ihm steht sein Laptop und seine Unterlagen liegen daneben. Auf der einen Seite läuft der Powerpoint-Vortrag, auf der anderen Seite ist eine Tafel angebracht, auf der bereits einige medizinische Begriffe stehen.

Herr S. geht zwischen den Tischen hin und her. Das Thema der gestrigen Sitzung war „Behandlung des Myocardinfarktes – neue Aspekte“, welches Herr S. heute nochmal aufgreift. Er bleibt stehen und stellt Frau Sh. eine Frage. Kaum ist die Frage gestellt, rufen mindestens drei Ärzte aus unterschiedlichen Richtungen lauthals unterschiedliche Antworten in den Raum. Frau S. neben mir springt dabei fast von ihrem Stuhl. Binnen Sekunden entwickelt sich eine laute Diskussion zwischen den Ärzten, die ihre Antwort als die jeweils einzig richtige ansehen

und verteidigen. Einige der anderen Ärzte verdrehen genervt die Augen. Herr S. wird etwas lauter und ruft die Ärzte zur Ruhe. Wie bereits einige Male vorher betont er, wie wichtig es ist, einander ausreden zu lassen und dass er Frau Sh. eine Frage gestellt hat und bitteschön auch nur von ihr eine Antwort hören will. Die Ärzte verstummen und nicken zum Teil einsichtig, zum Teil etwas widerwillig und Herr S. stellt die Frage erneut. Frau Sh. antwortet und Herr S. bohrt daraufhin weiter nach und wieder kommt Frau Sh. nicht dazu zu antworten, da einige Ärzte erneut nicht an sich halten können und lautstark ihre Meinung mitteilen“ (Auszug Feldtagebuch).

Der Unterricht war für die Ärzte auch ein Raum, in dem sie sich behaupten und beweisen mussten, einerseits vor den Dozenten und andererseits vor den Kollegen. Sie wollten zeigen, dass sie etwas wissen und was sie alles wissen. Es war deutlich zu merken, dass bei einem Teil der Ärzte die Zeit der Schule und Universität lange zurücklag und sie Probleme mit der Rolle des Schülers hatten. Auf der einen Seite fiel es diesen Ärzten schwer, lange Zeit still zu sitzen, zuzuhören und mitzuschreiben und auf der anderen Seite auch sich etwas „sagen zu lassen“ und sich zu einem bestimmten Grad einzuordnen. Herr S. äußerte sich dazu folgendermaßen:

„Es sind ja auch erwachsenen Leute, das ist ja das Problem, die Jahre oder Jahrzehnte in einem ganz schmalen Sektor gearbeitet haben und jetzt müssen sie sich wie Schüler, ja führen lassen, will ich mal vorsichtig sagen“ (Herr S., Dozent).

Die Lautstärke und Diskussionsbereitschaft im Unterricht war phasenweise sehr hoch, ließ sich von den Dozenten jedoch gut in den Griff bekommen, wenn zum Teil auch nur für kurze Zeit. Die Lautstärke wurde von einigen Ärzten als anstrengend empfunden, die in solchen Situationen die Stirn runzelten und ihre Kollegen genervt zur Ruhe riefen. Frau Sh., die im Verlauf des Ärzteprojektes dazu gestoßen war, war über dieses Verhalten etwas irritiert: „Das Benehmen von einigen Ärzten ist unhöflich und zu laut und ich finde es unverschämt den Dozenten zu unterbrechen“ (Frau Sh., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Auch, oder besser gesagt besonders, für die Dozenten war dieses Verhalten mühsam. Dies veranschaulicht die scherzhafte Metapher eines der Dozenten: „Ich fühle mich als ob ich ein Dompteur von wilden Tieren wäre“ (Herr S., Dozent). Besonders in der Prüfungsvorbereitungszeit beschwerten sich Dozenten mehrfach, dass der Unterricht teilweise sehr beschwerlich sei und es immer wieder viel Energie koste die Ärzte zu beruhigen, so beispielsweise Herr S.: „Hier geht es zu wie auf dem Jahrmarkt, aus jeder Ecke tönen laute Rufe und jeder will ihnen etwas anderes verkaufen“ (Herr S., Dozent).

Auch in Bezug auf den Inhalt und den Umfang wurde der Unterricht von den Ärzten als intensiv und anstrengend empfunden. In der ersten Unterrichtseinheit waren die Ärzte meist aufmerksam dabei, beteiligten sich aktiv am Unterricht und schrieben eifrig mit, am Nachmittag ließ die Konzentration dann oft merklich nach und die Ärzte waren erschöpft. In solchen Situationen wurde von den Ärzten oftmals aktiv eine Pause gewünscht. Wenige Ärzte gingen auch regelmäßig bereits vor Unterrichtsende nach Hause.

Das Verhalten innerhalb der Gruppe der Ärzte war zum Teil sehr herzlich und freundlich, es wurde gemeinsam gelernt, gegessen und gelacht und es sind Freundschaften entstanden, die sicherlich weiterhin Bestand haben werden. Teilweise war das Verhalten aber auch nicht

kollegial, sondern schnippisch und schadenfroh. Es haben sich nicht nur Sympathien, sondern auch Antipathien entwickelt, die zu genervten Blicken und zum Teil zu Beschimpfungen und Streit im Unterricht führten.

Die Stimmung war immer wieder angespannt, vor allem während der Prüfungsvorbereitung und je näher die Kenntnisprüfung rückte, desto angespannter wurde auch die Stimmung. Die Ärzte waren allesamt nervös und wollten die verbleibende Unterrichtszeit so gut und sinnvoll wie möglich nutzen. Sobald einer der Ärzte eine Frage stellte, die nicht von allen als notwendig erachtet wurde, gab es sofort Beschwerden und die Bitte mit dem Unterricht fortzufahren.

6.4.5 Bewertung des Unterrichts

Die Mehrheit der Ärzte äußerte sich mir gegenüber ausschließlich positiv in Bezug auf den Unterricht. Und auf die Frage, wie sie selbst den Unterricht bewerten, kam meist eine Antwort wie die von Frau Sh.: „Ich fand den Unterricht sehr gut, es wäre zwar auch möglich, sich allein auf die Prüfung vorzubereiten, das wäre aber viel schwieriger!“ (Frau Sh., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Und auch Frau K. und Frau P. äußerten sich sehr positiv:

„Der Unterricht und alles hat mir sehr gut gefallen. Ich denke dieses Projekt ist für mich die einzige Chance, um zurück zu meinem Beruf zu kommen“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

„Das Ärzteprojekt hat mir viel gebracht, ich habe viele Informationen bekommen und viel Material, ich habe viel dazu gelernt und bei mir selbst Fortschritte bemerkt, auch beim Arbeiten hat es mir geholfen und ich habe immer überlegt, was ich die Dozenten fragen könnte, ich hatte schon immer Sachen im Kopf“ (Frau P., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Und auch in Bezug auf die Dozenten gab es mehrheitlich sehr positive Bewertungen und Bemerkungen wie die von Frau S.: „Herr S. hat eine Enzyklopädie im Kopf, er ist wirklich sehr gut!“ (Frau S., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Die Frage, ob es Änderungsvorschläge oder Wünsche in Bezug auf den Unterricht gibt, wurde von vielen Ärzten verneint. Die grundsätzliche Zufriedenheit war also sehr groß.

Einige kritische Stimmen gab es aber doch auch. Frau R. und Herr W. fanden es beispielsweise problematisch, dass das Niveau der teilnehmenden Ärzte sehr unterschiedlich war. Einerseits in Bezug auf die Deutschkenntnisse, andererseits im Hinblick auf die medizinischen Kenntnisse und die generelle Ausgangslage, da einige Ärzte bereits in Kliniken arbeiteten und andere noch nicht einmal ein Praktikum in Deutschland gemacht hatten. Herr W. sagte dazu: „Zu Beginn des Projektes muss ein Niveau gefunden werden, und die Ärzte sollten alle befragt werden, was sie sich vom Projekt erhoffen“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes). Frau S. ging sogar noch weiter und beschwerte sich direkt im Unterricht über das unterschiedliche Niveau der Ärzte und forderte drastische Maßnahmen:

„Ich hätte gern, dass nur die Ärzte, die schon arbeiten, oder zumindest die B2-Prüfung haben und Praktikum machen weiterhin im Kurs bleiben. 50% der Teilnehmer sollten raus aus dem Projekt, da es bei ihnen eh hoffnungslos ist“ (Frau S., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Vereinzelt erwünscht wurde des Weiteren mehr Eigeninitiative und Partizipation der Ärzte. Herr L. war beispielsweise der Meinung, dass die Teilnehmer mehr aktiv zum Unterricht beitragen sollten:

„Jeder Dozent sollte eine Liste mit Fragen und Fallbeispielen austeilen, diese sollte von uns zuhause als Hausaufgaben bearbeitet werden und dann im Unterricht besprochen werden“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

„Und ich fände es auch besser wenn jeder von uns regelmäßig etwas zu Hause vorbereitet hätte und das dann im Unterricht in einem 30-minütigen Vortrag oder so vorgetragen hätte“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch Herr W. war der Meinung, dass die Ärzte zu passiv am Unterricht teilnahmen und das eigen- und selbstständige Lernen und Arbeiten zu kurz kam:

„Ich fände es besser, wenn während dem Projekt immer mal wieder Tests gemacht würden, so wären wir Teilnehmer mehr gezwungen, die Themen zu Hause zu wiederholen, zu lernen und uns vorzubereiten. Viele Teilnehmer hören sich das doch nur an, arbeiten aber zu Hause nichts mehr nach. So hat man aber kaum einen Gewinn an Wissen. Mir geht es zum Teil auch so, ich muss viel arbeiten und habe abends oft keine Lust mehr zu lernen, aber wenn ich weiß, dass es einen Test gibt, muss ich mich eben vorbereiten“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Weitere Kritikpunkte waren, dass der Unterricht einerseits sehr theoretisch und andererseits zu stark auf das medizinische Wissen fokussiert war, wie Frau P. feststellte: „manchmal war der Unterricht zu theoretisch, ich fand es immer hilfreich, wenn wir praktischen Unterricht hatten, wie zum Beispiel Röntgenbilder bestimmen“ (Frau P., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Auch Herr L. kritisierte: „Oft ist mir der Unterricht zu theoretisch, das finde ich nicht gut, ich finde das anhand von Fallbeispielen besser“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Dass der Unterricht zum Teil als zu stark medizinisch empfunden wurde, mag zunächst einmal überraschen, leuchtet aber ein, wenn man in Betracht zieht, dass die zugewanderten Ärzte in einer Klinik arbeiten, in der es ganz bestimmte Abläufe und Regeln gibt, in der sie mit vielen Menschen auf eine bestimmte Art und Weise interagieren müssen und in der ganz bestimmte Erwartungen an sie gestellt werden. Dieses System im Krankenhaus ist für zugewanderte Ärzte selbstverständlich fremd und unbekannt, wenn sie noch nicht in Deutschland in einer Klinik gearbeitet haben. Herr W. hätte sich beispielsweise mehr Informationen auf diesem Gebiet gewünscht:

„Im Unterricht sagen sie gar nichts über das System in Krankenhäusern, es wird nur medizinisches Wissen vermittelt. Es wird nicht gefragt „Wie geht es in den Kliniken? Gibt es Probleme? Was bereitet Probleme?“ Mein erstes Praktikum ist überhaupt nicht gut gelaufen, in diesem Punkt habe ich mich nicht gut vorbereitet gefühlt von den Johannitern“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch Herr L. äußerte sich ausführlich zu diesem Thema:

„Das ist mir zu viel medizinisches Wissen im Kurs. Ich möchte gern mehr über den Ablauf in deutschen Krankenhäusern lernen. Ich möchte wissen, wie die Verfahren bei bestimmten Krankheiten sind, in Frankreich wird bei Krankheit XY beispielsweise ein CT gemacht, in Deutschland wird im Unterschied dazu die Beobachtung bevorzugt. Man sollte gezeigt bekommen, wie es wirklich und praktisch abläuft: Behandlungen von Krankheiten im Alltag im Krankenhaus in Deutschland. Praktisch anhand von Fallbeispielen“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

„So ein Kurs kann es ausländischen Ärzten sehr erleichtern. Man kann sich zwar auch ohne einen Kurs auf die Prüfung vorbereiten, weil alles auch in Büchern und im Internet steht, aber wie man sich als Arzt in Deutschland verhalten muss und wie der Ablauf in einem deutschen Krankenhaus ist, das steht in keinem Buch, das ist das, was ich wissen möchte. Das Ärzteprojekt müsste hier etwas ändern“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Hieran möchte ich meine eigene Sicht auf den Unterricht direkt anschließen. Auch ich war der Meinung, dass der Unterricht zu stark medizinisch ausgerichtet war. Selbstverständlich sollte der Schwerpunkt auf der Vermittlung medizinischen Wissens liegen, da die Ärzte auf die Kenntnisprüfung vorbereitet werden sollen, bei der medizinisches Grundlagenwissen abgefragt wird. Darüber hinaus ist dieses Wissen für die Tätigkeit als Arzt essentiell. Die Ärzte sollten jedoch nicht nur auf die Kenntnisprüfung vorbereitet werden sondern auch auf das Arbeitsleben in einer deutschen Klinik und auf die Rolle, die sie als Arzt einnehmen. Aus diesem Grund halte ich es für wichtig, das System und die internen Abläufe im Krankenhaus, sowie die Aufgaben, die von Assistenzärzten in Deutschland erwartet werden, als feste Bestandteile in den Unterricht zu integrieren. Auf diese Weise könnte man zugewanderte Ärzte besser auf ihr Berufsleben vorbereiten und würde sie nicht „ins kalte Wasser werfen“.

Was ich des Weiteren im Unterricht vermisst habe ist, dass die Probleme, die die Ärzte bei ihrem Praktikum oder bei ihrer Arbeitsstelle hatten, im Unterricht nicht erfragt und thematisiert wurden. Weder zu Beginn des Projektes wurde darauf eingegangen, welche Ängste und Sorgen die zugewanderten Ärzte vor ihrem ersten Arbeitstag haben, noch im späteren Verlauf. Auch beim ersten Blockwochenende, das nach einer längeren Pause nach dem Grundlehrgang stattfand, wurde von Seiten der Dozenten nicht gefragt, wie es den Ärzten ergangen ist, wer von ihnen ein Praktikum begonnen oder eine Arbeitsstelle angetreten hat und ob es hier Probleme gab und gibt. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde der neu dazu gestoßenen Ärzte wurde direkt mit dem medizinischen Unterricht begonnen. Ich hatte das Gefühl, dass die Dozenten das nicht für ihre Aufgabe hielten, es interessierte sie zwar – als beispielsweise in der Pause die Rede von Problemen beim Arbeiten war, beteiligte sich Herr K. interessiert am Gespräch und als Frau P. von ihrer neuen Arbeitsstelle erzählte und erwähnte, dass es durchaus Probleme gibt, wollte Herr S. gleich wissen, welche – war aber nicht ihre offizielle Aufgabe; die bestand allein in der Vermittlung des medizinischen Wissens. Meiner Meinung nach wäre es wichtig, Raum für solch eine „Problemstunde“ zu schaffen, damit die Ärzte eine Anlaufstelle haben und einerseits Rückmeldung und Hilfestellung von den Dozenten erhalten

und andererseits ihre Probleme miteinander teilen können und erkennen, dass sie mit vielen Problemen nicht allein dastehen.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, ein Feedback von den teilnehmenden Ärzten bezüglich des Unterrichtes einzuholen, um den Unterricht einerseits zu evaluieren und diesen andererseits gegebenenfalls an die Bedürfnisse der Ärzte anpassen zu können.

Denkbar wäre zudem auch eine Unterteilung der teilnehmenden Ärzte in eine Anfänger- und eine Fortgeschrittenen-Gruppe, um somit der Problematik des unterschiedlichen Wissens- und Sprachstandes der Ärzte zu begegnen.

Ein wirkliches Interkulturelles Training fand leider nicht statt, wäre meiner Meinung nach aber sehr zu empfehlen. Auf diesen Punkt wird im Analyse-Teil näher eingegangen.

Auch sonst wurden kulturspezifische Faktoren, die auf die Situation von zugewanderten Ärzten einwirken, im Unterricht nicht behandelt. Was von einer Dozentin im Unterricht thematisiert wurde, war, wie bei 6.4.1 erwähnt, vielmehr eine kurze Einführung in „die deutsche Klinikkultur“. Diese Unterrichtseinheiten fand ich persönlich sehr sinnvoll, aber leider viel zu kurz, da sie lediglich im Grundlehrgang und auch hier nur an zwei Tagen stattgefunden haben. Meiner Ansicht nach sollten diese Unterrichtseinheiten deutlich ausgebaut und durch Informationen über das System eines deutschen Krankenhauses und die Klinikabläufe ergänzt werden.

Für die Dozenten waren Hintergrundinformationen der zugewanderten Ärzte meist völlig irrelevant. In der jeweils ersten Unterrichtsstunde erkundigte sich nur einer der Dozenten nach Hintergrundinformationen wie: Woher kommen sie, in welchem Land und welcher Stadt haben sie ihr Medizinstudium absolviert, wann haben sie das Studium beendet, in welcher Fachrichtung haben sie daraufhin gearbeitet, Berufserfahrung und „Aussetzen“ aus der ärztlichen Tätigkeit, seit wann leben sie in Deutschland, haben sie hier bereits Berufserfahrungen gemacht und was können sie darüber berichten? Alle anderen Dozenten haben sich in der ersten Unterrichtsstunde lediglich selbst kurz vorgestellt und daraufhin mit dem medizinischen Unterricht begonnen.

In diesem Kapitel wurde ausführlich auf den Unterricht des Ärzteprojektes eingegangen. Es wurde beschrieben, wie der Unterricht aufgebaut und was der Inhalt war, wie dieser methodisch vermittelt wurde und inwieweit kulturelle Faktoren dabei Berücksichtigung fanden. Zunächst wurde der Unterricht des Grundlehrgangs (6.4.1), der Blockwochenenden (6.4.2) und der Prüfungsvorbereitung (6.4.3) beschrieben, daraufhin war das Verhalten im Unterricht Thema (6.4.4), um abschließend die Bewertung des Unterrichts (6.4.5) anzuführen.

Im folgenden Kapitel soll nun erneut die Kenntnisprüfung angesprochen werden.

6.5 Die Kenntnisprüfung

Wie bei 5.1 bereits erwähnt, wurde die Kenntnisprüfung in Thüringen seit dem neuen Gesetz vom März 2012 offiziell bis Januar 2014 ausgesetzt. Für die teilnehmenden Ärzte des Ärzteprojektes der Johanniter wurde auf Anfrage jedoch eine Sonder-Kenntnisprüfung beschlossen. Auf Grund fehlender Räumlichkeiten konnten bei dieser Sonder-Kenntnisprüfung jedoch lediglich drei Teilnehmer pro Monat geprüft werden. Da es insgesamt dreizehn Ärzte waren, die das Ärzteprojekt durchlaufen und sich für die Kenntnisprüfung angemeldet haben, wird sich die Prüfung deshalb insgesamt voraussichtlich vier bis fünf Monate hinziehen. Problematisch

für die Ärzte war hierbei, dass sie lange kein offizielles Schreiben der Landesärztekammer erhalten haben und somit auch lange unklar war, wer an welchem Termin geprüft wird und ob die Termine zur freien Wahl stehen. Die Anmeldung zur Kenntnisprüfung fand im Rahmen des Ärzteprojektes statt. Für die Anmeldung erforderliche Unterlagen waren: 1. ein polizeiliches Führungszeugnis, 2. ein formloser schriftlicher Antrag, 3. die Geburtsurkunde, 4. das Sprachzertifikat B2, 5. das medizinische Sprachzertifikat, 6. der Nachweis der Staatsbürgerschaft, 7. ein Gesundheitsattest/ Ärztliche Bescheinigung, 8. das medizinische Diplom, 9. Studiennachweise, 10. eine Beurteilung der Klinik, in der ein Praktikum durchgeführt wurde oder eine Anstellung vorliegt und 11. ein aktueller Lebenslauf.

Da alle Ärzte diese Unterlagen bereits, zum Teil mehrfach, zur Beantragung der Berufserlaubnis ans Landesverwaltungsamt geschickt hatten, war das Unverständnis bei einigen groß:

„Jetzt musste ich wegen diesem polizeilichen Führungszeugnis extra nochmal heimfahren und zur Polizei gehen. Die haben mich da schon ganz komisch angeschaut und gefragt, warum ich schon wieder ein Führungszeugnis brauche und wie viele ich denn noch ausgestellt haben möchte“ (Frau P., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes)

„Das kann doch nicht sein, ich habe meine Unterlagen da schon dreimal hingeschickt, die haben die doch schon alle. Das ist jetzt das vierte Mal, wieso brauchen die die denn nochmal? Das kostet doch auch Geld, die Sachen zu beantragen...“ (Frau M., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes)

Und als Frau P. am Ende des Unterrichtes auf die Abschlussfeier verwies, fragte Herr L. daraufhin scherzhaft, ob man dafür ebenfalls ein Gesundheitsattest vorlegen müsse, woraufhin die Ärzte in schallendes Gelächter ausbrachen.

Unter den Ärzten des Kurses machte sich mit der Zeit Skepsis breit und es wurde zunehmend angezweifelt, dass die Kenntnisprüfung tatsächlich im Juli stattfinden wird, da es jede Woche neue und widersprüchliche Informationen dazu gab. Für Frau T. war beispielsweise nicht ersichtlich warum das Ablegen der Kenntnisprüfung in Thüringen mit so vielen Komplikationen verbunden ist:

„Ich weiß auch nicht, warum das in Thüringen so kompliziert ist, in meiner ehemaligen Klinik in Brandenburg haben sich die ausländischen Ärzte zur Kenntnisprüfung angemeldet und dann haben sie Bescheid gekriegt und konnten die Woche drauf alle die Prüfung machen“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Bei den Ärzten kam die Vermutung auf, dass die Kenntnisprüfung in Thüringen eventuell absichtlich verschleppt und verzögert wird, damit sie die Approbation nicht bekommen und somit auch nicht in andere Bundesländer abwandern können.

Auch die Frage, warum die Kenntnisprüfung überhaupt in der vorgegebenen Form durchgeführt werden muss, beschäftigte einige der Ärzte immer wieder aufs Neue. Herr L. reichte zum Beispiel sein medizinisches Diplom sowie weitere Unterlagen beim Landesverwaltungsamt ein, diese wurden zur Überprüfung der Gleichwertigkeit an die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) weitergeleitet. Zwei Monate später kam als Antwort, dass es kompliziert sei, Herr L.s Diplom zu prüfen, da wenig Informationen über das System und die Studieninhalte in Tunesien sowie von arabischen Ländern im Allgemeinen, vorlägen. Des Weiteren hieß

es, dass sein Diplom im Grunde genommen gleichwertig sei, ihm jedoch ein Kurs fehle. Eine Empfehlung zur Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Kenntnisprüfung wurde nicht gegeben. Auch der zuständige Beamte beim Landesverwaltungsamt war daraufhin etwas ratlos, weil nach wie vor offen war, ob Herr L. nun obligatorisch an der Kenntnisprüfung teilnehmen muss. Da Herr L. bereits eine Facharztausbildung in Tunesien abgeschlossen hat, hat er diese Unterlagen an die Landesärztekammer geschickt. Hier wird geprüft, ob die Facharztausbildung, oder zumindest Teile davon, in Deutschland anerkannt werden. Das Problem ist nun, dass Herr L. nicht weiß, wie lange es dauert, bis er von der Landesärztekammer Bescheid bekommt. Es wäre durchaus möglich, dass er im Juli an der Kenntnisprüfung teilnimmt und im Dezember den Bescheid erhält, dass Teile seiner Facharztausbildung anerkannt werden und die Teilnahme an der Kenntnisprüfung für ihn somit nicht erforderlich gewesen wäre. Diese Ungewissheit führte bei Herr L. zu Frustration und Unverständnis und ließ ihn an der Sinnhaftigkeit dieses langwierigen, bürokratischen Vorgehens zweifeln.

Auch über den Inhalt und den Sinn der Prüfung wurde sehr viel gesprochen. Für Herr L. war es beispielsweise völlig unverständlich, dass er als Chirurg über die Innere Medizin geprüft wird:

„Ich habe das natürlich alles gelernt für die Abschlussprüfungen in meinem Studium, aber das ist lange her. Ich habe jahrelang in einem speziellen Bereich gearbeitet und ich habe viel Stoff der Inneren Medizin vergessen“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Herr L. muss nun viel Zeit darauf verwenden, erneut den ganzen Stoff der Inneren Medizin zu wiederholen. Das findet er unnötig und fragt sich, warum die Prüfung nicht in dem Bereich abgehalten wird, in dem der zu prüfende Arzt tätig ist und weiterhin tätig sein wird:

„Ich bin Viszeral-Chirurg und sollte die Zeit nutzen, um in diesem Bereich dazuzulernen und besser zu werden. Wenn ich einen Patienten mit Anämien oder Diabetes habe, dann verweise ich ihn an den Internisten und muss das auch tun. Warum muss ich etwas lernen, das ich nie anwenden werde? Das bringt mich in meiner Ausbildung nicht weiter sondern wirft mich zurück“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Herr L. hat darüber auch schon mit seinem Chefarzt gesprochen,

„und er hat zu mir gesagt, dass er die Prüfung nicht bestehen würde, er ist seit vielen Jahren Chirurg und sehr gut bei dem was er macht, aber über EKGs und so weiter weiß er nicht mehr Bescheid“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch Frau R. schließt sich dieser Meinung an und sagt über die Kenntnisprüfung:

„Es ist schon sehr schwer alles für die Kenntnisprüfung zu wissen, weil es schon lange her ist, dass man das alles gelernt hat und für deutsche Ärzte ist es auch schwer noch alles zu wissen, ich glaube, dass die das auch nicht könnten“ (Frau R., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Wenn auch nicht alle Ärzte die in der Kenntnisprüfung abgefragten Inhalte in Frage stellten, so war die Kenntnisprüfung jedoch bei allen Ärzten ein sehr großes Thema. Immer wieder wurden Dozenten, vor allem in den Pausen, nach wichtigen Prüfungsinhalten und beliebten Prüfungsthemen gefragt. Es wurde um zusätzlichen Unterricht gebeten und Frau P. wurde regelrecht mit Fragen überschüttet. In diesem Zusammenhang berichtete Frau P. folgendes:

„Mir wurde sogar schon mal Geld angeboten, mehrere tausend Euro, wenn ich die Prüfungsfragen beschaffe. Selbstverständlich geht das nicht und das könnte ich auch gar nicht, selbst wenn ich das wollte“ (Frau P., ehemalige Projektleiterin).

Die Angst vor der Kenntnisprüfung und die Sorge, nicht zu bestehen, war groß und kam immer wieder zum Ausdruck. In einer Pause wendete sich Frau K. beispielsweise besorgt an Frau P. und fragte:

„Denken sie, dass ich in meinem Alter überhaupt noch eine Chance habe die Prüfung zu bestehen? Und dann habe ich auch mehrere Jahre nicht in meinem Beruf gearbeitet, geben mir die Prüfer da überhaupt wirklich eine Chance?“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Ein anderes Mal stand Frau G. unvermittelt im Unterricht auf und wurde von einer besorgt dreinschauenden Frau Shn. hinaus begleitet. Kurz darauf kam Frau Shn. zurück und bat den Dozenten, zu Frau G. zu kommen. Frau G. lag im Nebenzimmer, atmete schwer, zitterte am ganzen Körper und weinte. Nachdem Frau G. versorgt worden war und es ihr etwas besser ging sagte sie:

„Ich habe in der letzten Zeit so Probleme mit dem Herzen, ganz schlimm, die Prüfung macht mir einfach so viel Stress, ich glaube ich schaff das nicht, ich bin zu alt dafür“ (Frau G., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

In einer Unterhaltung mit Frau Sh. erzählte mir diese von ihren ersten Tagen im Ärzteprojekt und wie sehr sie die Anforderungen und der umfangreiche Stoff, der für die Kenntnisprüfung zu erlernen ist, belasteten:

„Die ersten zwei Tage vom Kurs war ich sehr traurig und bin viel allein spazieren gegangen. Es ist einfach sehr viel Stoff und einiges weiß ich nicht mehr“ (Frau Sh., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Auch unter den anderen Ärzten war die Kenntnisprüfung ein immer wiederkehrendes Thema, das lang und ausführlich diskutiert wurde. Auf die Frage einer Ärztin, ob man die Prüfung in allen Bundesländern in Deutschland machen müsse, sagte Herr W.:

„Frau S. ist da wirklich gut informiert und wenn es ein Bundesland in Deutschland gäbe, in dem keine Kenntnisprüfung gemacht werden müsste, dann wäre sie schon längst dort“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Was den Ärzten in diesem Zusammenhang auch Sorgen bereitete, war die wenige Zeit, die ihnen nach dem Unterricht zum Lernen auf die Kenntnisprüfung zur Verfügung stand. Frau T. war beispielsweise nach dem Kurs die einzige Ärztin auf ihrer Station und fragte sich, wann

sie lernen solle, denn wenn sie abends nach Hause käme, sei sie vom Arbeiten erschöpft und könne sich kaum noch konzentrieren. Auch Frau Sh. Zeigte sich besorgt: „Zurück in der Klinik gibt es nur sehr wenig Zeit zum Lernen“ (Frau Sh., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

In diesem Kapitel stand die Kenntnisprüfung im Fokus. Hierbei wurde zunächst die Anmeldung der Ärzte, die teilweise zu Unverständnis führte, beschrieben. Daraufhin wurde der Sinn und Zweck der Kenntnisprüfung, sowie deren Inhalt, aus Sicht der Ärzte hinterfragt und abschließend auf den angstbesetzten Umgang der Ärzte mit der Kenntnisprüfung eingegangen. Im folgenden Kapitel soll nun ein kurzer Überblick über den Klinikalltag in Deutschland gegeben werden, der den zugewanderten Ärzten mit Bestehen der Kenntnisprüfung endgültig offen steht.

6.6 Blick in den Klinikalltag in Deutschland

Bevor im nächsten Kapitel auf die Probleme und Schwierigkeiten der zugewanderten Ärzte im Berufsalltag eingegangen werden kann, muss zunächst die Arbeitssituation in den Kliniken näher beleuchtet werden. Denn um zu wissen, welche Aufgaben den Ärzten Schwierigkeiten bereiten, sollte vorab bekannt sein, welche Aufgaben überhaupt von ihnen erwartet werden. Auch, um Probleme bei der Kommunikation der Ärzte zu thematisieren, muss zunächst erläutert werden, in welcher Situation und mit wem die Ärzte eigentlich kommunizieren. Auf Grund dessen steht der Klinikalltag in Deutschland im Fokus dieses Kapitels.

6.6.1 Der deutsche Klinikalltag?

Auf der einen Seite kann man von „dem deutschen Klinikalltag“ sicher nicht sprechen, da es große Unterschiede gibt, je nachdem um was für eine Klinik es sich handelt. In einer Rehabilitationsklinik geht es anders zu als in einem Akutkrankenhaus und die Arbeitsabläufe in einer chirurgischen Abteilung unterscheiden sich wiederum von denen in einer internistischen Abteilung. Auf die Frage, ob es große Unterschiede im Klinikalltag gibt, antwortete Herr K.: „Kleines Haus, großes Haus, Uniklinik, je nach dem handelt es sich um komplett unterschiedliche Arbeitsfelder“ (Herr K., Dozent). Auf der anderen Seite gibt es jedoch bestimmte Regeln und Normen sowie Verhaltensweisen den Kollegen, Schwestern und Patienten gegenüber, die sich in allen medizinischen Arbeitsfeldern wiederfinden und unbewusst geteilt werden. Sie kommen meist erst dann zum Vorschein, wenn gegen sie verstoßen wird.

Auch hierzu äußerten sich die Dozenten, Frau S. sprach beispielsweise von „der deutschen Klinikkultur“:

„Die deutsche Klinikkultur ist schon eigen, ist auch ganz anders als in Russland zum Beispiel. Die Hierarchie in Russland ist hart, da sitzen die Assistenzärzte an einem anderen Tisch und in einem anderen Raum als die Chefarzte“ (Frau S., Gründerin d. Ärzteprojektes und Dozentin).

Herr K. thematisierte Unterschiede in der Arzt-Patienten-Interaktion, sowie ein bestimmtes Arbeitsethos in Deutschland:

„Es gibt definitiv Unterschiede in der Wahrnehmung des Berufsstandes Arzt oder auch wie Patienten sich dem Arzt gegenüber verhalten. Und außerdem denke ich

schon, dass der Arbeitsethos in Deutschland und auch die Art und Weise wie hier Medizin betrieben wird, für den einen oder anderen anstrengend sein wird. Das ist sehr auf Effektivität getrimmt, das ist... der Umgang untereinander ist nicht immer zimperlich“ (Herr K., Dozent).

Darüber hinaus wurde bereits in der Bewertung des Unterrichtes (6.4.5) ersichtlich, dass es für die zugewanderten Ärzte einige Unklarheiten in Bezug auf das System und die Abläufe in deutschen Kliniken gab und sie sich dazu mehr Informationen gewünscht hätten.

Die Frage wie der deutsche Klinikalltag aufgebaut ist und funktioniert, ist somit gerechtfertigt, kann jedoch nicht so einfach beantwortet werden. Dabei wäre es für zugewanderte Ärzte, die sich hier integrieren sollen, sinnvoll und hilfreich zu wissen, wo hinein sie sich überhaupt integrieren sollen und was der deutsche Klinikalltag oder die deutsche Klinikkultur überhaupt ist.

Um etwas Licht in dieses Dunkel zu bringen, wird im Folgenden die Arbeitssituation der Ärzte in Deutschland näher beschrieben.

6.6.2 Hierarchien in deutschen Krankenhäusern

Im Unterricht des Ärzteprojektes wurden die Teilnehmer über die bestehenden Hierarchien in deutschen Krankenhäusern aufgeklärt, die von Frau S. als ausgeprägt beschrieben wurden.

In der Rangfolge der Ärzte steht der Chefarzt auf der obersten Stufe, er ist leitender Arzt einer Abteilung und verantwortlich für die Oberärzte, deren Arbeit er überwacht und bei der er sie berät. Auf den Chefarzt folgt zunächst der leitende Oberarzt, der als Vertreter des Chefarztes fungiert, und daraufhin der Oberarzt. Der Oberarzt ist, wie auch der Chefarzt, leitender Arzt, und verantwortlich für einen bestimmten Bereich, der aus einer oder mehreren Stationen bestehen kann. Gemeinsam mit dem Chefarzt ist der Oberarzt für die Weiterbildung der Assistenzärzte verantwortlich. Darunter fällt auch die Anleitung und die Kontrolle der von den Assistenzärzten zu erledigenden Aufgaben. Dem Oberarzt hierarchisch untergeordnet ist nachfolgend der Facharzt, der die Facharztweiterbildung bereits abgeschlossen hat. Auf der untersten Stufe der Hierarchie der Ärzte steht der Assistenzarzt, der sich in der Facharzt Ausbildung für ein bestimmtes Fach befindet. Zusätzlich zur ärztlichen Hierarchie existiert eine weitere Rangfolge in deutschen Krankenhäusern, die hauptsächlich die Krankenschwestern betrifft. In dieser steht der Pflegedienstleiter, der die Verantwortung über den Pflegedienst einer Abteilung hat, an oberster Stelle. Ihm unterstellt sind zunächst die Abteilungsschwester, darauf folgt die Oberschwester und die Stationsschwester. Diesen untersteht wiederum hierarchisch zuerst das Funktionspersonal und dann das Labor.

6.6.3 Aufgaben der Ärzte

In diesem Zusammenhang ist zunächst darauf hinzuweisen, dass alle zugewanderten Ärzte aus Drittstaaten ihre ärztliche Tätigkeit in Deutschland in der Regel (wieder) als Assistenzärzte beginnen. Dabei spielt es meist keine Rolle, ob und wie lange sie in ihrem Heimatland tätig waren, ob sie gerade die Universität beendet haben, eine abgeschlossene Facharzt Ausbildung vorweisen können oder überdies Chefarzt mit jahrzehntelanger Berufserfahrung waren. Da

bereits das medizinische Diplom, das in einem Drittstaat erworben wurde, im Allgemeinen in Deutschland nicht für gleichwertig befunden wird, verhält es sich mit der Anerkennung von weiterführenden Ausbildungen, wie der Facharztausbildung, generell ähnlich. Die zugewanderten Ärzte sind als Assistenzärzte in der Hierarchie der Krankenhäuser somit ganz unten angesiedelt und müssen ihre Facharztweiterbildung (aufs Neue) ablegen.

Die Facharztweiterbildung dauert, abhängig vom gewählten Fachgebiet, fünf bis sechs Jahre. In dieser Zeit gilt es für den Assistenzarzt in Ausbildung, einen sogenannten Weiterbildungskatalog abzarbeiten. Die Vorgaben dafür werden von der Ärztekammer bestimmt und können von Bundesland zu Bundesland variieren. Dieser Weiterbildungskatalog umfasst bestimmte Inhalte sowie Untersuchungen und Behandlungen, die erlernt und durchgeführt werden müssen.

Ein Assistenzarzt, der beispielsweise in der Weiterbildung zum Facharzt in der Inneren Medizin steht, soll in der ersten Zeit die gesamte Innere Medizin, mit ihren unterschiedlichen Teilgebieten, kennenlernen. So verbringt er beispielsweise einige Monate in der Kardiologie und dann eine bestimmte Zeit in der Gastroenterologie, von der er wieder in die Nephrologie oder die Onkologie wechselt. Daraufhin arbeitet der Assistenzarzt für ein paar Monate auf der zentralen Notaufnahmestation und kommt von hier auf die Innere Intensivstation, wo er erneut mehrere Monate tätig ist. Dies wird als Rotationssystem bezeichnet, das dem Assistenzarzt möglichst breite Einblicke in das Fachgebiet ermöglichen und somit zu einem großen Erfahrungsgewinn beitragen soll. Untersuchungen und Behandlungsmethoden, die im Weiterbildungskatalog verlangt werden, sind in der Inneren Medizin z.B. Elektrokardiogramm (EKG), Ergometrie, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, spirometrische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Doppler-Sonographien, Proktoskopie usw.

Ohne diese Vorgaben zu erfüllen, ist es einem Assistenzarzt nicht möglich, die Facharztausbildung erfolgreich abzuschließen.

Da zugewanderte Ärzte in der Regel zunächst als Assistenzärzte arbeiten, werden im Folgenden die Aufgaben, die von Assistenzärzten zu erledigen sind und erwartet werden, vorgestellt. Die Aufgaben, die von ausländischen Ärzten ausgeübt werden, unterscheiden je nachdem in welcher Fachrichtung sie als Assistenzärzte tätig sind. Ein Assistenzarzt in der Chirurgie wird mit anderen Aufgaben betreut als ein Assistenzarzt in der Inneren Medizin. Es gibt jedoch einige Aufgaben, die für gewöhnlich von allen Assistenzärzten zu erledigen sind. Hierzu zählt die Aufnahme der Patienten und die Erhebung der Anamnese sowie der Vorgeschichte. Durch die Anamnese-Erhebung erhält der Arzt die Krankengeschichte des Patienten aus dessen Sicht und kann sich anhand dieser bereits erste Überlegungen zur Diagnose machen. Im Unterricht des Ärzteprojektes wurde auf die Bedeutung der Anamnese hingewiesen: „Eine gute Anamnese ist mindestens die halbe Diagnose. Die Zeit ist knapp, deshalb gut und gezielt fragen“ (Frau S., Gründerin d. Ärzteprojektes und Dozentin).

Auf die Anamnese-Erhebung, für die der Arzt pro Patient etwa zehn Minuten Zeit hat, folgt die klinische Untersuchung. Die klinische oder körperliche Untersuchung wird mit den Sinnen durchgeführt: Anschauen (Inspektion), Abtasten (Palpation), Abklopfen (Perkussion) und Abhören (Auskultation). Hierbei verwendet der Arzt lediglich einfache Instrumente wie das Stethoskop. Auf die klinische Untersuchung folgt zunächst die Labordiagnostik (Untersuchung

von Blut, Urin, Stuhl, Abstriche usw.). Anschließend werden die nächsten diagnostischen Schritte wie Röntgenuntersuchung, Sonographie, Elektrokardiogramm (EKG), Computertomographie usw. eingeleitet. Diese Untersuchungen können vom Assistenzarzt angeordnet werden, sind jedoch teilweise vom zuständigen Oberarzt abzunehmen oder werden von diesem kontrolliert.

Eine weitere Aufgabe der Assistenzärzte ist die tägliche Visite bei den Patienten sowie die wöchentliche Visite mit dem Oberarzt und dem Chefarzt. Der Vorgang der Visite kann sich von Klinik zu Klinik unterscheiden, wobei die wesentlichen Elemente stets ähnlich sind. Die Visite findet meist vormittags statt, hierbei wird der Assistenzarzt oder der Assistenzarzt mit Oberarzt und/oder Chefarzt von Krankenschwestern und anderem Pflegepersonal begleitet. Gemeinsam gehen sie an die Betten der Patienten und fragen nach, wie sich der Patient fühlt, wie die Therapie angeschlagen hat, wie Medikamente vertragen werden, weitere Vorgehensweisen werden beschlossen und dem Patienten mitgeteilt usw. Zum Teil überlassen die Oberärzte ihren Assistenzärzten die Aufgabe, weitere Schritte anzuordnen, z.B. Untersuchungen, die gemacht werden sollen oder Physiotherapie, die verschrieben wird etc., diese werden dann von den Krankenschwestern aufgeschrieben. Die Visite dient hierbei auch dem Zweck der Ausbildung der Assistenzärzte durch den Oberarzt oder Chefarzt. Vor oder nach der Visite gibt es darüber hinaus eine Besprechungsrunde unter den Ärzten. Daraufhin folgt für die Assistenzärzte das therapeutische Arbeiten nach der Visite. Zu dieser alltäglichen Arbeit auf der Station, für die die Assistenzärzte verantwortlich sind, gehört das Legen von Kanülen und das Abnehmen von Blut.

Die Assistenzärzte sind außerdem für eine Reihe von bürokratischen Aufgaben verantwortlich, allen voran die Dokumentation von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen. Aber auch Patientenbriefe, Überweisungsbriefe an andere Ärzte wie den Hausarzt, oder Entlassungsbriefe sind regelmäßig zu erledigen. Denn auch die Entlassung der Patienten wird von den Assistenzärzten durchgeführt. Diese reinen Verwaltungsaufgaben vereinnahmen die Ärzte täglich mehrere Stunden.

6.6.4 Formen der Kommunikation

Im folgenden Abschnitt wird thematisiert, wann, mit wem und wozu ein Arzt im Klinikalltag kommuniziert und ob es Regeln oder bestimmte Vorgaben gibt, durch welche die Kommunikation bestimmt und standardisiert wird.

Zunächst wird hierbei auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient eingegangen, die für den Arztberuf von zentraler Bedeutung ist.

Ein wichtiger Bestandteil der Arzt-Patienten-Kommunikation ist die Anamnese-Erhebung. Das erste Aufeinandertreffen von Arzt und Patient findet in einer deutschen Klinik im Allgemeinen nach der Aufnahme des Patienten zur Erhebung der Anamnese und bei der darauf folgenden klinischen Untersuchung statt. Zur Begrüßung geben sich Arzt und Patient die Hand. Der Arzt stellt sich zunächst vor und fragt den Patienten dann nach dessen Beschwerden, wie sich diese äußern, wie lange sie bereits vorliegen und ob der Patient deshalb bereits in Behandlung war. Die Anamnese-Erhebung erfolgt nach einem strikten Muster, es wird Frage für Frage abgearbeitet. Nachdem die jetzigen Beschwerden und Erkrankungen des Patienten in

Erfahrung gebracht wurden, ist zunächst die gesundheitliche Vorgeschichte des Patienten von Interesse. Gefragt wird hierbei nach Erkrankungen in der Kindheit sowie nach vorliegenden Grunderkrankungen oder chronischen Krankheiten und Allergien. Daraufhin wird eine Familienanamnese durchgeführt, um etwaige genetische Vorbelastungen abzuklären. Des Weiteren erkundigt sich der Arzt, ob der Patient schon einmal operiert wurde sowie nach Medikamenteneinnahme, nach dem sozialen Umfeld, der familiären Situation und ob der Patient Stress im Beruf hat. Handelt es sich um eine Patientin, wird sie darüber hinaus nach einer möglichen Schwangerschaft und Geburten befragt. Diese Angaben werden vom Arzt auf dem dafür vorgesehenen Anamnese-Bogen, der Teil der Krankenakte ist, notiert. Eine Anamnese-Erhebung ist für gewöhnlich zeitlich beschränkt und sollte nicht länger als zehn Minuten andauern. Bei der sich an die Anamnese anschließenden klinischen Untersuchung erklärt der Arzt dem Patienten vorab, was er mit ihm vorhat und wie er ihn genau untersucht.

Eine weitere Situation, in der Arzt und Patient kommunizieren, ist die tägliche Visite. Auch diese läuft nach einem vorgegebenen Muster ab. Wie bereits erläutert kommt der Arzt ans Bett des Patienten und erkundigt sich nach dessen Zustand, inwieweit durchgeführte Behandlungen Wirkung zeigen und verschriebene Medikamente vertragen werden. Im Rahmen der Visite kann sich der Patient über seine Beschwerden äußern und dem Arzt Fragen stellen. Dieser wiederum setzt den Patienten in Kenntnis über das weitere therapeutische Vorgehen, das er für angebracht hält. Die zeitliche Beschränkung der einzelnen Visite-Gespräche hängt von der Anzahl der zu behandelnden Patienten ab. Da die Arbeitsbelastung in den Kliniken für gewöhnlich hoch ist, ist die Zeit, die für die Visite zur Verfügung steht, in den meisten Fällen sehr begrenzt.

Der Assistenzarzt ist darüber hinaus Ansprechpartner für die Patienten, er hat die Aufgabe, diese vor einer Operation über den Ablauf und mögliche Komplikationen aufzuklären und entlässt sie nach ihrem Aufenthalt aus der Klinik.

Auf die Kommunikation des Assistenzarztes mit Krankenschwester, Oberarzt und Chefarzt kann hier nur sehr oberflächlich eingegangen werden, da im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt Einblicke in diese Thematik gewonnen wurden.

Assistenzärzte geben den Krankenschwestern Anordnungen bezüglich Untersuchungen, die durchgeführt und Medikamenten, die von den Patienten eingenommen werden sollen. Auch bei der täglichen Stationsarbeit gibt es zwischen Assistenzärzten und Krankenschwestern viele Berührungspunkte.

Die Kommunikation zwischen Assistenzarzt und Oberarzt, sowie Assistenzarzt und Chefarzt wird hier der Einfachheit nicht gesondert betrachtet. In der wöchentlichen Visite mit Oberarzt und Chefarzt, die auch als Lehrvisite bezeichnet wird, hat der Assistenzarzt die Möglichkeit, eigene Vorschläge zur Therapie und Diagnostik vorzustellen, die dann von Seiten des Oberarztes bzw. Chefarztes kommentiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Bei den Fallvorstellungen, die vom Assistenzarzt präsentiert werden, verhält es sich ähnlich. Hier wird ein Patient als „Fall“, mit Anamnese, Überlegungen zur Diagnose sowie eingeleiteten Untersuchungen, dem Oberarzt oder Chefarzt vorgestellt (Interview-Daten. Siehe auch Nordmeyer 1978, Dörner 2001, Girke 2007 und Bliesener 1986).

In diesem Kapitel ging es darum, einen kurzen Überblick über den Klinikalltag und die Ar-

beitssituation von Ärzten in Deutschland zu geben und somit einen, wenn auch bescheidenen, Einblick in dieses spezifische Arbeitsfeld zu vermitteln. Zunächst wurde hierbei hinterfragt, inwieweit es möglich ist, von dem deutschen Klinikalltag an sich zu sprechen (6.6.1), woraufhin Hierarchien in deutschen Kliniken beschrieben (6.6.2), die Aufgaben von zugewanderten Ärzten in den Kliniken erläutert (6.6.3) und abschließend Situationen thematisiert wurden, in denen eine ärztliche Kommunikation stattfindet (6.6.4).

Aufbauend auf diesem Kapitel soll nun ausführlich auf Probleme und Schwierigkeiten eingegangen werden, die auf zugewanderte Ärzte in deutschen Kliniken zukommen können.

6.7 Probleme und Schwierigkeiten für zugewanderte Ärzte in Deutschland

6.7.1 Deutsche Sprachkenntnisse

Ein Bereich, in dem es für zugewanderte Ärzte immer wieder viele Probleme gab, waren die deutschen Sprachkenntnisse. Bereits im Unterricht fiel es manchen Ärzten schwer, auf Fragen der Dozenten konkret und fließend zu antworten und etwas im Detail zu erklären. Besonders frustrierend war das für die Ärzte, wenn sie die Antwort wussten, diese aber nicht auf Deutsch formulieren konnten. Dann wurde viel gestikuliert oder auf Russisch in die Runde gefragt und diskutiert. Frau M. beschrieb ihre Situation mit einer Portion Selbstironie: „Ich höre und verstehe, aber ich kann nichts sagen oder erklären. Ich bin wie ein Hund“ (Frau M., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Als der Dozent die Ärzte bat, doch auf Deutsch und nicht auf Russisch zu diskutieren, sagte Frau S. entschuldigend: „Wir wissen das, aber wir können das auf Deutsch nicht ausdrücken“ (Frau S., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Herr S. wandte sich daraufhin in der Pause an mich, um diese Problematik nochmal zu betonen: „Sie sehen, dass das ein großes Problem mit der Sprache ist. Die wissen ja sehr viel, können es aber nicht sagen und so nutzt es ihnen leider auch nichts“ (Herr S., Dozent). Auch Herr K. schloss sich dieser Auffassung an, als er von Frau P. nach seiner Einschätzung der Ärzte gefragt wurde:

„Mein Eindruck von den Ärzten ist eigentlich ganz gut, ich denke, dass bei den meisten die Kenntnisse schon noch da sind, bei einigen ist die Sprache aber noch sehr schlecht (Herr K., Dozent).“

Besonders zu Beginn des Projektes wurden mir von Seiten der Ärzte des öfteren Fragen zur deutschen Grammatik gestellt und wie man dies und jenes richtig formuliert. Auch im Unterricht, wenn die Ärzte eigenständig etwas bearbeiten sollten, wurde ich immer wieder gebeten, mich dazu zu setzen und ein bisschen beim Ausformulieren der Sätze und mit der Rechtschreibung zu helfen. Auch Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Patienten zeigten sich bereits im Unterricht. Vor allem im praktischen Unterricht und bei Rollenspielen fehlten den Ärzten häufig die richtigen Worte, um den „Patienten“ zu erklären, was sie von ihnen wollten und was sie mit ihnen vorhatten. Dies wurde etwa beim Rollenspiel einer neurologischen Untersuchung deutlich, welches alle Ärzte in Zweiergruppen abwechselnd miteinander durchführen sollten. Aussagen wie: „Jetzt bitte die Stirn runzeln“ oder „und jetzt bitte die Backen aufpusten“ bereiteten Schwierigkeiten. Zum Teil wurde auch ganz auf die Kommunikation verzichtet und dem „Patienten“ vorgemacht, was von ihm gewünscht war. Bei anderen Aufgaben wurden

Erklärungen zum Vorhaben schlicht weggelassen. Anstatt zu sagen „Bitte schieben sie ihren Pullover ein Stück hoch, damit ich mit dem Finger über ihren Unterarm fahren kann“, wurde der Pullover einfach eigenständig hochgeschoben und ohne weitere Worte über den Arm gestrichen.

Im Laufe des Projektes machten die Ärzte im Allgemeinen große Fortschritte in Bezug auf ihre Sprachkenntnisse. Es gab jedoch auch „Sorgenkinder“, die selbst am Ende des Projektes noch größere Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hatten. Bei der Vorbesprechung der dreiwöchigen Prüfungsvorbereitung sprach Frau P. beispielsweise zwei Ärztinnen direkt an und meinte, dass sie sich wegen ihrer Sprachkenntnisse Sorgen mache und sie dringend vor der Kenntnisprüfung daran arbeiten sollten. Auch Herr S. äußerte bei einigen wenigen Ärzten Bedenken, ob sie mit ihren mangelhaften Deutschkenntnissen die Prüfung bestehen könnten. Für andere blieb die Sprache ein unüberwindbares Hindernis. Etwa für Frau N., die auch nach mehreren Versuchen, die B2-Prüfung zu bestehen, nicht erfolgreich war, somit auch nicht für die Kenntnisprüfung zugelassen wurde und aus diesem Grund vorzeitig aus dem Projekt ausschied.

Schwierigkeiten mit der Sprache zeigten sich jedoch nicht nur im Unterricht, sondern waren für die Ärzte besonders in ihren Kliniken von großer Relevanz.

Herr L. sagte über seine Anfangszeit in Deutschland, dass er große Probleme mit der Sprache hatte:

„Schwierigkeiten gibt es immer auf der Station wegen der Sprache, im OP gibt es keine Probleme. Bei der Visite verstehe ich öfter die Patienten nicht, vor allem wenn sie mit Dialekt sprechen. Und wenn sich die Kollegen unterhalten, sprechen sie sehr schnell und ich habe Probleme sie zu verstehen“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch heute noch gibt es immer wieder Situationen, in denen Herr L. Probleme mit der Sprache hat. Wenn zum Beispiel der Hausarzt eines Patienten angerufen werden muss, oder der Rat eines Urologen hinzugezogen werden muss und er dies telefonisch erledigen soll, fällt ihm das besonders schwer. Er betont, wie wichtig es als Arzt ist, die Sprache gut zu beherrschen: „In der Medizin ist die Sprache sehr wichtig, man muss sehr genau sein mit der Sprache“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch Herr W. hatte zu Beginn seiner Arbeitszeit viele Schwierigkeiten auf Grund von mangelnden Sprachkenntnissen. Zum Beispiel hat er Anweisungen seiner Oberärzte nicht richtig verstanden, weil sie sehr schnell gesprochen haben. Daraufhin hat er diese Anweisungen nicht richtig umgesetzt, was wiederum dazu geführt hat, dass man ihn für inkompetent hielt.

Vor allem Umlaute bereiteten Herr W. zu Beginn Probleme, wie diese Anekdote veranschaulicht:

„Vor allem 'ö' konnte ich gar nicht sagen am Anfang und ich hatte auch Schwierigkeiten das richtig zu verstehen, für mich hat sich zum Beispiel 'Blut' genauso angehört wie 'blöd'. Einmal hat mich mein Chefarzt zu einem Patienten mitgenommen, er hat ihm Blut abgenommen, hat sich aber etwas ungeschickt angestellt und das Blut ist gespritzt. Da hat der Chefarzt zu mir gesagt „das war blöd“, ich

dachte er sagt 'Blut' und habe zu ihm gesagt „ja, ja blöd, viel blöd“ anstatt „ja, ja Blut, viel Blut“. Der Chefarzt war sehr böse mit mir“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärztesprojektes).

Das Beherrschen der Sprache wurde auch von den Dozenten als zentral für den Arztberuf beschrieben. Frau S. fasste das in einem kurzen und ziemlich treffenden Satz zusammen: „Der Arztberuf lebt von der Kommunikation, das ist so.“ (Frau S., Gründerin d. Ärztesprojektes und Dozentin).

Herr K. verwies in diesem Zusammenhang auf die unterschiedlichen Bereiche der ärztlichen Kommunikation und die Folgen, die Sprachprobleme haben können:

"In einem Fach, das unglaublich viel auf der Sprache beruht, nämlich in einer Anamnese-Erhebung und in einem Patienten-Gespräch, ja und in der Kommunikation auch unter den Kollegen, da muss das sitzen. Sonst entstehen da unglaublich viele Missverständnisse, die wenn es ganz blöd kommt, auch mal schlechte Folgen haben können" (Herr K., Dozent).

Auch Herr B. betrachtete die Sprache als zentrales Werkzeug und grundsätzliche Voraussetzung für das Anamnese-Gespräch, das als erster Schritt zur Erfassung einer Krankheit gilt:

"Um eine Krankheit festzustellen, steht nun mal an erster Stelle die Anamnese, also die Krankenverlaufs-Erhebung, und da muss ich der Sprache mächtig sein und ansonsten geht das nicht“ (Herr B., Dozent).

Des Weiteren betonte Herr B. die Bedeutung der Sprache für die Interaktion mit Patienten:

"Das ist ja auch schlimm für die Patienten, wenn dann ein Arzt kommt und er versteht sie nicht und die Patienten verstehen den Arzt nicht und . . . ja was soll das Ganze dann, das bringt nichts. Und in der Medizin ist es auch wichtig dass man sich unterhält, das ist manchmal wichtiger als die Operation, dass man sich auch mal einen Patienten anhört, dass der seine Seele erleichtern kann. Und wenn das nicht geht, sieht es traurig aus. Das gilt aber nicht nur für die ausländischen Kollegen, das gilt für die deutschen genauso." (Herr B., Dozent).

Auch Herr S. verwies ausdrücklich auf die Rolle, die der Sprache in der Verständigung mit Patienten zukommt und auf das Recht der Patienten, über ihren Zustand umfassend aufgeklärt zu werden:

"Dass man zumindest den Patienten oder den Angehörigen sagen kann, was sie festgestellt haben und was es für Befürchtungen gibt, welche Komplikationen zu erwarten sind. Wir haben ja aufgeklärte Patienten, die etwas wissen möchten, die sich im Internet informieren, die sich in der Presse informieren und die danach eine Auskunft haben wollen und das muss man dann sagen können" (Herr S., Dozent).

Darüber hinaus ging Herr S. auf die Erwartungen ein, die an zugewanderte Ärzte in den Kliniken in Bezug auf das sprachliche Verständnis gestellt werden:

"Natürlich versucht man hier, ihnen zu helfen und sie zu fördern wo es geht, weil man weiß, sie kommen aus einem anderen Land, sie haben Sprachschwierigkeiten, sie müssen sich da integrieren, sie kennen die Gewohnheiten nicht so. Das versucht man hier zu machen. Im harten Klinikalltag ist das oft schwieriger, weil auch da die Personaldecke natürlich nicht so groß ist und man oft schnell handeln muss. Selbst wenn es nicht so bedrohlich ist, ist die Anzahl der zu behandelnden Patienten groß und man hat da keine lange Zeit zu verschenken. Also man erwartet schon ein gutes Fundament und möchte gern mit wenigen kurzen Anweisungen, dass das verstanden wird und auch richtig umgesetzt wird" (Herr S., Dozent).

Schließlich kam Herr S. zu folgendem Schluss: „auf alle Fälle ist die Möglichkeit zur sprachlichen Verständigung das wichtigste!“ (Herr S., Dozent). Auch Frau P. thematisierte die sprachlichen Anforderungen, die von den Ärzten in den Kliniken erwartet werden und betonte: "in der Klinik ist Hektik und kein Mensch hat die Nerven, etwas 50 mal zu erklären" (Frau P., ehemalige Projektleiterin).

Das Verstehen verschiedener Dialekte der deutschen Sprache bereitete den zugewanderten Ärzten zusätzliche Schwierigkeiten. So fiel es ihnen häufig schwer Patienten und Kollegen, die Dialekt sprechen, richtig zu verstehen. Auch Sprichwörter oder Redewendungen sind nicht immer leicht verständlich. Frau P. berichtete beispielsweise von einem zugewanderten Arzt, dessen Patient zu ihm sagte „Das geht mir an die Nieren“, woraufhin dieser überzeugt war, dass sein Patient an Nierenbeschwerden litt. Herr W. erzählte mir im Grundlehrgang von einer Patientin, der er eine Infusion legen sollte und die er fragte, zu welcher Seite des Bettes sie gewöhnlich aufsteht, um ihr auf dieser Seite die Infusion zu legen. Sie antwortete ihm daraufhin „Das ist mir Borke wie Baum“. Daraus wurde Herr W. nicht schlau und fragte nun nach, was das zu bedeuten hatte.

Zudem berichteten mehrere Ärzte, dass sie Probleme haben, sich die Namen von ihren Patienten zu merken, da ihnen die deutschen Namen völlig fremd sind. Frau T. war mehrmals sehr überrascht, eine weibliche Patientin vorzufinden, da sie, ausgehend vom Vornamen, mit einem Mann gerechnet hatte oder andersherum. Frau Sh. muss sich die Namen ihrer Patienten immer auf einen Zettel schreiben, um sie nicht zu vergessen und Herr W. vertauschte zu Beginn des Öfteren die Namen seiner Patienten, als er sie bei der Visite dem Oberarzt vorstellen sollte. Aus diesem Grund schrieb er sich hinter die Namen erklärende Bemerkungen, wie: „ältere Dame, war sehr nett“.

Zusätzlich zu generellen Sprachschwierigkeiten kommt in der ärztlichen Profession hinzu, dass spezielle deutsche Bezeichnungen für Krankheiten existieren. Erkrankungen haben sowohl eine lateinische Bezeichnung, die universell gültig ist, als auch eine, die sich von Land zu Land unterscheiden kann. Eine Schilddrüsenerkrankung, die „Basedowsche Krankheit“ oder „Morbus Basedow“ ist in Deutschland beispielsweise nach dem deutschen Erstbeschreiber Carl von Basedow benannt. In Großbritannien ist diese Erkrankung hingegen nach dem britischen Erstbeschreiber Robert Graves benannt und wird als „Graves’ Disease“ bezeichnet.

Die lateinischen Namen von Krankheiten waren den zugewanderten Ärzten geläufig, da sie diese im Studium erlernt hatten. Im Gegensatz dazu waren ihnen die deutschen Bezeichnungen in der Regel unbekannt. Die Ärzte müssen die deutschen Bezeichnungen von Krankheiten

jedoch kennen, da unter Kollegen nicht nur die lateinischen Begriffe verwendet werden und den Patienten im Allgemeinen eher die deutschen Bezeichnungen geläufig sind.

Im Unterricht wurden etliche dieser Krankheiten durchgenommen, zum Beispiel Morbus Hodgkin, Morbus Werlhof, Morbus Meulengracht, Morbus Waldenström usw. Die Ärzte waren zum Teil sehr frustriert, da sie sich all diese Bezeichnungen kaum merken konnten. Nachdem an einem Tag etliche neue Bezeichnungen von Krankheiten vorgestellt wurden, war Frau S. völlig verzweifelt, raufte sich die Haare und rief: „Diese Morbusse, oh mein Gott, Tausende, Millionen Morbusse“ (Frau S., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Darüber hinaus haben nicht nur Erkrankungen eine lateinische und eine deutsche Bezeichnung, sondern auch Organe und Körperteile. Wie bereits bei den Bezeichnungen von Krankheiten waren den Ärzten auch hier die lateinischen Begriffe bekannt und die deutschen Termini bereiteten zum Teil große Probleme.

Frau S. verwies in ihrem Unterricht darauf, wie wichtig es für die zugewanderten Ärzte ist, die deutschen Bezeichnungen zu kennen, da sie im Gespräch mit den Patienten ausschließlich diese verwenden können, wenn sie von ihnen verstanden werden wollen:

"Sie müssen die deutschen Begriffe wissen, ich kann als Arzt einen Patienten nicht fragen, "Tut es ihnen hinterm Sternum weh?", so wie das gestern gefragt wurde. Nein ich muss das für den Patienten verständlich formulieren und fragen „Tut es ihnen hinter dem Brustbein weh?“ (Frau S., Gründerin d. Ärzteprojektes und Dozentin).

Was im Zusammenhang mit Sprachschwierigkeiten abschließend noch zu erwähnen ist, sind die vielen Abkürzungen und Akronyme, die von Medizinern verwendet werden und von den zugewanderten Ärzten für gewöhnlich erst erlernt werden müssen. Einige Abkürzungen sind beispielsweise i.m. (intramuskulär), i.v. (intravenös), a.ä.A. (auf ärztliche Anordnung), OB (Oberbauch), BD (Blutdruck), Rx (verschreibungspflichtig), x 2d (für zwei Tage) usw.

6.7.2 Bürokratie

Ein weiterer Bereich, der den zugewanderte Ärzten Probleme bereitete, waren die vielen bürokratischen Aufgaben in den Kliniken.

Unter bürokratische Aufgaben fällt hierbei in erster Linie das Verfassen von Patientenbriefen. Wann immer ein Patient in eine Klinik kommt, wird über ihn eine Akte angelegt. Hierin werden alle Vermutungen zu möglichen Erkrankungen, durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen, sowie verschriebene Medikamente usw. genauestens dokumentiert. Verlässt der Patient die Klinik, muss diese Krankenakte vervollständigt werden und daraufhin ein Patientenbrief, je nach dem, an den Hausarzt des Patienten, eine Rehabilitationsklinik, usw. verfasst werden. Dies bedeutet für die Ärzte viel Schreibarbeit, beziehungsweise „Sprecharbeit“, denn diese Briefe werden nicht geschrieben, sondern in ein Diktiergerät gesprochen und zu einem späteren Zeitpunkt von einer anderen Person verschriftlicht.

Bereits im Grundlehrgang unterhielten sich Frau R. und Herr W. ausgiebig über die Problematik der Patientenbriefe und bis zum Ende des Projektes blieben die Briefe ein großes Thema, das immer wieder unter den Ärzten besprochen und beklagt wurde.

Ein Auszug aus dem Feldtagebuch soll hierzu einen Einblick geben:

„Frau P., Frau C., Herr W., Frau T., Frau Sha., Herr L. und ich gingen nach dem Unterricht in ein Café. Spontan stieß auch Herr S. dazu, den ich seit dem letzten Blockwochenende nicht mehr gesehen hatte. Herr S. macht seit einigen Monaten ein Praktikum in Thüringen. Wir haben uns über dies und das unterhalten und die Stimmung war sehr gut. Als Frau P. Herr S. fragt, wie es bei seinem Praktikum so läuft, antwortet er „eigentlich ganz gut, aber die Patientenbriefe machen mich fertig!“. Die Ärzte nicken bestätigend und Herr S. fährt fort „für meinen ersten Brief habe ich mehr als fünf Stunden gebraucht, schrecklich! Ich habe erst alles auf einen Zettel geschrieben und habe das dann ins Diktiergerät vorgelesen...“. Frau P. lacht und schüttelt den Kopf „genau so habe ich das auch lange gemacht. Die Patientenbriefe sind wirklich schwer, weil sie auch immer unterschiedlich sind, mal geht ein Brief an die Krankenkasse, mal ganz woanders hin, das macht so viel Arbeit“. Auch die anderen stimmen zu „ja, die Briefe sind wirklich schwierig“. Für Frau Sha. war dieses System völlig neu „in Russland haben wir die Briefe einfach von Hand geschrieben, ich wusste am Anfang gar nicht wie das hier funktioniert, ich dachte das macht irgendein Computerprogramm...“. Herr W. würde die Briefe auch lieber selbst schreiben, um mehr Zeit zum Überlegen und Formulieren zu haben. Die Patientenbriefe frustrieren ihn sehr „mein Oberarzt gibt mir die Briefe ganz oft wieder zurück und hat einfach alles durchgestrichen, ohne Kommentar oder irgendeinen Verbesserungsvorschlag und dabei ärgert er sich sehr über mich“. Herr L. schüttelt den Kopf „Herr W. ist Ausländer, ist doch klar, dass er nicht wie ein Deutscher schreiben kann“. Frau T. stimmt lauthals ein „bei mir kommen die Briefe zum Teil bis zu fünfmal wieder zurück, zum Überarbeiten, ich bin völlig genervt, ich komme mir in meinem Büro mit den vielen Stapeln an Papierkram wie eine Archivarin vor“. Herr W. beschwert sich des Weiteren darüber, dass er nur bei der Visite mit den Patienten zu tun hat: „In Deutschland hat man als Arzt viel Zeit für Papiere und zu wenig Zeit für Patienten“. Herr L. ist da ganz seiner Meinung: „In Deutschland arbeitet man als Arzt mit dem Rechner und nicht mit dem Patienten“. Und auch Frau T. schließt sich dieser Meinung an „Ich verbringe nur eine Stunde am Tag mit den Patienten und die restliche Zeit bin ich damit beschäftigt, Patientenbriefe zu diktieren und vor dem PC zu sitzen“.

Die Ärzte sind sich geschlossen einig darüber, dass diese Situation ein Problem in Deutschland ist, dass es zu viel bürokratische Aufgaben zu erledigen gilt und dabei der Kontakt mit den Patienten auf der Strecke bleibt und dass sie gerne mehr Zeit für ihre Patienten hätten. Frau T. fasst abschließend zusammen „Wenn man so viel Papierkram machen muss, hat man keine Zeit etwas zu lernen und ich habe nicht so lange Medizin studiert um jetzt Sekretärin zu sein!“.

6.7.3 System und Ablauf im Krankenhaus

Wie bereits bei 6.4.5 angesprochen, ist das System und der Ablauf in einem deutschen Krankenhaus für zugewanderte Ärzte zu Beginn eine Quelle vieler Unklarheiten und Probleme.

Die meisten der Ärzte, die am Ärzteprojekt teilgenommen haben, waren bereits in ihrem Heimatland als Arzt tätig und haben gelernt, wie sie sich in bestimmten Situationen zu verhalten haben, welche Aufgaben von ihnen zu erledigen sind, wie ein angemessener Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen, Krankenschwestern und Patienten auszusehen hat, welche Verfahren und

Behandlungen in welchem Fall standardmäßig durchgeführt werden und welche unausgesprochenen Regeln existieren. Diese Aufgaben und Erwartungen sowie der gesamte Klinikablauf können sich von Land zu Land unterscheiden und müssen von den zugewanderten Ärzten in Deutschland zunächst einmal erlernt werden.

Herr W. berichtete in diesem Zusammenhang, dass er vor allem am Anfang Fehler gemacht hat, die nicht das medizinische Wissen, sondern das System und den Ablauf betrafen:

„Ich wusste einfach nicht, wie das System funktioniert, ich wusste zum Beispiel gar nicht, was eine Rehabilitationsklinik überhaupt ist. Wenn ein Patient geht, muss man sich um die Nachsorge kümmern, man muss ihn an eine Reha oder zum Hausarzt überweisen, das wusste ich nicht“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes)

Und auch heute tauchen immer wieder Probleme auf, die den generellen Ablauf im Krankenhaus angehen:

„Es kommen immer wieder Situationen, die neu sind für mich und in denen ich mich falsch verhalte, weil ich es einfach nicht weiß. Zum Beispiel habe ich einen Patienten, der einen Herzinfarkt hatte, auf die Intensivstation verlegt und dachte dann, dass sich die Ärzte dort um den Patienten kümmern, aber ich hätte mich um die Formalitäten kümmern müssen und Papierkram erledigen und Anrufe tätigen müssen und dann war mein Chef wütend“ (Herr W. Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Darüber war Herr W. frustriert und vertrat die Ansicht, dass ihm für den Anfang zu viel Verantwortung übertragen wurde. In der Klinik wurde ihm gesagt, dass er eine Einarbeitungszeit von sechs oder sieben Monaten hätte. Diese Schonfrist war aber bereits nach zwei Monaten vorbei. Herr W. sagte dazu: „Das fand ich nicht gut, es braucht einfach mehr Zeit, bis man das System verstanden hat“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes). Auf die Frage, wie lang es seiner Meinung nach dauert, antwortete Herr W.: „Ich denke man braucht ein Jahr, vielleicht sogar zwei Jahre, um wirklich die Abläufe in einem deutschen Krankenhaus zu kennen“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch für Herr L. war das System in deutschen Kliniken ein großes Thema, zu dem er sich umfassend äußerte:

Ich hätte zu Beginn gern mehr über den Ablauf in deutschen Krankenhäusern gewusst. Die medizinischen Kenntnisse sind überall gleich, aber die Besonderheiten vom deutschen System und der deutschen Behandlung sind unbekannt. In diesem Punkt hätte ich gern von jemandem gehört: Hier in Deutschland machen wir das so und so, oder das und das machen wir nicht in Deutschland“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Wo seine anfänglichen Schwierigkeiten lagen, brachte Herr L., wie bereits zitiert, ziemlich treffend auf den Punkt:

„... wie man sich als Arzt in Deutschland verhalten muss und wie der Ablauf in einem deutschen Krankenhaus ist, das steht in keinem Buch, das ist das, was ich wissen möchte“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch verglich er seine Situation in Deutschland mit der in Frankreich, die sich für ihn wesentlich unproblematischer gestaltete:

„In Frankreich hatte ich kaum Probleme, mein Studium war auf Französisch und das Medizinsystem ist dem in Tunesien sehr ähnlich, ich habe sogar allein Visite gemacht in Frankreich. Aber in Deutschland hatte ich viele Probleme, die Verfahren und das System im Krankenhaus waren mir völlig unklar. Wie läuft es ab in Deutschland? Werden zum Beispiel die gleichen Medikamente verschrieben? Der Patient kommt am Anfang und bezahlt nichts, müssen die Untersuchungen vom Patienten selbst bezahlt werden und ist man deswegen eingeschränkt in diesem Punkt? Geht der Patient nach der Klinik nach Hause, in die Rehabilitationsklinik oder in die Kur und was muss man machen, wo muss man anrufen usw.? Hier gab es viele Unklarheiten und hier macht man viele Fehler am Anfang“ (Herr L. Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Herr L. berichtete von einigen schwierigen Situationen in der Klinik, für die er mangelnde Kenntnisse in Bezug auf den Ablauf und nicht bezogen auf medizinische Kenntnisse verantwortlich machte. Zum Beispiel wurde er von einer Krankenschwester gefragt, ob er Blutkonserven braucht. Daraufhin hat er sie groß angeschaut, aber nicht, weil er nicht wusste, ob er welche braucht oder nicht, sondern weil er nicht wusste, ob Blutkonserven vorrätig sind oder bestellt werden müssen und wenn ja bei wem, ob er sie bestellen muss oder ob die Schwester das macht und wer das zu entscheiden hat. Bevor er sich zu einer Antwort durchringen konnte, winkte die Krankenschwester bereits genervt ab und ging.

Rückblickend sagte Herr L. über seine Anfangszeit in Deutschland:

„Die ersten zwei Monate waren sehr sehr schwer, unglaublich schwer und ich war wirklich demotiviert. Man muss sehr viel in kurzer Zeit lernen. Es ist, wie ins kalte Wasser geworfen zu werden“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Zum Unterpunkt „System und Ablauf im Krankenhaus“ gehören die Aufgaben, die die zugewanderten Ärzte als Assistenzärzte zu erledigen haben. Zu diesen Aufgaben zählen in Deutschland andere als in den Heimatländern der zugewanderten Ärzte. Für Herr W. war das beispielsweise ein Problem: „Ich wusste nicht so richtig, was hier von einem Assistenzarzt erwartet wird und was dessen Aufgaben sind“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

In Deutschland ist es beispielsweise die Aufgabe der Ärzte, Blut abzunehmen und Flexülen zu legen. Alle zugewanderten Ärzte waren sehr verwundert darüber, da diese Aufgaben in ihren Heimatländern von Krankenschwestern erledigt werden. Frau T. sagte dazu: „Überall ist das die Aufgabe von Krankenschwestern, hier in Deutschland machen das die Ärzte“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Und auch Frau Sha. bestätigte diese Aussage und sprach dabei gleich ein Problem an: „Blut abnehmen und sowas, das macht in Russland die Krankenschwester, Ärzte können das nicht“ (Frau Sha., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Wenn ausländische Ärzte nach Deutschland kommen, wird hier jedoch von ihnen erwartet, dass sie Blut abnehmen und Flexülen legen können, was in der Regel nicht zutrifft. Da diese Aufgaben bei Klinikpersonal in Deutschland jedoch als simpel angesehen werden, kommt es zu

Konflikten, wenn zugewanderte Ärzte sie nicht oder nur unzureichend beherrschen. Frau T. berichtete hierzu:

„Man wird gleich für inkompetent gehalten und es gibt Ärger mit den Krankenschwestern und immer wieder Kritik. Man merkt, dass sie denken 'die kann ja noch nicht mal Blut abnehmen'“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Auch wird in Deutschland, anders als in anderen Ländern, erwartet, dass Assistenzärzte in der Lage sind eine Sonographie durchzuführen. Die Teilnehmer des Ärzteprojektes berichteten mehrheitlich, dass solche Untersuchungen bei ihnen ausschließlich von speziell ausgebildeten Ärzten durchgeführt werden. So auch Herr W.:

„Ich muss alle Untersuchungen selbst durchführen, in Afghanistan gibt es Spezialisten, die z.B. Sonographien machen, hier müssen das die Assistenzärzte machen können“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch die Frage, welche Untersuchungen bei Patienten durchzuführen sind und wer darüber die Entscheidungsgewalt inne hat, bereitete einigen Ärzten des Projektes zunächst Schwierigkeiten. Herr W. berichtete, dass in Deutschland immer automatisch alle Untersuchungen gemacht werden, von Sonographie über Röntgen, CT usw. und er zu Beginn davon ausging, dass er dafür die Erlaubnis seines Oberarztes einholen müsse:

„Ich wusste nicht, dass ich als Assistenzarzt entscheiden kann, ob solche Untersuchungen gemacht werden müssen, manche sind ja auch sehr teuer. Ich dachte, das darf nur der Oberarzt entscheiden. Und am Anfang habe ich den Fehler gemacht und habe immer erst nachgefragt, ob ich ein CT machen soll. Mein Oberarzt war sehr wütend darüber und hat mir vorgeworfen, dass ich kein guter Arzt wäre, weil ich bei etwas so Selbstverständlichem nachfrage. Da ist die Medizin in Deutschland und Afghanistan sehr verschieden. Ich halte das auch oft für überflüssig alle Untersuchungen zu machen, wenn eine gute klinische Untersuchung reichen würde. Ehrlich gesagt denke ich, dass solche Untersuchungen auch gemacht werden, um der Klinik Geld einzubringen“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Auch Frau T. sah in puncto Entscheidungsgewalt der Assistenzärzte große Unterschiede zwischen ihrem Herkunftsland und Deutschland:

„In Albanien darf ein Assistenzarzt nichts selbst entscheiden, in Deutschland entscheiden Assistenzärzte alles selbst, die Medikamente, die Behandlung usw. Es gibt kaum eine Kontrolle von Seiten der Oberärzte“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Und auch in Bezug auf die durchzuführenden Untersuchungen schloss sie sich der Meinung von Herr W. an:

„Die Untersuchungen werden in Deutschland alle von der Krankenkasse bezahlt, deswegen werden auch immer alle Untersuchungen gemacht, kein Problem. In Albanien muss man sehr vorsichtig sein, welche Untersuchungen man macht, weil die teuer sind“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

6.7.4 Verhalten, Vorurteile und Rassismus

Worüber sich die Teilnehmer des Ärzteprojektes zudem mehrheitlich einig waren und was sie sehr bedauerten war die Arbeitsatmosphäre in deutschen Kliniken, sowie ein bestimmtes, negatives Verhalten ihnen, als Ausländern, gegenüber.

Die Distanz zwischen Deutschen und Ausländern wurde als sehr groß empfunden. Sie wurde im alltäglichen Leben beobachtet und erfahren, spiegelte sich aber auch im Klinikalltag wieder. Herr L. stellte hierzu fest: „Es gibt eine Segregation zwischen Ausländern und Deutschen, das zeigt sich auch im Krankenhaus“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes). Im besten Fall wurde das Verhalten unter Mitarbeitern als kollegial, aber nicht freundschaftlich bezeichnet. Es fielen jedoch auch Äußerungen wie: „Die deutsche Mentalität ist böse und streng“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Frau T. arbeitete in ihrer Anfangszeit in einer Klinik in Brandenburg und machte dort viele schlechte Erfahrungen. So berichtete sie etwa, dass in Deutschland eine deutliche größere Distanz zwischen Kollegen herrsche und der Umgang viel formaler sei, als in ihrem Herkunftsland Albanien. Auch sei es in Deutschland kaum möglich Freundschaften unter Mitarbeitern zu schließen. Von ihrer Klinik in Brandenburg berichtete sie beispielsweise, dass es in der Mittagspause zwei getrennte Tische gab, an einem saßen nur deutsche und an dem anderen nur ausländische Ärzte.

Auch Herr W. verglich die Arbeitsatmosphäre in deutschen Kliniken mit der in seinem Herkunftsland Afghanistan. Er berichtete, dass Kollegen sich dort stets behilflich seien und es beim Arbeiten oft lustig zuginge und gelacht werde. Auch entstehen eher Freundschaften unter den Kollegen. Im Vergleich dazu empfand er die Arbeitsatmosphäre in Deutschland als negativ: „Die Deutschen sind immer ernst, die Deutschen sind wie Roboter und jeder denkt nur an sich“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Bereits zu Beginn des Ärzteprojektes wurde von Seiten eines Dozenten bekundet, dass die Integration eines Arztes in die Arbeitsgemeinschaft zu einem großen Teil von der Einstellung und dem Verhalten des Chefarztes ihm gegenüber abhängig ist. Diese These wurde im Verlauf des Projektes wiederholt bestätigt. Im Fall von Herr L. wirkte sich der Einfluss des Chefarztes beispielsweise positiv aus. Für seinen Chefarzt war er der erste ausländische Assistenzarzt. Herr L. hatte das Gefühl, dass er am Anfang skeptisch und etwas misstrauisch war und ihn genau beobachtete, um zu sehen, was er kann und wie gut er ist. Nachdem diese „Phase des Austestens“ überstanden war, beschrieb Herr L. seinen Chefarzt als sehr nett und unterstützend und kam zu dem Schluss: „Der Chefarzt, vor allem, aber auch der Oberarzt erleichtert oder erschwert das Arbeiten eines ausländischen Arztes wirklich sehr“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Generell ist festzuhalten, dass Probleme für die zugewanderten Ärzte hauptsächlich in der Interaktion mit Vorgesetzten, Kollegen und vor allem mit Krankenschwestern und nicht beim Umgang mit Patienten auftraten. Kaum einer der Ärzte des Projektes beschwerte sich über Schwierigkeiten mit Patienten. Frau Sha. verneinte die Frage, ob es denn schon mal Probleme mit Patienten gab, beispielsweise mit Nachdruck und sagte: „Die deutschen Patienten sind sehr geduldig mit ausländischen Ärzten“ (Frau Sha., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Auch Frau T. hatte kaum Probleme mit Patienten, ebenso wie Herr W. Zwar reagierten die

Patienten meist überrascht, wenn sie erfuhren, dass er aus Afghanistan kommt und in einigen Fällen waren sie erstaunt, dass man auch in diesem Land, das sie hauptsächlich mit Krieg in Verbindung brachten, Medizin studieren kann. Die Patienten waren ihm gegenüber jedoch nicht ablehnend, sondern vielmehr interessiert. Im Allgemeinen waren sie sehr zufrieden mit ihm, was seiner Meinung nach daher rührte, dass es ihnen darauf ankommt, wie sie behandelt werden, ob der Arzt sich bemüht und Zeit für sie hat.

Im Gegensatz dazu war es primär die Interaktion mit Krankenschwestern, die als problematisch und konfliktträchtig beschrieben wurde. Auch mit den Oberärzten und den Kollegen gab es immer wieder einmal Konflikte, aber nicht im selben Ausmaß wie mit den Schwestern. Bereits im Grundlehrgang thematisierte Frau R. diesen Punkt ausführlich und meinte, man müsse sehr kämpfen, um von den Schwestern respektiert zu werden und das genaue Mittelmaß zwischen Freundlichkeit und Autorität finden, um ernst genommen zu werden. Auch Frau T., Herr L. und Herr W. unterhielten sich ausgiebig über die Beziehungen zu den Krankenschwestern, die sie als schwierig erachteten. Für Frau T. lag das Problem darin begründet, dass die Krankenschwestern in Deutschland nicht so gut ausgebildet seien, wie sie das in ihrem Heimatland gewohnt war und dass man ihnen immer alles lang und breit erklären müsse. Die anderen stimmten ihr zu und beschwerten sich, dass sich die Schwestern nichts sagen lassen wollten, Anordnungen bzw. Aufträge kritisierten oder solange verschleppten, bis die Ärzte es aus Sorge um den Patienten doch selbst erledigten. Alle waren außerdem der Meinung, dass sich die Schwestern ausländischen Ärzten gegenüber mehr herausnehmen und ihnen weniger Respekt entgegenbringen würden als deutschen Ärzten. Herr L. erzählte daraufhin, dass sein Chefarzt die Krankenschwestern zu Beginn darum gebeten habe, langsam und deutlich mit ihm zu sprechen. Mittlerweile arbeitet Herr L. bereits seit einigen Monaten in dieser Klinik und sein Deutsch hat sich sehr verbessert. Die Schwestern sprechen jedoch nach wie vor übermäßig langsam mit ihm und er hat das Gefühl, dass sie ihn nicht für voll nehmen. Selbst Frau Sha., die in Deutschland bisher ausschließlich ein Praktikum gemacht und noch nicht als Ärztin gearbeitet hat, berichtete, dass in ihrer Klinik alle Assistenzärzte Probleme mit den Krankenschwestern hätten und ihr geraten wurde, darauf zu achten, dass sie von ihnen respektiert werde.

Eine weitere Problematik, der sich die ausländischen Ärzte stellen mussten, waren Vorurteile und Rassismus, mit denen sie in der Klinik konfrontiert wurden. Vor allem Frau T. hatte damit ihre Erfahrungen gemacht. Als Ausländerin fühlte sie sich in ihrer Klinik deutlich anders behandelt und hatte mit vielen Vorurteilen vom Chefarzt, von Kollegen und Krankenschwestern zu kämpfen. Ihren Oberarzt beschrieb sie als offensichtlich rassistisch:

„Wenn man als ausländische Ärztin etwas falsch macht, dann heißt es gleich, das war ja klar... Vorurteile und Benachteiligungen waren in der Klinik ganz alltäglich und normal und es wurde noch nicht einmal versucht, das diskret zu machen, das wurde ganz offensichtlich gemacht“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Frau T. hatte zu dieser Thematik einiges zu erzählen. Zum Beispiel in der Anfangszeit, als sie gerade in Deutschland angekommen war und in ihrer ersten Klinik arbeitete, kam eine Krankenschwester auf sie zu und wollte Geld einsammeln für Brötchen und Kaffee für die Pausen. Frau T. gab ihr das gewünschte Geld. Als später alle, der Chefarzt, der Oberarzt, die Kolle-

gen und Schwestern beim Essen zusammen saßen, setzte sich Frau T. dazu und nahm sich ein Brötchen, daraufhin rief besagte Krankenschwester empört, warum Frau T. sich einfach ein Brötchen nehme, obwohl sie sich doch geweigert hätte etwas zu bezahlen. Frau T. erinnerte sich noch gut daran wie es ihr die Sprache verschlug und wie die Anwesenden missbilligend mit den Köpfen schüttelten. Ein anderes Mal grüßte Frau T. am Morgen eine Krankenschwester, als diese nicht reagierte, wiederholte Frau T. ihren morgendlichen Gruß. Die Krankenschwester schaute daraufhin genervt auf und sagte „Ach, eine Schwarzhaarige hab’ ich heute schon begrüßt!“. Besonders schlecht behandelt wurde ein Assistenzarzt aus Griechenland, Frau T. nahm an, auf Grund der Krise in Griechenland und berichtete: „Einmal hat die Krankenschwester sogar zum Chefarzt gesagt: Sie müssen den griechischen Assistenzarzt feuern, der benutzt zu viel Klopapier“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Mit Frau T. arbeiteten etwa dreißig ausländische Assistenzärzte in dieser Klinik, die jedoch nach ihren Angaben auf Grund von Diskriminierung alle sehr schnell ihre Stelle kündigten und einen neuen Arbeitsplatz suchten.

Frau T. vertrat darüber hinaus die Auffassung, dass bei der Ausbildung eine Ungleichbehandlung von deutschen und ausländischen Assistenzärzten existiere. Deutsche Assistenzärzte würden gefördert, sie durchliefen das Rotationssystem (siehe 6.6.3) und erlernten Untersuchungen, die für die Facharztausbildung notwendig sind, wie Langzeit-EKGs, Funktionsdiagnostik usw. Sie würden auf dem Weg ihrer medizinischen Ausbildung voran gebracht. Im Unterschied dazu würden ausländische Assistenzärzte ihrer Meinung nach nicht gefördert. Man ließe sie nur die „einfachen Arbeiten“ machen, wie Blut abnehmen, Flexülen legen und Stationsarbeit erledigen. Auch das Rotations-System fände bei ihnen keine Anwendung. So arbeitete Frau T. sechs Monate in der Rettungsstelle, während alle deutschen Assistenzärzten lediglich einen Monat hier eingesetzt wurden. Auf der Wachstation durfte sie daraufhin nur eine Woche arbeiten und musste dann für einen deutschen Assistenzarzt Platz machen, der die nächsten drei Monate dort tätig sein konnte.

Frau T. war auch davon überzeugt, dass man als ausländischer Arzt mit Missgunst und Neid zu kämpfen habe, wenn man sich als fähiger als die deutschen Kollegen erweist. Deshalb müsse man sich manchmal zurücknehmen um Konflikte zu vermeiden. So bekam sie nach eigenen Aussagen auch schon mal Aufträge von Vorgesetzten, die sie schlicht für das falsche Vorgehen hielt. Sie musste lernen, nicht zu widersprechen und alles genau zu dokumentieren, damit Fehler im Nachhinein nicht auf sie zurückfallen. Ein deutscher Oberarzt sagte in diesem Zusammenhang zu Frau T., dass sie als ausländische Assistenzärztin das „letzte Tier in der Fresskette wäre“ und stets darauf achten müsse, sich zu schützen. Abschließend sagte Frau T. zu diesem Thema:

„Was ich mir wünschen würde, ist eine gleiche Behandlung wie ein deutscher Assistenzarzt, die werden jedoch ganz offensichtlich und gar nicht elegant bevorzugt. Im Endeffekt werden ausländische Ärzte nicht zum Weiterbilden nach Deutschland geholt, sie suchen keine Assistenzärzte, sie suchen einfach Arbeitskräfte!“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

6.7.5 Private und persönliche Probleme

Zusätzlich zu den Problemen, die auf ausländische Ärzte im Arbeitsalltag und in den Kliniken zukommen, sind sie einer Reihe von persönlichen Stressfaktoren ausgesetzt.

Vorab ist erneut darauf zu verweisen, dass alle ausländischen Ärzte in Deutschland in der Regel zunächst wieder als Assistenzärzte, also in der Hierarchie ganz unten, zu arbeiten beginnen. Wenn man bedenkt, dass einige der zugewanderten Ärzte in ihrem Herkunftsland bereits eine Facharztausbildung abgeschlossen haben, über jahrzehntelange Berufserfahrung verfügen oder gar Chefarzt waren, ist eine gewisse Frustration durchaus nachzuvollziehen. Auch für Herr L. war dieser Umstand schwer verständlich:

„Egal ob Facharzt oder Chefarzt, alle Ärzte fangen wieder als Assistenzarzt an, das ist doch komisch. Das ist für uns sehr demotivierend und sehr frustrierend!“
(Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Aber auch aus anderen Gründen war Herr L. gerade zu Beginn häufig frustriert. Er fühlte sich in seiner Klinik nicht ernst genommen und hatte das Gefühl, für inkompetent gehalten zu werden. Herr L. erinnerte sich an eine Situation, in der ihn eine Krankenschwester fragte, ob sie dem Patienten „MCP“ (Metoclopramid, ein Mittel gegen Übelkeit) geben könne. Da Herr L. diese Abkürzung nicht kannte, stutzte er zunächst und fragte dann zurück um was für ein Medikament es sich bei „MCP“ handelt. Daraufhin schaute die Krankenschwester ihn entsetzt an und Herr L. hatte das Gefühl, dass sie ihn von da an bei Fragen einfach übergang und sich stattdessen an andere Assistenzärzte wandte.

Für Herr L. waren die ersten Wochen und Monate besonders schwer und er sagte von sich, dass er bereits nach drei Wochen in Deutschland einfach nicht mehr wollte. Wenn er nicht Herr W. und Herr S. kennen gelernt hätte, mit denen er sich austauschen konnte und die ihm Mut gemacht haben, wäre er direkt zurück nach Frankreich gegangen.

Auch andere Teilnehmer des Projektes kannten dieses Gefühl der Frustration sehr gut, beispielsweise Herr W., dessen Oberarzt manche Schwierigkeiten von Herr W. überhaupt nicht nachvollziehen konnte und diese als Unwissen und Inkompetenz interpretierte. Anstatt als Ansprechpartner zu fungieren, konnte Herr W. ihm kaum eine Frage stellen, ohne dass dieser genervt oder wütend reagierte.

Zur Frustration kam in vielen Fällen ein Gefühl der Isolation hinzu. Einige der Ärzte kamen gemeinsam mit ihrem Partner oder der Familie nach Deutschland, andere waren hingegen auf sich allein gestellt. Getrennt von der Familie und dem Freundeskreis, die einige der Ärzte seit Jahren nicht besuchen konnten, war das Heimweh zum Teil groß.

Gerade unter den jüngeren Ärzten, die unverheiratet und alleinstehend waren, gab es des Öfteren Unterhaltungen über die Deutschen. Dass sie sehr verschlossen seien und es mehr als schwer wäre, deutsche Freunde zu finden, war hierbei Konsens. Bei genauerem Nachfragen stellte sich heraus, dass keiner von ihnen mit einem Deutschen befreundet war. Herr W., der nun das vierte Jahr in Deutschland lebte, erzählte von seinen Bemühungen, Anschluss zu finden. Er war in verschiedenen Vereinen und ging eine Zeit lang regelmäßig in die Kirche. Als ihn das alles nicht weiter brachte, gab er schließlich auf. Frau T. konnte das nur bestätigen, auch sie habe irgendwann aufgegeben und aufgehört, sich um deutsche Freunde zu bemühen.

Stattdessen baute sie sich ein Netzwerk an ausländischen Freunden auf, mit denen es ihrer Meinung nach so viel einfacher sei, in Kontakt zu kommen. Auch Herr L. sprach von einer Barriere zwischen Deutschen und Ausländern in Deutschland und er erlebte die Deutschen als reserviert und distanziert.

Herr W. und Frau T. waren sich einig, dass sie irgendwann gern in einer großen Stadt in Deutschland leben und arbeiten wollen, und zwar weil es dort auch mehr Ausländer gibt und sie sich hiervon ein angenehmeres Sozialleben erhoffen.

Auch die anderen Teilnehmer des Ärzteprojektes, die teilweise schon jahrelang in Deutschland leben, gemeinsam mit ihren Ehepartnern oder Familien, hatten alle keine deutschen Freunde. Wie Frau K., die bereits seit 15 Jahren in Deutschland lebt und berichtete, dass sie leider keine einzige deutsche Freundin hat und auch noch nie hatte: „Die Deutschen verstehen uns nicht, nicht wegen der Sprache, wir sind fremde Leute für die Deutschen“ (Frau K., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

6.7.6 Äußere Gegebenheiten

Auch gewisse äußere Umstände, mit denen zugewanderte Ärzte in Deutschland konfrontiert werden, bereiten ihnen Probleme und werden aus diesem Grund hier thematisiert.

Zunächst ist hierbei auf die Arbeitssituation der Ärzte zu verweisen. Auf der einen Seite ist die Arbeitsbelastung in den Kliniken hoch, auf der anderen Seite leben und arbeiten die Ärzte meist mitten auf dem Land.

Die hohe Arbeitsbelastung geht einerseits zu einem gewissen Teil mit der medizinischen Profession einher, andererseits gibt es in den Kliniken, vor allem im ländlichen Bereich, oftmals wenig Personal. Das bedeutet für die Ärzte viele Überstunden, die in der Regel nicht bezahlt werden.

Frau P. war auf ihrer Station beispielsweise lange Zeit die einzige Ärztin, sie hatte lediglich eine Krankenschwester, mit deren Hilfe sie 42 Patienten zu versorgen hatte. Frau Ch. und Frau T. waren als Assistenzärzte allein für 35 Patienten verantwortlich und ihre Oberärztin war kaum anwesend. Für Frau T. war mit dieser Situation teilweise überfordert:

„Und wenn eine von uns ausfällt, dann hat man 35 Patienten allein zu versorgen. Das ist unglaublich, das ist der Wahnsinn. Am Ende mache ich mich kaputt“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Die starke Arbeitsbelastung wirkte sich auch das Ärzteprojekt aus. So konnte Frau R. die gesamte Prüfungsvorbereitungszeit nicht am Unterricht teilnehmen, da sie auf ihrer Station die einzige Ärztin ist und es schlicht unmöglich für sie war, drei Wochen frei zu bekommen. Auch im Fall von Frau S. und Herr T. verhielt es sich ähnlich. Da beide in der selben Klinik arbeiten und nur einer von beiden vom Dienst freigestellt werden konnte, war es für Frau S. nur möglich an der Prüfungsvorbereitung teilzunehmen, da ihr Kollege, Herr T. verzichtete. Doch selbst nach dieser Vereinbarung musste Frau S. innerhalb der drei Wochen mehrfach Dienst machen. So fuhr sie beispielsweise nach dem Unterricht am Freitag direkt in ihre Klinik um in der Nacht, sowie Samstag, Sonntag und Montag zu arbeiten.

Da der Ärztemangel in ländlichen Bereichen besonders gravierend ist, werden hier auch verstärkt Ärzte gesucht. So war es nicht weiter verwunderlich, dass die ausländischen Ärzte zum

großen Teil in abgelegenen, ländlichen Gebieten arbeiteten. Dies sorgte bei vielen der zugewanderten Ärzte für Unmut und wurde des öfteren diskutiert. Die Ärzte waren sich einig darüber, dass die Landschaft und die Natur zwar sehr schön seien, es aber abgesehen davon nichts gebe, zum Teil noch nicht mal einen Supermarkt. Da die ausländischen Ärzte oft keinen in Deutschland gültigen Führerschein hatten, gestaltete sich so bereits das Einkaufen schwierig. Die Ärzte beklagten, dass es auf dem Land doch ziemlich langweilig sei und wunderten sich nicht, dass hier keine deutschen Ärzte arbeiten wollen.

Frau T. kam beispielsweise aus Tirana, der Hauptstadt Albaniens zunächst nach Brandenburg und daraufhin in einen kleinen Kurort in Thüringen mit 300 Einwohnern. Auch Frau Sha. lebt und arbeitet in einem Ort mit weniger als tausend Einwohnern. Herr S., nahm dagegen täglich einen langen Anfahrtsweg auf sich, um in einer etwas größeren Stadt leben zu können. In der Klinik von Frau Shn. wohnten die Ärzte unter der Woche direkt bei der Klinik, fuhren aber am Wochenende nach Hause. So freute sich Frau Shn. nach ihrer Arbeitswoche darauf, die Vorzüge einer Stadt genießen zu können, und nahm dafür lange Fahrten am Wochenende in Kauf.

Weitere äußere Gegebenheiten, die die Situation von zugewanderten Ärzten erschweren können, sind die Schnellebigkeit der Medizin sowie der sogenannte „bürokratische Dschungel“ in Deutschland.

Die Medizin, wie sie in Deutschland praktiziert wird, ist unglaublich schnelllebig. Leitlinien, Verfahren, Medikamente, bestimmte Untersuchungen usw. unterliegen einem rasanten Wandel, entwickeln und verändern sich. Das zeigte sich im Unterricht, etwa als Herr S. in der Prüfungsvorbereitungszeit die neuen Leitlinien bei Diabetes vorstellte, die im Grundlehrgang noch nicht existierten. Die Notwendigkeit neue Entwicklungen in der Medizin mitzuverfolgen und sich fortzubilden, erschwerte den Berufseinstieg besonders für die zugewanderten Ärzte, die längere Zeit nicht in ihrem eigentlichen Beruf tätig waren und für die, welche die ersten Monate nach ihrer Ankunft in Deutschland mit Sprach- und Integrationskursen verbracht hatten. Da sie auch an den medizinischen Fortbildungen, die für Ärzte jährlich in einer bestimmten Anzahl vorgeschrieben sind, nicht teilnehmen konnten, waren sie schnell nicht mehr auf dem neuesten Stand.

Vielen zugewanderten Ärzten bereitete es Schwierigkeiten sich im deutschen Arbeitsmarkt zurechtzufinden. Gründe hierfür sind ein mangelhaftes Informationsangebot und schwer zu durchschauende gesetzliche Regelungen. In diesem Zusammenhang wird von einem bürokratischen Dschungel gesprochen, durch den sich zugewanderte Ärzte kämpfen müssen, bevor sie eine Tätigkeit aufnehmen können. So berichtete etwa Frau Shn., dass es für ausländische Ärzte sehr schwer sei, wenn sie in Deutschland ankommen, weil sie keine Informationen haben, nicht wissen, wohin und an wen sie sich wenden können und welche Schritte unternommen werden müssen. Die Ärzte gaben an, dass sie viele Informationen über Mund-zu-Mund-Propaganda von anderen ausländischen Ärzten oder auch erst mit der Zeit und durch Zufall erfahren haben.

In diesem Kapitel wurde ausführlich auf die Probleme und Schwierigkeiten eingegangen, die auf zugewanderte Ärzte im deutschen Arbeitsleben zukommen. Zunächst wurde auf die Bedeutung der sprachlichen Verständigung und die Probleme, die mangelhafte Sprachkenntnisse

nach sich ziehen, verwiesen (6.7.1). Daraufhin wurden bei 6.7.2 bürokratische Aufgaben, allen voran das Diktieren von Patientenbriefen, als potentielle Quelle von Problemen genannt. Anschließend standen das System und die Abläufe im Krankenhaus (6.7.3) im Fokus, die für die zugewanderte Ärzte zum großen Teil unbekannt und unklar waren. Was die Situation von zugewanderten Ärzten des Weiteren erschwerte, war das Verhalten ihnen gegenüber sowie die Vorurteile und der Rassismus, denen sie in den Kliniken ausgesetzt waren und denen bei 6.7.4 nachgegangen wurde. Hinzu kamen darüber hinaus private und persönliche Probleme, die bei 6.7.5 thematisiert wurden. Abschließend wurde auf äußere Gegebenheiten (6.7.6) eingegangen, die ausländischen Ärzten zusätzlich Schwierigkeiten bereiteten.

Im folgenden Kapitel soll nun erörtert werden, inwieweit kulturspezifische Faktoren im Arbeitsalltag der zugewanderten Ärzte von Bedeutung sind.

6.8 Kulturspezifische Faktoren

Kulturspezifische Faktoren werden definiert als kulturell geprägte Vorstellungen, die mit dem Arztberuf verknüpft werden und sich auf die Interaktion mit Patienten, Angehörigen und Kollegen auswirken. Im Folgenden wurden diese als kulturelle Unterschiede thematisiert. Kulturelle Unterschiede wurden hierbei von den zugewanderten Ärzten in der Interaktion mit Kollegen, Patienten und Angehörigen selbst erfahren und beschrieben. Darüber hinaus wurden kulturelle Unterschiede von Dozenten festgestellt oder zeigten sich im Unterricht des Ärzteprojektes.

6.8.1 Die Interaktion mit Patienten

Zunächst ist auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient einzugehen, das je nach Kontext mehr oder weniger stark hierarchisch aufgebaut sein kann. Zur Situation in Deutschland haben sich die zugewanderten Ärzte recht einheitlich geäußert. Frau T. war beispielsweise erstaunt darüber, dass Patienten in Deutschland Diagnosen und Untersuchungen anzweifeln und hinterfragen oder sich sogar weigern, auf eine bestimmte Art und Weise behandelt zu werden. Für sie war es völlig neu, lang und breit mit einem Patienten zu diskutieren und diesen erst von den Vorteilen einer Behandlung überzeugen zu müssen. Frau T. interpretierte dieses Verhalten der Patienten als wenig vertrauensvoll den Ärzten gegenüber. Offenbar ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die Frau T. aus ihrem Heimatland Albanien gewohnt war, von einer stärkeren Hierarchie geprägt als die in Deutschland. Auch Frau P. und Herr L. waren einer Meinung, dass Ärzte in Deutschland weniger als Autorität wahrgenommen und ihre Anordnungen nicht unhinterfragt befolgt werden. Auch Herr K. verwies in seinem Unterricht auf den Status des Arztes, der kulturell unterschiedlich ist:

„In anderen Ländern ist der Arztberuf noch sehr hoch angesehen oder hat noch einen ganz anderen Status als bei uns mittlerweile. Bei uns wird das viel mehr in Richtung Dienstleistung abgetan, von vielen Patienten auch, das merkt man richtig in den letzten Jahren. Was nicht dramatisch ist, aber in vielen anderen Ländern ist das wirklich so, dass eine ganz klare Hierarchie besteht zwischen Arzt und Patienten. Und bestimmte Verhaltensweisen kann man [als Arzt] hier einfach nicht bringen, kann man hier nicht an den Tag legen“ (Herr K., Dozent).

Bei genauerem Nachfragen, welche Verhaltensweisen damit gemeint waren, berichtete Herr K. von einer ehemaligen ausländischen Kollegin, die für seinen Geschmack etwas ruppig mit den Patienten umgegangen ist.

Kulturelle Unterschiede wurden von den zugewanderten Ärzten des Weiteren in puncto „Arzt-Konsum“ der Patienten festgestellt. Hiermit sind die Häufigkeit und die Gründe gemeint, mit denen ein Arzt oder eine Klinik in Deutschland aufgesucht wird. Einige der Ärzte wunderten sich darüber, dass die Deutschen auch bei Kleinigkeit immer gleich zum Arzt oder sogar ins Krankenhaus gehen. So Frau T., die dieses Verhalten mit dem in ihrem Heimatland verglich und zu dem Schluss kam, dass die Menschen hier deutlich häufiger einen Arzt aufsuchen und auch bei Kleinigkeiten sehr besorgt sind und Angst haben, dass es etwas Ernsthaftes sein könnte. Sie berichtete von einer Patientin, die zu ihr in die Klinik kam, da sie seit einigen Stunden unter Verstopfung litt. Daraufhin bekam die Patientin einen Einlauf verordnet. Eine Woche später stand dieselbe Patientin mit denselben Beschwerden wieder vor der Tür und bekam aufs Neue einen Einlauf. Frau T. wunderte sich, warum die Patientin nicht einfach einen Tag abwartete und sagte scherzhaft: „Kommt sie ins Krankenhaus um hier aufs Klo zu gehen?“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes). Herr L. berichtete von einer ähnlichen Situation, in der ein Patient zu ihm in die chirurgische Abteilung kam und ganz beunruhigt war, weil er seit dem vorherigen Tag keinen Stuhlgang mehr hatte. Herr L. konnte darüber nur den Kopf schütteln.

Ein weiterer Unterschied, der von den meisten Teilnehmern des Ärzteprojektes thematisiert wurde, war die Nicht-Akzeptanz von Alter und Gebrechlichkeit, sowie eine große Angst vor dem Tod auf Seiten der (deutschen) Patienten. Frau P., die in einer Rehabilitationsklinik arbeitete und auch viele sehr alte Patienten behandelte, äußerte ihr Unverständnis darüber, dass einige der Patienten erwarten, dass ihr Körper problemlos zu funktionieren habe. Dabei zögen sie ihr Alter überhaupt nicht in Betracht und bewerteten ihre Genesung nicht in Relation zu ihrem Alter. Frau T. war auch der Ansicht, dass die Menschen in Deutschland Krankheit und Tod nur sehr schwer akzeptieren und am liebsten ewig leben wollen. In diesem Zusammenhang berichtete sie von einem 92-jährigen Patienten mit Leber-Problemen, der sich sehr wunderte, dass seine Leber nicht mehr so funktionierte wie früher. Er erwartete, dass nach der Behandlung alles wieder in beste Ordnung käme. Frau T. sagte dazu kopfschüttelnd:

„Da wundere ich mich, dass der Mann nicht Gott auf Knien dankt, dass seine Leber in diesem Alter überhaupt noch so gut funktioniert“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Darüber hinaus fiel es einigen der zugewanderten Ärzten sehr schwer, ihren Patienten mitzuteilen, dass man nichts mehr für sie tun kann und sie sterben werden. In Deutschland ist es üblich, dass der Arzt seinen Patienten genau über dessen Situation und Aussichten aufklärt und ihm dies in klaren Worten vermittelt. Diese Vorgehensweise unterschied sich zum Teil sehr von dem, was die Ärzte aus ihren Herkunftsländern kannten.

Für Herr W. war dieses Vorgehen beispielsweise neu, in Afghanistan mussten lediglich die Angehörigen über den genauen Zustand des Patienten aufgeklärt werden. Diese setzten dann wiederum den Patienten davon in Kenntnis. Dass man solch eine schlechte Nachricht den Patienten in Deutschland direkt mitteilen muss, fiel Herr W. gerade zu Beginn äußerst schwer,

da er nicht wusste, wie er dem Patienten sagen kann, dass er sterben wird und wie er mit den Reaktionen des Betroffenen umgehen soll. Als ihn ein Patient zum ersten Mal fragte, wie es um ihn stehe und ob er sterben müsse, verneinte Herr W. diese Frage, weil er es nicht übers Herz brachte, seinem Patienten die Wahrheit zu sagen. Auch heute ist es für ihn nach wie vor eine schwierige Situation, weil die Patienten in der Regel sehr traurig und aufgelöst reagieren. Bei Frau T. verhielt es sich ähnlich, auch in ihrem Herkunftsland Albanien wird dem Patienten nicht direkt gesagt, dass er sterben muss, sondern es wird auch dort der Umweg über die Angehörigen genommen. Gegenüber Patienten machten Ärzte nur Andeutungen über die Ernsthaftigkeit ihres Zustandes und diese wussten daraufhin Bescheid. Dass man den Patienten in Deutschland diese Nachricht direkt und mit deutlichen Worten mitteilen muss, fiel auch ihr sehr schwer. Frau T. war es bereits öfter passiert, dass sie mit einem Patienten oder dessen Angehörigen gesprochen hat, um sie über die Situation aufzuklären und die schlechte Nachricht mitzuteilen. Am darauf folgenden Tag wussten besagte Personen nichts mehr davon und behaupteten, nicht aufgeklärt worden zu sein. Scheinbar hatten sie die Tragweite der Unterhaltung nicht verstanden, vermutlich weil Frau T. in ihrer Wortwahl nicht deutlich genug war und nur andeutete, um was es konkret ging.

Ein weiterer kultureller Unterschied in Bezug auf die Interaktion mit Patienten ging aus geschlechtsspezifischen Unterschieden die medizinische Tätigkeit betreffend hervor. Diese Problematik wurde lediglich von Herr W. angesprochen, für die anderen Ärzte war diese Thematik weniger relevant. Herr W. arbeitete als junger Assistenzarzt in Afghanistan ausschließlich mit männlichen Patienten. Weibliche Patientinnen wurden in der Frauenabteilung, getrennt von der Männerabteilung, untergebracht und wurden ausnahmslos von Ärztinnen oder von Ärzten in fortgeschrittenem Alter behandelt und untersucht. In Deutschland angekommen musste Herr W. als Assistenzarzt jedoch auch Frauen untersuchen, was ihm Schwierigkeiten bereitete:

„Das war mir sehr sehr unangenehm Frauen zu untersuchen! Zum Beispiel muss man sich die Beine anschauen, man muss das Herz abhören und den Bauch abtasten, das war mir am Anfang sehr unangenehm!“ (Herr W., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Noch schwerer fiel es ihm, rektale und genitale Untersuchungen an Patientinnen durchzuführen. Das war ihm nach eigenen Angaben mehr als unangenehm und sehr peinlich. Als er in einer deutschen Klinik zum ersten Mal eine Patientin rektal untersuchen sollte, konnte er es einfach nicht und holte den Oberarzt. Dieser reagierte daraufhin äußerst wütend, warf Herr W. Inkompetenz vor und konnte nicht verstehen, warum er die Patientin nicht untersuchen wollte.

Abschließend sollen beispielhaft zwei Situationen geschildert werden, in denen das Verhalten des Arztes gegenüber seinem Patienten von dem Verhalten abwich, das in Deutschland für angebracht erachtet und von einem Arzt erwartet wird.

Die erste Gegebenheit wurde von Herr W. berichtet. Er erkundigte sich ob es in Ordnung sei, das Alter von Patientinnen zu erfragen. Dies wäre für die Anamnese-Erhebung wichtig, einige Patientinnen reagierten jedoch verstimmt auf diese Frage. Herr W. wollte des Weiteren wissen, wie er höflich sagen kann, dass eine Patientin zu viel wiegt und abnehmen muss. In diesem Zusammenhang erzählte er von einem Bekannten aus Afghanistan, der wie er als Arzt

in Deutschland arbeitet. Dieser sagte zu einer sehr dicken Patientin, dass sie „fett“ sei und abnehmen müsse, worauf die Patientin äußerst verärgert reagierte. Dieser Kollege beriet sich darüber mit Herr W. und beide konnten nicht verstehen, weshalb die Patientin so wütend war. Herr W. wurde dies betreffend geraten, in Zukunft „übergewichtig“ oder „adipös“ zu sagen, da das Wort „fett“ in Deutschland negativ besetzt ist, was weder Herr W. noch dessen Kollegen bewusst war.

Die andere Situation spielte sich im Unterricht des Ärzteprojektes ab. Die Ärzte waren angehalten, sich in Zweiergruppen zusammenzutun und ein Rollenspiel zwischen Arzt und Patient zu mimen. Frau Shn. gab sich als Patientin aus, die mit Heiserkeit und Halsschmerzen Frau M., ihre Ärztin, aufsuchte. Nach einer kurzen Begrüßung erkundigte sich diese kurz angebunden aus welchem Grund Frau Shn. hier sei. Daraufhin tastete sie ungefragt und etwas grob zunächst den Hals von Frau Shn. ab, um anschließend ebenso ungefragt Achseln und Brüste abzutasten. Im Anschluss an das Rollenspiel wurde Frau M. darauf hingewiesen, dass dieses Verhalten nicht angemessen sei, da der Patient stets darauf hingewiesen werden muss, bevor man ihn berührt und was man mit ihm vorhat.

6.8.2 Die Interaktion mit Angehörigen

Kulturelle Unterschiede wurden von den zugewanderten Ärzten auch im Umgang mit den Angehörigen von Patienten festgestellt.

Frau T. war zum Beispiel verwundert über das Verhalten von manchen Angehörigen in Deutschland, die kaum zu Krankenbesuchen ins Krankenhaus kommen. In ihrem Heimatland Albanien sind hingegen immer Angehörige zu Besuch bei den Patienten. Das ist für die Ärzte zum Teil stressig und bedeutet mehr Arbeit, weil man als Arzt ständig etwas gefragt wird und viel erklären muss, dennoch bevorzugte Frau T. diese Situation im Vergleich zu der in Deutschland und sagte:

„In Deutschland kommt keiner, das ist für die Ärzte schon bequemer, aber ich finde es wirklich schrecklich für die Patienten wenn kein Besuch kommt“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Bestürzend war für sie das Verhalten von Angehörigen sterbenden Patienten gegenüber. Wenn Angehörige in Deutschland mitgeteilt bekommen, dass ein Familienmitglied demnächst sterben wird, lassen sie diese häufig dennoch im Krankenhaus, obwohl sie wissen, dass man nichts mehr tun kann. So ein Verhalten kannte Frau T. aus ihrem Heimatland nicht. Wenn man den Angehörigen dort klar macht, dass man nichts mehr tun kann, nehmen diese ihre kranken Angehörigen in der Regel mit, damit sie zu Hause in vertrauter Umgebung und im Kreis der Familie sterben können.

Frau T. hatte darüber hinaus mehrfach erlebt, dass todkranke Menschen von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht wurden, obwohl ihnen vorab klar war, dass die Ärzte nichts mehr tun konnten. Solch ein Verhalten war für Frau T. völlig unverständlich:

„Warum bringen sie ihre Angehörigen ins Krankenhaus, wenn sie wissen, dass sie sterben? Sie bringen sie zum Sterben ins Krankenhaus, das ist sehr traurig.“

Sie sterben dann an einem fremden Ort und sind dabei ganz allein. Die Krankenschwestern können auch nicht stundenlang am Bett sitzen. Das schlimmste in Albanien ist, allein im Krankenhaus zu sterben und das ist in Deutschland normal. Die Leute hier kommen nicht klar mit dem Tod“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

Frau T. konnte auch nicht nachvollziehen, warum Angehörige nicht sofort ins Krankenhaus kommen, wenn sie hören, dass es dem Patienten sehr schlecht geht. Mit großem Unverständnis berichtete sie, dass es zum Teil zwei oder sogar drei Tage dauere, bis die Angehörigen eintreffen. In manchen Fällen seien die Patienten in der Zwischenzeit bereits verstorben.

6.8.3 Die Interaktion mit Kollegen

Kulturelle Unterschiede im Umgang mit Kollegen wurden unter anderem von Herrn K., einem der Dozenten, festgestellt. Dieser arbeitete selbst längere Zeit mit einer ausländischen Kollegin zusammen. Diese Zusammenarbeit verlief nicht immer reibungslos. Besonders wenn es zu Konflikten kam, wurde es schwierig. Die unter deutschen Kollegen übliche Konflikt-Kommunikation, ließ sich, laut Herr K., nicht problemlos bei der zugewanderten Kollegin anwenden:

„Es war wirklich schwierig, weil bestimmte Sachen... da geht es wieder um diese Kritik, also wie formuliert man Kritik, ich habe den Eindruck gehabt, dass die Art und Weise wie wir untereinander Kritik üben, Gang und Gäbe, bei uns, bei ihr nicht...machbar war“ (Herr K., Dozent).

Herr K. hatte das Gefühl, dass der Umgang und die Äußerung von Kritik, die für ihn und die Kollegen alltäglich und normal war, auf die ausländische Kollegin verletzend wirkte und sie nur schwer damit umgehen konnte.

Einen weiteren Unterschied in der Interaktion von Kollegen stellte Frau T. fest und bezeichnete ihn als „Machismo“. Was Frau T. in Deutschland auffiel und sie nicht erwartet hatte, war, dass man ihres Erachtens als Ärztin von Kollegen, Krankenschwestern und auch von Patienten nicht so ernst genommen wird wie ein männlicher Kollege. Krankenschwestern verhalten sich, so Frau T., Ärztinnen gegenüber oft „zickig“. Im Gegensatz dazu werde mit Ärzten eher geflirtet. Männliche Kollegen könnten sich auch im Umgang mit den Schwestern mehr erlauben. Auch im Auftreten und in der Kleidung spiegelt sich dieser „Machismo“, laut Frau T., wider:

„In Deutschland muss man als Ärztin maskulin auftreten und sich auch so verhalten, um ernst genommen zu werden. Das verstehe ich nicht“ (Frau T., Teilnehmerin d. Ärzteprojektes).

In Deutschland gibt es genaue Vorschriften zur Bekleidung von Ärzten, die aus Kittel, Hose und Hemd bestehen muss und für Männer und Frauen in Form und Schnitt gleich sind. Frau T. war der Meinung, dass man als Frau in dieser Bekleidung wie in einen Sack gehüllt aussehe und bedauerte es sehr, dass man nicht, wie in ihrem Heimatland, einen Rock und einen Arztkittel, der für Frauen auf Taille geschnitten und feminin ist, tragen kann.

In diesem Kapitel ging es darum, inwieweit kulturspezifische Faktoren auf den Arbeitsalltag von zugewanderten Ärzten wirken und wo genau sich kulturelle Unterschiede zeigen.

Kulturelle Unterschiede wurden hierbei in der Interaktion mit Patienten (6.8.1), mit Angehörigen (6.8.2) und mit Kollegen (6.8.3) von den Ärzten selbst erlebt und thematisiert, sowie von den Dozenten angesprochen. Sie waren darüber hinaus auch im Unterricht des Ärzteprojektes zu erkennen.

Im folgenden Kapitel sollen die Daten, die im ethnographischen Teil dargestellt wurden, nun analytisch aufbereitet und interpretiert werden.

7 Analyse

An dieser Stelle wird zunächst eine Auswertung der Daten vorgenommen und hierbei werden die wichtigsten Punkte zusammengefasst. Darauf aufbauend schließt sich eine Interpretation der Daten an, aus der daraufhin Rückschlüsse gezogen werden.

Wie u.a. im zweiten und sechsten Kapitel detailliert geschildert wurde, sehen sich zugewanderte Ärzte in Deutschland mit einigen Schwierigkeiten und Problemen konfrontiert – sowohl bevor sie ihr Berufsleben überhaupt beginnen können, als auch in der beruflichen Tätigkeit selbst. Nohl schreibt in diesem Zusammenhang:

„Die Barrieren, die Erfolg auf dem Arbeitsmarkt des Aufnahmelandes behindern, haben ganz unterschiedliche soziale Ursachen, die vom Bildungswesen über den öffentlichen Diskurs bis hin zu sozialen Netzwerken reichen und die in heterogenen Politikfeldern bearbeitet werden. Die Migration von Hochqualifizierten ist von daher kein einfaches Unterfangen nach dem Muster: 'Wir werben. Sie kommen', sondern es entstehen verzweigte Pfade, die die MigrantInnen in unterschiedliche, mehr oder weniger adäquate Segmente des Arbeitsmarktes führen“ (Nohl et al 2010: 9-10).

Diese unterschiedlichen Faktoren, die sich auf die Situation von zugewanderten Ärzten auswirken, sind migrationsspezifischer, struktureller, institutioneller, bürokratischer, soziokultureller und sprachlicher Natur und sollen im Folgenden in zwei Themenblöcke untergliedert und zusammengefasst werden. Auf der einen Seite geht es hierbei um Regelungen und Vorschriften, die in Deutschland in Form eines formalen Rechtsrahmens herrschen und die den Berufszugang ausländischer Ärzte regeln und bestimmen. Diese Zugangsbarrieren werden im Folgenden als „äußere Faktoren“ bezeichnet. Auf der anderen Seite handelt es sich um Schwierigkeiten, die die Ärzte vor Ort, in den Kliniken und mit Kollegen und Krankenschwestern haben. Darunter sollen im Folgenden „innere Faktoren“ verstanden werden.

Widmen wir uns nun zunächst den „äußeren Faktoren“. Bereits seit mehreren Jahren zählen Ärzte zu den Fachkräften, die in vielen Ländern weltweit benötigt und angeworben werden. Deutschland hat, wenn auch verglichen mit anderen Staaten verspätet, mit gesetzlichen Neuregelungen auf diese Situation reagiert. Vor allem das im Jahr 2012 eingeführte Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Anerkennungen hatte positive Auswirkungen auf die Lage von ausländischen Ärzten. Wie bereits erwähnt, gründet das deutsche System der Zuwanderung, laut Chaloff, jedoch

„im Wesentlichen immer noch auf einer Reihe von Ausnahmen von einem generellen Anwerbestopp, und eine Neufassung der geltenden Beschäftigungsverordnung würde die Transparenz des Systems bedeutend verbessern“ (Chaloff 2013: 16). Weiterhin merkt Chaloff an:

„Obwohl es sich um ein offenes System handelt, ist das deutsche Zuwanderungssystem gegenwärtig sowohl für Arbeitgeber als auch für potentielle Zuwanderer verwirrend, da es im Wesentlichen als diverse Ausnahmeregeln von einem generellen Anwerbestopp erscheint. Das Standardformular für Visumanträge aus dem Ausland enthält keine Angaben dazu, nach welcher Ausnahmekategorie der Antragsteller eine Zulassung beantragt. Dasselbe gilt für die von den Ausländerbehörden verwendeten Antragsformulare, bei denen zudem zwischen den örtlichen Ausländerbehörden große Unterschiede bestehen können. Arbeitgeber und Zuwanderungskandidaten sind daher unsicher, auf welcher Grundlage ihr Antrag beurteilt wird“ (Chaloff 2013: 21).

Wenn diese Hürde überwunden ist und die Einwanderer in Deutschland angekommen sind, gestaltet sich der Zugang zum Arbeitsmarkt für Migranten nicht immer einfach. Der bürokratische Dschungel ist dicht, das Informationsangebot für Einwanderer nach wie vor mangelhaft (Englmann 2007: 21).

Als eine Folge dieses bürokratischen Dschungels ist erneut auf die Problematik der Dequalifizierung, der Betätigung unter dem eigentlichen Bildungsstand, von Einwanderern in Deutschland zu verweisen. Chaloff geht in diesem Zusammenhang von etwa 30% der zugewanderten (hoch-)qualifizierten Fachkräfte aus (für Mediziner 20%), die in Berufen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus arbeiten (Chaloff 2013: 115). Englmann ist der Meinung, dass in diesen Fällen „eine 'Lose-lose-Situation' für alle Beteiligten entsteht: Individuell werden Migrant/innen dequalifiziert, volkswirtschaftlich verlieren sowohl die Herkunfts- als auch die Aufnahmeländer, da sie nicht vom vorhandenen Humankapital profitieren – 'Brain Waste' statt 'Brain Gain'“ (Englmann 2007: 18).

Nachdem die Tragweite und die möglichen negativen Auswirkungen der „äußeren Faktoren“ auf die Situation von zugewanderten Ärzten und allgemein nochmals verdeutlicht wurden, werden nun die „inneren Faktoren“, also die Schwierigkeiten im Arbeitsalltag, mit Kollegen und Krankenschwestern, zusammenfassend dargestellt.

Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache stellen mit Sicherheit ein zentrales Hindernis für ein erfolgreiches Arbeiten zugewanderter Ärzte dar. Wie bei 6.7.1 geschildert wurde, kommt der Sprache, sowie der medizinischen Fachsprache, gerade in der ärztlichen Profession eine besondere Bedeutung zu. Mangelnde Sprachkenntnisse ziehen reihenweise Probleme nach sich und erschweren den Berufseinstieg nachhaltig. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf zu verweisen, dass Deutsch, im Gegensatz zu Englisch und Französisch, in kaum einem anderen Land Amts- bzw. Bildungssprache ist. Somit ist es vielmehr die Regel als die Ausnahme, dass zugewanderte Ärzte ohne Deutschkenntnisse auf „herkunfts- oder bildungssprachlichem Niveau“ einwandern und Deutsch erst während oder kurz vor der Migration erlernen (Henkelmann 2012: 11,13). Dies soll jedoch lediglich Verständnis dafür schaffen, dass viele der zugewanderten Ärzte zu Beginn Sprachschwierigkeiten haben und eine gewisse Zeit benötigen, um diese zu überwinden. Nichts desto trotz ist das Beherrschen der deutschen Sprache

für zugewanderte Ärzte eine zwingende Notwendigkeit, um auch in Deutschland erfolgreich als Arzt tätig zu sein.

Sprachliche Schwierigkeiten zeigten sich des Weiteren auch bei bürokratischen Aufgaben, die die Ärzte in den Kliniken zu erledigen hatten. Hier war es in erster Linie das Verfassen von Patientenbriefen, das den Ärzten Probleme bereitete. Sprachschwierigkeiten in der schriftlichen Dokumentation beschreibt Friebe auch bei zugewanderten Pflegenden und stellt fest, dass

„die Pflegedokumentationen immer bedeutsamer [werden], da sie den Rahmen für Finanzierung und Legitimation der Pflegemaßnahmen in jedem Einzelfall bilden. Dafür reicht der Gebrauch von vorgefertigten Dokumentationssystemen und Standardformulierungen nicht aus, auf die gerade bei Sprachproblemen oft zurückgegriffen wird“ (Friebe 2008: 231).

Diese Tatsache lässt sich eins zu eins auf die Situation von zugewanderten Ärzten übertragen. Zusätzlich zu den Schwierigkeiten, Dokumente in die korrekte Form zu bringen, wurden die Verwaltungsaufgaben der Ärzte in Deutschland als generelles Problem – da zu umfangreich – angesehen und daraus resultierend befunden, dass infolgedessen kaum Zeit für die Patienten bleibt. Damit hängt die Thematik des Systems und der Abläufe in deutschen Kliniken, oder auch die deutsche Klinikkultur, zusammen, die den Ärzten in vielerlei Hinsicht unbekannt und unklar waren und als Quelle von Problemen identifiziert wurden. Hierzu gehören auch die Aufgaben, die von (zugewanderten) Ärzten im alltäglichen Klinikablauf zu erledigen sind und erwartet werden. Hauser-Schäublin äußert sich folgendermaßen über den Arbeitsalltag und die Anforderungen an Ärzte in deutschen Kliniken:

„Der in hohem Maße durchstrukturierte Arbeitsalltag, der Zeitdruck, die Überbelastung und die Hürde, Fachsprachen für Laien rückzuübersetzen sind reale Anforderungen und Probleme im Klinikalltag“ (Hauser-Schäublin 2001: 95).

Wenn sich die Arbeitssituation in deutschen Kliniken bereits für in Deutschland ausgebildete Ärzte durchaus problematisch gestaltet, ist es nicht weiter verwunderlich, dass ausländische Ärzte hier ebenfalls und häufig verstärkt mit Problemen zu kämpfen haben und eine gewisse Zeit benötigen, um sich zurechtzufinden.

Ein Problem ganz anderer Art ist das Verhalten, welches den zugewanderten Ärzten von Seiten der Vorgesetzten, Kollegen und Krankenschwestern entgegengebracht wurde. Dies wurde mehrheitlich als sehr distanziert beschrieben. Einer der Ärzte sprach sogar von einer Segregation zwischen ausländischen und deutschen Beschäftigten. Die deutschen Vorgesetzten, Kollegen und Schwestern wurden größtenteils als ernst und streng und die Arbeitsatmosphäre als wenig angenehm empfunden. Schwerer wogen jedoch Vorurteile und Rassismus, mit denen einige der zugewanderten Ärzte in den Kliniken konfrontiert wurden und die sich zum Teil nachteilig auf ihre Ausbildung auswirkten. Auch Henkelmann beschreibt in ihrer Befragung von zugewanderten Ärzten in Deutschland, dass Rassismus durchaus ein ernstes Thema ist und berichtet von einem Arzt aus Mali, der aus Angst vor tätlichen Übergriffen seines Oberarztes seine Kündigung einreichte (Henkelmann 2007: 71-73).

Überraschend war hingegen die Tatsache, dass kaum von Problemen mit Patienten berichtet wurde. Dies ist erstaunlich, da sich negative Schlagzeilen über zugewanderte Ärzte in der

Regel auf mangelnde Sprachkenntnisse und daraus resultierende negative Auswirkungen für Patienten beziehen, sicherlich auch, weil die Arzt-Patienten-Interaktion als eine der wichtigsten und zentralen Aufgaben in der ärztlichen Profession anzusehen ist. Aus diesen Gründen wäre zu erwarten gewesen, dass gerade hier viele Probleme entstehen. Stattdessen wurden jedoch Schwierigkeiten in der Interaktion mit Ober- und Chefarzten, Kollegen und, am schwerwiegendsten, mit Krankenschwestern beklagt und als deutlich gravierender bewertet. Diese Feststellung soll im weiteren Verlauf nochmals ausführlicher thematisiert werden.

Zu den „inneren Faktoren“ werden des Weiteren persönliche Probleme der zugewanderten Ärzte gerechnet. Frustration war in diesem Zusammenhang ein immer wiederkehrendes Thema. Die Ärzte waren u.a. frustriert, da sie nach Jahren oder sogar Jahrzehnten der Berufserfahrung wieder als Assistenzärzte arbeiten und die Facharztausbildung (von neuem) durchlaufen mussten, weil sie nicht immer für voll genommen oder für inkompetent gehalten wurden. Ein Teil der zugewanderten Ärzte, vor allem die jüngeren oder alleinstehenden, die ohne Lebenspartner und Familie nach Deutschland migriert sind, fühlten sich darüber hinaus isoliert und beklagten, wie schwierig es sei, deutsche Freunde zu finden.

Ferner ist auf gewisse Umstände und Gegebenheiten hinzuweisen, auf die zugewanderte Ärzte in Deutschland treffen und die Dreißig so formuliert: „Durch den zunehmenden Zwang zum Sparen wird stets weniger Personal eingestellt, so dass Arbeits- und Zeitdruck im Krankenhaus steigen“ (Dreißig 2005: 184). Eine hohe Arbeitsbelastung in den Kliniken und Arbeitsplätze in sehr ländlichen Gebieten sind für zugewanderte Ärzte vielmehr die Regel als die Ausnahme und werden als belastend empfunden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Schnelllebigkeit der Medizin zu verweisen, die all denjenigen Ärzten den Einstieg ins Berufsleben erschwert, die längere Zeit nicht in ihrem eigentlichen Beruf tätig waren, sei es aus privaten oder migrationspezifischen Gründen.

Abschließend sollen auch kulturspezifische Faktoren, als zu den „inneren Faktoren“ gehörig, thematisiert werden. Eine der Fragen, der im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen wurde, lautete welchen Einfluss kulturspezifische Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und dem Arztberuf an sich auf die Situation, in der sich die zugewanderten Ärzte befinden, und vor allem auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten haben und wo diese Vorstellungen konkret sichtbar werden. Kulturspezifische Faktoren wurden als kulturelle Unterschiede von den Ärzten auf Nachfrage erörtert oder direkt im Unterricht des Ärzteprojektes miterlebt. Sie betrafen das Verhältnis und den Umgang zwischen Arzt und Patient, den „Arzt-Konsum“ von Patienten in Deutschland, den Umgang mit Alter, Gebrechlichkeit und Tod sowie den Umgang mit dem anderen Geschlecht. Des Weiteren wurden kulturspezifische Unterschiede im Verhalten der Angehörigen beschrieben und äußerten sich auch in der Kommunikation mit Kollegen.

Kultur ist somit als ein Aspekt zu sehen, der sich auf die Situation von zugewanderten Ärzten auswirkt, jedoch als ein Aspekt unter mehreren, wie die Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und ihre Gliederung in äußere und innere Faktoren veranschaulichen soll. Durch das Zusammenwirken von Klinikstruktur, Bürokratie, Medizin und Kultur ergibt sich ein Spannungsfeld, in dem die zugewanderten Ärzte agieren. Folgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

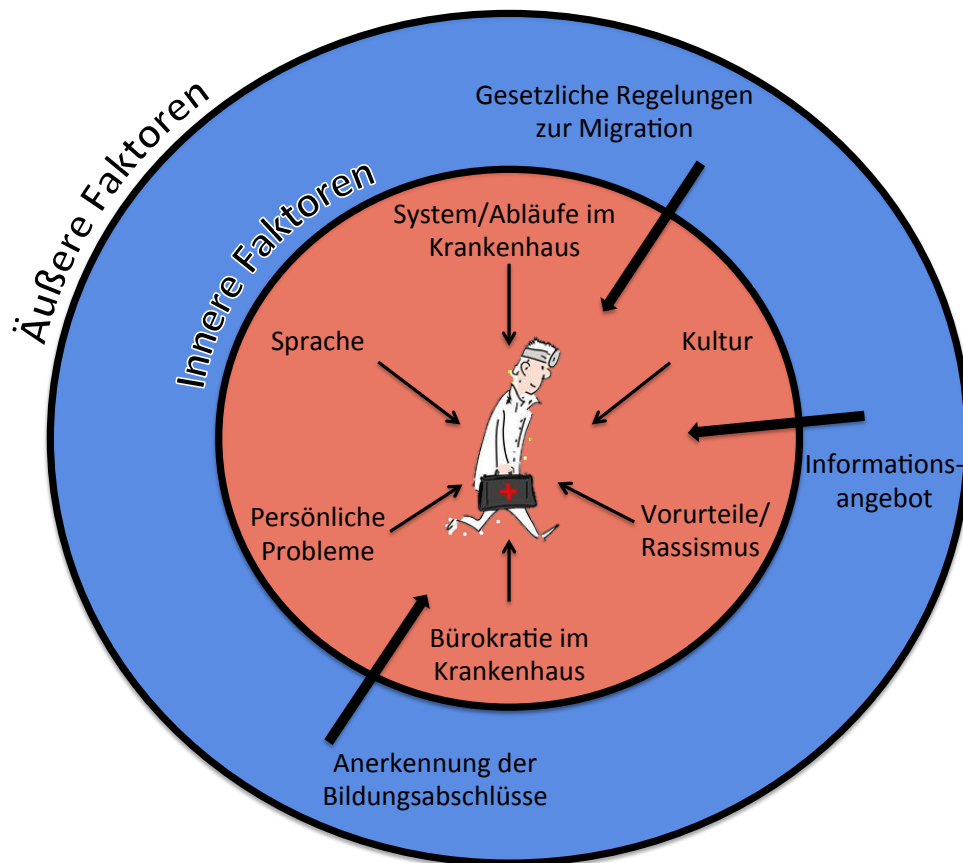


Abb. 1: Modell der äußeren und inneren Faktoren

Die unterschiedlichen Faktoren, die auf zugewanderte Ärzte in Deutschland wirken und die im Rahmen dieser Arbeit in Erfahrung gebracht werden konnten, wurden ausführlich vorgestellt und zusammengefasst. Nun stellt sich die Frage, wo man ansetzen kann, um die Situation zugewanderter Ärzte in Deutschland zu verbessern, um sowohl den Einstieg in die berufliche Tätigkeit, als auch in den Arbeitsalltag zu erleichtern.

„das von außen eingeholte Wissen und Können der (Hoch-) Qualifizierten [...] nur dann für die Wirtschaft und das Sozialsystem gewinnbringend, wenn die Fachkräfte ihre Karriere innerhalb des Berufs fortsetzen und dadurch Nutzen aus deren Kompetenzen und Erfahrungen gezogen werden kann“ (Henkelmann 2007: 9).

Die Gefahr der Dequalifizierung von zugewanderten Fachkräften ist aus diesem Grund weiterhin ernst zu nehmen und durch konkrete Maßnahmen zu verringern. Um zu verhindern, dass Einwanderer im bürokratischen Dschungel verloren gehen oder viel Zeit verlieren, wäre eine zentrale Anlaufstelle wünschenswert, die über die Grenzen der Bundesländer hinweg Orientierung gibt und als Ansprechpartner für Migranten fungiert. In diesem Sinne kommt einer kompetenten, berufsorientierten Beratung von Migranten, die übersichtlich und verständlich Informationen zur Verfügung stellt, große Bedeutung zu und wird von Srur als „Grundstein auf dem Weg zur beruflichen Integration“ bezeichnet (Srur 2010: 171). Abschließend kommt Srur zu dem Schluss, dass:

„Weiterbildungsprogramme und übergeordnete Integrationskonzepte für eine der Qualifikation entsprechende Integration und damit zur Nutzung und Erweiterung

des kulturellen Kapitals insbesondere für hochqualifizierte MigrantInnen grundlegend sind“ (Srur 2010: 177).

Die „inneren Faktoren“, die im Rahmen dieser Arbeit schwerpunktmäßig herausgearbeitet und untersucht wurden, geben einen tiefen Einblick in die Lebenssituation der zugewanderten Ärzte in Deutschland, sowohl in Bezug auf den privaten Bereich – Wohn- und Arbeitssituation, Stress, Angst, Isolation – als auch im Hinblick auf die Verhältnisse in den Kliniken. Dort traten Probleme in Zusammenhang mit der Sprache, Bürokratie, Arbeitsbelastung, dem System und Abläufen im Krankenhaus, sowie durch Vorurteile und Rassismus auf. Indem in dieser Arbeit des Weiteren der Frage nachgegangen wurde, wie Ärzte aus Nicht-EU-Staaten auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Interaktion mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten vorbereitet werden, konnte darüber hinaus festgestellt werden, dass diesen Problemen und Schwierigkeiten zu einem großen Teil durch eine möglichst gute Vorbereitung der Ärzte begegnet werden kann.

Eine Weiterbildungsmaßnahme wie das Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar eignet sich sehr gut, um zugewanderte Ärzte auf die Kenntnisprüfung und überdies auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken vorzubereiten. Wie bereits in der Bewertung des Unterrichtes bei 6.4.5 thematisiert wurde, äußerten sich die Ärzte zum größten Teil überaus positiv in Bezug auf das Ärzteprojekt und waren mit dem Unterricht und den vermittelten Inhalten sehr zufrieden. Jedoch gab es auch Kritikpunkte und Aspekte, die nicht oder nicht ausführlich genug eingebunden waren und thematisiert wurden. In diesem Zusammenhang soll nun eine Verknüpfung mit dem Theorie-Teil vorgenommen und zunächst auf die Interkulturelle Kommunikation verwiesen werden.

Ein Krankenhaus verkörpert, nach Zaman, eine komplexe Institution, deren Mitglieder festgelegte Regeln, Rechte, Verpflichtungen, Ansichten und Werte haben, vorgeschriebene Rollen einnehmen sowie bestimmte Ziele verfolgen (Zaman 2005: 5-6). Laut Zaman ist ein Krankenhaus:

„not an isolated subculture or an „island“, rather it is a microcosm of the larger society in which it is situated. A hospital ward therefore is a mirror that reflects and reveals the core values and norms of the broader society“ (Zaman 2005: 18).

Eine Klinik ist demnach Teil der Gesellschaft, deren Werte und Normen sie widerspiegelt und die denselben Gesetzen unterliegt. „Insofern ist zunächst einmal zu fragen, was macht diese Institution zu einer spezifisch deutschen, was macht ihre Kultur aus?“ (Rommelspacher 2008: 211). Der Frage nach „der deutschen Klinikultur“ und dem deutschen Klinikalltag wurde bei 6.6 nachgegangen. Dort wurden die Hierarchien in deutschen Kliniken, die Aufgaben der zugewanderten Ärzte und die Formen der Kommunikation thematisiert. In diesem Zusammenhang wurde konstatiert, dass im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt Informationen bezüglich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und mehr noch im Hinblick auf die Interaktion zwischen Arzt und Ober-/Chefarzt, sowie Arzt und Krankenschwester gesammelt werden konnten.

Aus diesem Grund ist die Tatsache, dass die Kommunikation mit Krankenschwestern aus Sicht der zugewanderten Ärzte besonders problematisch ist, nicht eindeutig interpretierbar.

Eine mögliche Ursache könnte sein, dass diese Beziehung in verschiedenen kulturellen Kontexten unterschiedlich hierarchisch geprägt ist. Es könnte aber auch schlichtweg so sein, dass es zwischen Assistenzarzt und Krankenschwester im Klinikalltag die meisten Berührungspunkte gibt und deshalb auch hier die meisten Konflikte auftreten. Darum wäre es in Bezug auf diese Thematik sinnvoll, dieser Frage vor Ort, durch teilnehmende Beobachtung, weiter nachzugehen. Denn nur wenn ausreichend Kenntnisse und Informationen über „die deutsche Klinikkultur“ und die Arbeitssituation der Ärzte in Deutschland vorliegen, können zugewanderte Ärzte auch optimal auf diese vorbereitet werden. Doch nun zurück zur Interkulturellen Kommunikation und der Frage, weshalb dieser theoretische Ansatz in ein Weiterbildungsprojekt für zugewanderte Ärzte integriert werden sollte.

Die Tatsache, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist, dessen Gesellschaft heterogen und vielfältig ist, spiegelt sich auch im Gesundheitswesen wider. Wie Rommelspacher im Hinblick auf den Pflegebereich anmerkt, ist dies ein Raum, in dem Menschen ganz unterschiedlicher Religion, Kultur und Nationalität aufeinandertreffen und interagieren (Rommelspacher 2008: 198-202). Des Weiteren erachtet Friebe die Pflege für eine Tätigkeit, die auf Kommunikation basiert und an Beziehung orientiert ist. Aus diesem Grund hält er es für unerlässlich, dass sich Pflegekräfte im Umgang mit kultureller Differenz einfühlsam, aufgeschlossen und empathisch zeigen. Dahingehend kommt Friebe zu folgendem Schluss:

„Allein schon diese allgemeine Überlegung markiert einen Bildungsbedarf für die interkulturelle Begegnung zwischen Klienten und Pflegekräften mit Migrationshintergrund“ (Friebe 2008: 233).

Was hier für zugewanderte Pflegekräfte gefordert wird, ist interkulturelle Kompetenz. Da die Parallelen zwischen zugewanderten Pflegekräften und Ärzten sehr groß sind, ist diese Forderung für zugewanderte Ärzte mindestens im selben Ausmaß zutreffend wie für zugewanderte Pflegekräfte. Dies wird auch durch die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung gestützt. Interkulturelle Kompetenz stellt eine Qualifikation dar, die im Arbeitsalltag von zugewanderten Ärzten von großem Nutzen sein kann. Ärzte haben in den Kliniken eine ganz bestimmte Rolle einzunehmen, die sich sowohl auf das Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Krankenschwestern, als auch auf das Verhalten ihren Patienten gegenüber auswirkt. Die Interaktion mit Patienten wird durch kulturspezifische Hintergrundinformationen – wie soll mit einem Patienten kommuniziert werden, was kann angesprochen werden und wie, welche Berührungen sind angebracht und welche Art von Verhalten wird erwartet – erleichtert. Nicht nur im Hinblick auf die Behandlungssituation, sondern auch im Arbeitsalltag mit Kollegen und Krankenschwestern ist kulturelle Kompetenz vonnöten, wie beispielsweise anhand der Probleme im Umgang mit Kritik ersichtlich wurde. Des Weiteren wäre ein Interkulturelles Training, in dem allgemeine Kenntnisse über „die Deutschen“ reflektiert vermittelt werden, sicher von Vorteil und würde die zugewanderten Ärzte auf die Besonderheiten vor Ort vorbereiten. Dies wäre sowohl den Arbeitsalltag betreffend als auch im Hinblick auf den privaten Bereich der zugewanderten Ärzte, die sich einheitlich über die Verschlossenheit der Deutschen und die Schwierigkeit, mit Deutschen Freundschaft zu schließen, beklagten, relevant.

Aus diesen Gründen sollte ein Interkulturelles Training in einem Weiterbildungsprojekt für zugewanderte Ärzte nicht fehlen. Dieses könnte, wie in 6.4.5 angeraten, mit Informationen

zur „deutschen Klinikkultur“ sowie zum System und Abläufen in deutschen Kliniken kombiniert werden. Auf diese Weise würde Erwartungen und Wünschen, wie denen von Herr L., bestmöglich entgegengekommen werden, der in diesem Zusammenhang sagte:

„...wie man sich als Arzt in Deutschland verhalten muss und wie der Ablauf in einem deutschen Krankenhaus ist, das steht in keinem Buch, das ist das was ich wissen möchte“ (Herr L., Teilnehmer d. Ärzteprojektes).

Dem Faktor Kultur kommt darüber hinaus auch im zweiten theoretischen Ansatz, der Medizinethnologie, Bedeutung zu. Auch dieser Ansatz ist für zugewanderte Ärzte, im Besonderen im Arbeitsalltag und im Umgang mit Patienten, von Relevanz und wurde aus diesem Grund in der vorliegenden Arbeit thematisiert.

Durch die Erläuterung der grundlegenden Annahmen der Medizinethnologie konnte der Einfluss von Kultur auf die Medizin sowie die Verknüpfung dieser beiden Bereiche aufgezeigt werden. Zudem wurde die ärztliche Tätigkeit als sehr beziehungsorientiert befunden. Der Arzt sollte den Patienten verstehen, sein Vertrauen gewinnen und das in einer für den Patienten heiklen Situation. Es geht darum, eine sinnstiftende Beziehung aufzubauen. Der Erfolg einer Behandlung hängt zu einem nicht unerheblichen Teil von der Arzt-Patient-Interaktion ab sowie davon, ob die Diagnose und Behandlung, die der Arzt vorschlägt, vom Patienten als sinnvoll erachtet, akzeptiert und befolgt wird. Wie im Theorieteil bereits erläutert wurde, sind Patient und Arzt grundlegende Elemente eines jeden Medizinsystems. Ihre soziale Beziehung und die Bedeutung dieser Beziehung ist allein im kulturellen Kontext zu verstehen. Dies ist das besondere an der ärztlichen Profession und unterscheidet sie von vielen anderen Berufen. Was hieraus des Weiteren ersichtlich wird, ist, dass ein Arzt auf unvorhergesehene Schwierigkeiten stoßen kann, wenn er den kulturellen Kontext wechselt. Welche konkreten Auswirkungen dies auf die Arzt-Patient-Interaktion hat, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erschöpfend ergründet werden, wäre jedoch in einer weiterführenden Untersuchung von besonderem Interesse. In diesem Zusammenhang wäre zu untersuchen, nach welchem Muster die Arzt-Patient-Interaktion abläuft, inwieweit Erklärungsmodelle zwischen Arzt und Patient tatsächlich ausgetauscht werden und für den jeweils anderen Sinn ergeben und wie daraufhin weiter verfahren wird. Des Weiteren wäre darauf einzugehen, dass die Arzt-Patienten-Interaktion von den zugewanderten Ärzten einstimmig als kaum problematisch beschrieben wurde. Genauer zu untersuchen wäre hierbei, ob diese Einschätzung von den Patienten geteilt wird, ob es in diesem Bereich tatsächlich kaum Probleme gibt, oder ob (kulturelle) Missverständnisse und Konflikte auftreten, jedoch nicht kommuniziert oder übersehen werden. Denn, wie Helman anmerkt, können Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zunehmen, wenn die Beteiligten verschiedenen religiösen, kulturellen oder ethnischen Gruppen, sowie ökonomischen oder Bildungs-Schichten angehören (Helman 1984: 89). Helman betont damit explizit, dass sich auch die Erklärungsmodelle von Mitgliedern derselben Gesellschaft stark voneinander unterscheiden können.

Dies führt uns erneut zur Frage nach dem Einfluss von kulturspezifischen Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und dem Arzt-Beruf an sich auf den Prozess, indem sich zugewanderte Ärzte befinden, und vor allem auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten. Wo diese Unterschiede u.a. konkret sichtbar

werden, wurde hierbei bereits erläutert. Nun steht also die Frage nach der Bedeutung, der Kultur hierbei zukommt, aus.

Eichler kommt in ihrer Auseinandersetzung über Patientinnen mit Migrationshintergrund und ihrem Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu folgendem Schluss: „Kultur kommt im Kontext des Themenfeldes Migration und Gesundheit eine zentrale Bedeutung zu (Eichler 2008: 32).

Im Gegensatz dazu argumentiert Dreißig, dass „kulturelle Differenzen zwischen zugewanderten Patienten und Klinikmitarbeitern keineswegs eine so große Bedeutung für deren Interaktion zukommt“, dies folgert sie aus der Tatsache, dass „das medizinische System, so wie es sich in der Institution Krankenhaus von heute darstellt, denkbar wenig Raum bietet für die Rücksichtnahme auf systemfremde Einflüsse, wie z.B. kulturell andere Krankheitsvorstellungen“ (Dreißig 2005: 219). Zusammenfassend erläutert sie:

„Der Grund besteht meines Erachtens darin, dass das System der Krankenhausmedizin sich so stark verfestigt hat, dass andere Vorstellungen nur sehr mühsam Eingang finden. Mit anderen Worten: Das 'System Krankenhaus' übt einen so starken Einfluss auf die Behandlung der Patienten aus, dass kulturelle (und auch persönliche) Hintergründe nicht oder nur wenig zum Tragen kommen“ (Dreißig 2005: 219).

Was kann aus diesen, sich konträr gegenüberstehenden, Feststellungen für die Bedeutung von Kultur im Hinblick auf zugewanderte Ärzte geschlossen werden? Bereits in der Einleitung wurde auf die Komplexität dieser Frage verwiesen und des Weiteren angemerkt, dass dies ohne tatsächlichen Einblick in die Praxis, kaum zu klären ist. Aus diesem Grund kann diese Problematik in der vorliegenden Arbeit nicht gelöst und eindeutig beantwortet werden, es können diesbezüglich lediglich Hypothesen auf Grundlage der erhobenen Daten aufgestellt werden.

Meines Erachtens existieren kulturelle Unterschiede auf unterschiedlichen Ebenen, diesen kommt gerade zu Beginn der Tätigkeit von zugewanderten Ärzten eine durchaus große Bedeutung zu. Sie werden von den Ärzten im Stillen festgestellt, sorgen für Erstaunen oder Unverständnis und können Grund dafür sein, im Klinikalltag „anzuecken“. Im Laufe der Zeit wirkt sich jedoch vermutlich die Einbindung der zugewanderten Ärzte in das „System Krankenhaus“ aus und es kommt zu einer Eingewöhnung und Anpassung. Die Aufgaben, die zu erledigen sind, werden für zugewanderte Ärzte zur Routine. Sie sind vertraut mit den Erwartungen, die an sie gestellt werden und haben gelernt, wie man sich zu verhalten hat, um diesen zu entsprechen. Entscheidungen werden diskutiert, überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Die Struktur und die Regeln, welche die Institution Krankenhaus vorgibt, werden internalisiert und die Rolle, die als Arzt zu erfüllen ist, erlernt. Kulturspezifische Unterschiede sind aus diesem Grund nicht verschwunden, sie sind jedoch der Routine im Umgang mit „dem Fremden“ gewichen und stellen somit auch kein Hindernis mehr im Umgang mit anderen dar. Um diese Frage jedoch tatsächlich beantworten zu können, wäre es empfehlenswert, sich dieser Thematik durch teilnehmende Beobachtung in den Kliniken zu nähern. Dies sollte im Rahmen einer groß angelegten und umfassenden Untersuchung geschehen. Vor allem Einblicke in die Arzt-Patient-Interaktion wären, wie bereits erwähnt, in diesem Zusammenhang von

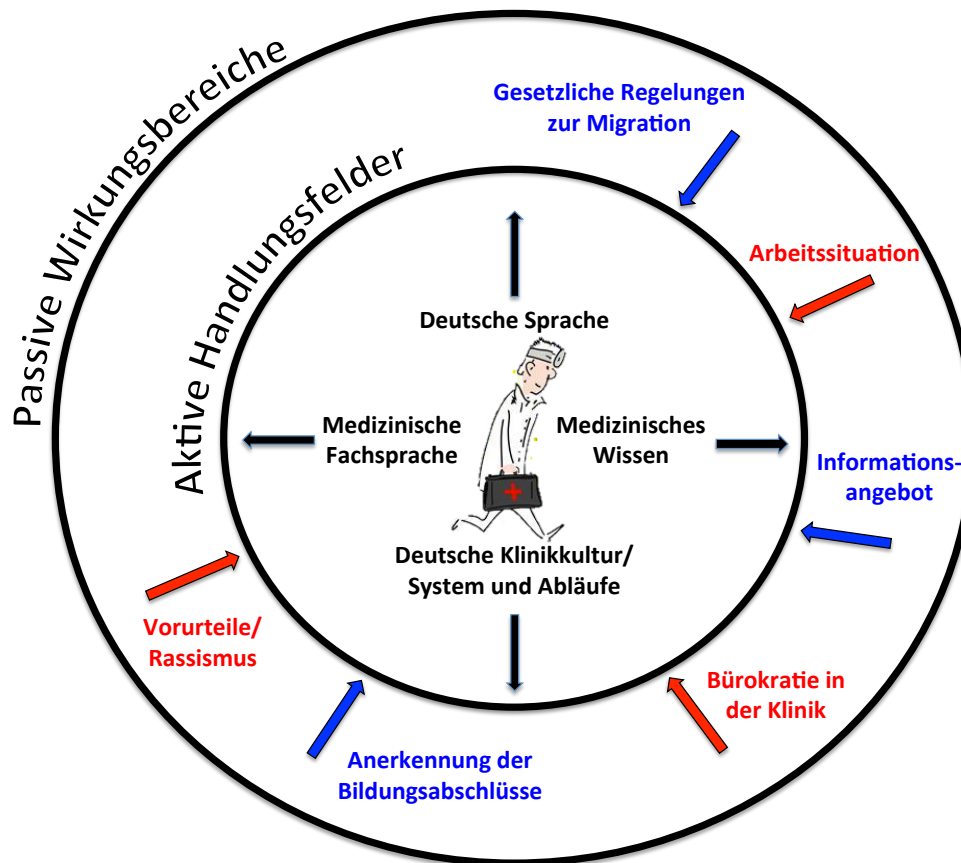


Abb. 2: Modell der passiven Wirkungsbereiche und aktiven Handlungsfelder

besonderem Interesse.

In einem nächsten Schritt sollen nun Rückschlüsse aus den Daten, die zusammengefasst und interpretiert wurden, gezogen werden.

Durch die Zusammenfassung und Gliederung der Faktoren, die auf die Situation von zugewanderten Ärzten wirken, konnte gezeigt werden, dass den „inneren Faktoren“ im Rahmen einer Vorbereitung oder Weiterbildung begegnet und somit der Berufseinstieg für zugewanderte Ärzte ungemein erleichtert werden kann. Die inneren Faktoren lassen sich jedoch weiter untergliedern, in von den Ärzten selbst beeinflussbare, also Handlungsfelder in denen sie selbst aktiv werden können, und solche, die außerhalb ihres Wirkungsbereiches liegen. Wie auch bei den „äußeren Faktoren“ sind die Ärzte hier „ausgeliefert“, das heißt, es sind Gegebenheiten, auf die sie zwar vorbereitet werden können, die sie jedoch nicht aktiv ändern können.

Zu den „inneren Faktoren“, auf die zugewanderte Ärzte vor Ort treffen und auf die sie nicht direkt Einfluss nehmen können, gehören: die Arbeitssituation in den Kliniken, die Zunahme bürokratischer Aufgaben sowie das Verhalten Vorgesetzten, Kollegen und Krankenschwestern den zugewanderten Ärzten gegenüber.

Handlungsfelder, in denen die Ärzte selbst aktiv werden und ihre Ausgangslage positiv beeinflussen können, sind dem gegenüber gute Sprachkenntnisse, sowohl in Bezug auf die deutsche Sprache, als auch hinsichtlich der medizinischen Fachsprache, ein gutes und fundiertes medizinisches Wissen auf dem neuesten Stand, sowie Kenntnisse über „die deutsche Klinikkultur“ und das System und die Abläufe im Klinikalltag. Folgende Abbildung soll dies verdeutlichen:

Was hieraus ersichtlich wird, ist, dass zugewanderte Ärzte in jedem Fall gefordert sind, aktiv zu werden, um die Situation, in der sie sich befinden, durch eigenes Bemühen bestmöglich zu gestalten. Jedoch sind es nicht die zugewanderten Ärzte allein, die in diesem Zusammenhang in die Pflicht genommen werden können. Es sind durchaus auch Gegebenheiten vor Ort, in den Kliniken, von Seiten der Kollegen und Krankenschwestern, die hier zum Tragen kommen und mit einzubeziehen sind. Auch in diesem Bereich sind Veränderungen notwendig und es sollte für bessere Grundvoraussetzungen eingetreten werden. Es sollte also nicht allein bei der Vorbereitung der Ärzte angesetzt werden, sondern auch im Hinblick auf die Bedingungen in den Kliniken etwas getan werden¹⁵.

In der Öffentlichkeit wird diese Tatsache jedoch gerne übersehen und bei auftretenden Problemen und Schwierigkeiten die alleinige Schuld bei den zugewanderten Ärzten gesucht. Nohl äußert sich in diesem Zusammenhang folgendermaßen:

„In der Geschichte der Einwanderung war es immer viel leichter, Integration bzw. Inklusion zu fordern, als Partizipation. Das zeigt sich zum Beispiel auch im Gesundheitswesen. Zwar sind die meisten Menschen in Deutschland per Krankenkassenmitgliedschaft in das Gesundheitssystem inkludiert und haben freien Ärztezugang; die Hürden, um am Gesundheitswesen als Mediziner etwa zu partizipieren, werden aber kontinuierlich hoch gesetzt. So scheint es in den Organisationen des Gesundheitswesens – von der Ärztekammer bis hin zur einzelnen Zahnarztpraxis – weniger Probleme zu geben, Migranten und Migrantinnen als Patienten zu inkludieren. Hierzu stellt man nötigenfalls einfach mehrsprachige Helferinnen ein und sichert sich auf diese Weise auch neue Pfründe. Weitaus schwieriger scheint es, Angehörige eingewanderter Minderheiten als Kollegen und Kolleginnen zu akzeptieren“ (Nohl 2008: 31).

Auch Eichler ist der Ansicht, dass im deutschen Gesundheitswesen „unter dem Banner der sogenannten 'inter- oder transkulturellen Öffnung der Dienste'“ (Eichler 2008: 25) zu wenig und nicht umfassend genug auf den Diskurs um Migration und Gesundheit reagiert wurde. Im deutschen Gesundheitswesen wird es auch zukünftig großen Bedarf an Zuwanderung von Fachkräften geben. Für Eichler ist es aus diesem Grund wichtig, dass diese Problematik wahrgenommen und tatsächlich darauf reagiert wird:

„Alle Gesellschaftsbereiche müssen sich in Deutschland auf eine zunehmend heterogene Bevölkerung einstellen. Nicht nur der Bereich der Gesundheitsversorgung muss sich mit dieser Tatsache auseinandersetzen und sich dieser Heterogenität stellen. Alle gesellschaftlichen Bereiche, Einrichtungen und Institutionen des öffentlichen Lebens sind mit neuen Anforderungen konfrontiert und müssen sich mit einer Öffnung und Neugestaltung ihrer Angebote und Dienste auseinandersetzen“ (Eichler 2008: 19-20).

Zusammenfassend soll nochmal darauf hingewiesen werden, dass zugewanderte Ärzte bereits seit einigen Jahren im deutschen Gesundheitswesen arbeiten und ein Beschäftigungspotenzial darstellen, das kaum mehr wegzudenken ist. Wie in dieser Arbeit gezeigt wurde, kann

¹⁵Diese Thematik soll im Ausblick aufgegriffen und erörtert werden.

die Beschäftigung von zugewanderten Ärzten, gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit, durchaus mit einigen Problemen verbunden sein und sollte aus diesem Grund gut vorbereitet werden. Allerdings birgt die Beschäftigung zugewanderter Ärzte auch viel Potenzial, von dem Gesundheitssystem und Patienten profitieren können. Dieses Potenzial, das im öffentlichen Diskurs kaum thematisiert wird, muss jedoch als solches erkannt und richtig verwertet werden. Zugewanderte Ärzte verfügen über Ressourcen, die sie mit sich bringen und der Gesellschaft zur Verfügung stellen können. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf das Beherrschen mehrerer Sprachen von Seiten der zugewanderten Ärzte, die neben ihrer Mutter- und der deutschen Sprache in der Regel über Kenntnisse in wenigstens einer weiteren Sprache verfügen. Friebe argumentiert im Hinblick auf Pflegende folgendermaßen:

„Es gibt zahlreiche Gründe, die Mehrsprachigkeit als wichtige Ressource in der Altenpflege anzuerkennen und zu fördern, denn die Migration hat die deutsche Gesellschaft kulturell und sprachlich vielfältiger werden lassen“ (Friebe 2008: 232).

Gerade in Anbetracht einer wachsenden Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund, die Deutsch wenig oder kaum beherrschen, ist es auch für Ärzte über die Maßen hilfreich, auf andere Sprachen zurückgreifen und eine Kommunikation auf diese Weise gewährleisten zu können. Aber auch für ausschließlich deutschsprachige Mitarbeiter stellt es einen Vorteil dar, Patienten, mit denen eine Verständigung kaum zu bewerkstelligen ist, an mehrsprachige Kollegen verweisen zu können. In diesem Zusammenhang wird die Einstellung von mehrsprachigen Fachkräften sogar als Strategie genutzt, um auf sprachliche Schwierigkeiten mit Patienten zu reagieren, wie Dreißig erläutert:

„Eine andere Möglichkeit stellt die verstärkte Einstellung zweisprachiger Mitarbeiter dar, wie sie in vielen Kliniken – auch in den beiden hier untersuchten Häusern – bereits seit vielen Jahren praktiziert wird“ (Dreißig 2005: 230).

Ein weiterer Vorteil in der Beschäftigung von zugewanderten Ärzten wird darin gesehen, dass sie im Vergleich zu Ärzten ohne Migrationshintergrund, verstärkt interkulturell kompetent handeln. Interkulturelle Kompetenz stellt sich sicher nicht automatisch ein, wird jedoch durch den eigenen Migrationshintergrund und die persönlichen Erfahrungen mit Fremdheit begünstigt. Dahingehend äußert sich auch Friebe:

„Während der Qualifizierung zeigte sich, dass Pflegende mit Migrationshintergrund gute Voraussetzungen zur Erlangung der interkulturellen Kompetenz haben. Sie verfügen über Wissen zu anderen „Kulturen“ und gesellschaftlichen Verhältnissen, zu anderen Wertvorstellungen, Normen, Religionen, politischen Situationen etc.“ (Friebe 2008: 236).

Die Kombination aus Mehrsprachigkeit und persönlicher Migrationserfahrung macht zugewanderte Ärzte für Patienten mit Migrationshintergrund in besonderem Maß attraktiv. Henkelmann stellt in ihrer Auseinandersetzung mit ausländischen Ärzten folgende Vermutung auf:

„Für einen Migranten, der bspw. in Deutschland sesshaft wird und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muss, ist möglicherweise nicht von Bedeutung, dass der behandelnde Mediziner perfektes Deutsch spricht, sondern dass er mit dem Arzt in

seiner Heimatsprache kommunizieren kann und in seiner besonderen Situation des Einwanderers verstanden wird“ (Henkelmann 2007: 140).

In diesem Zusammenhang verweist Henkelmann auf nach Deutschland zugewanderte Ärzte, die sie im Rahmen ihrer Untersuchung befragt hat. Diese Ärzte arbeiteten in einer eigenen Praxis und rekrutierten ihren Patientenstamm hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich, aus Patienten mit Migrationshintergrund (Henkelmann 2007: 112-113).

Des Weiteren beschäftigte sich Dreißig in ihrer Forschung u.a. mit Mitarbeitern im Krankenhaus, die über einen Migrationshintergrund verfügen oder zugewandert sind und die sie als „bikulturell“ bezeichnet. Sie kommt zu dem Schluss, dass diese in der Regel anders mit kultureller Differenz umgehen und ihr eine andere Bedeutung zuschreiben als ihre deutschen Kollegen:

„Bikulturelle Mitarbeiter neigten insgesamt weniger zu Fremdheitsgefühlen gegenüber zugewanderten Patienten; sie hatten eine geringere Tendenz zu kulturalisieren, und sie bewerteten sowohl kulturelle Differenz als auch die Krankenhaus-Multikulturalität eher positiv als deutsche Mitarbeiter“ (Dreißig 2005: 217).

Abschließend konnte somit gezeigt werden, dass zugewanderte Ärzte über Ressourcen verfügen, die sowohl Patienten, als auch Kollegen zu Gute kommen und sich positiv auf das Gesundheitswesen auswirken können.

8 Fazit

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit angesprochen wurde, stehen in der Diskussion um zugewanderte Ärzte in der Regel Probleme und Nachteile, die sich durch ihre Beschäftigung ergeben, im Fokus. Laut Gaßmann wurden:

„sehr stark die Defizite betont, die Migranten mit sich bringen und die angeblich ausgeglichen werden müssen, um den Anforderungen der Gesellschaft und des Arbeitsmarktes zu genügen. So wird Migration heute immer noch unter Belastungsgesichtspunkten gesehen, die zur Gefahr für den Sozialstaat und das friedliche Zusammenleben werden können“ (Gaßmann 1998: 115f.).

Durch diese Handhabung wird jedoch ein verzerrtes Bild gezeichnet, das den Blickwinkel der zugewanderten Ärzte nicht mit einbezieht und einseitig argumentiert, ohne die Multikausalität der Faktoren, die auf die Situation von zugewanderten Ärzten wirken, zu berücksichtigen.

Um einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und um diese einseitige und problemzentrierte Sichtweise über zugewanderte Ärzte in Deutschland zu hinterfragen, zu relativieren und zu einer holistischen Darstellung zu ergänzen, wurden in der vorliegenden Arbeit schwerpunktmäßig zwei Themenkomplexe bearbeitet. Auf der einen Seite wurde die Vorbereitung von zugewanderten Ärzten in einem Weiterbildungsprojekt untersucht und auf der anderen Seite die Situation, in der sich zugewanderte Ärzte in Deutschland befinden, beleuchtet, wobei den Schwierigkeiten und Problemen, mit denen sie hier konfrontiert werden, nachgegangen wurde. Auf diese Weise konnte ein Einblick in die Lebensrealität zugewanderter Ärzte gewonnen und die Komplexität der Wirkmechanismen aufgezeigt werden.

Anstatt einzig Defizite zu betonen, sollten auch Ressourcen, Fähigkeiten, Kompetenzen und Fachwissen von Migranten zur Kenntnis genommen und gefördert werden. In diesem Zusammenhang sollten wir uns nicht nur die Frage stellen „Welche Nachteile können durch die Beschäftigung von zugewanderten Ärzten entstehen?“, sondern auch „Welcher Handlungsbedarf und welche Möglichkeiten und Chancen resultieren aus der Zuwanderung für unsere Gesellschaft?“ (Friebe 2008: 219).

Zusammenfassend ist darauf zu verweisen, dass Weiterbildungsmaßnahmen, wie das Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar, sehr sinnvoll sind, um zugewanderte Ärzte auf ihrem Weg in die Berufstätigkeit optimal zu unterstützen und auf die ärztliche Tätigkeit in Deutschland vorzubereiten. Wenn die Ärzte einerseits gut vorbereitet werden und sich auch persönlich um eine bestmögliche Positionierung bemühen und sie andererseits in den Kliniken akzeptiert, gut aufgenommen und eingearbeitet werden, ist ihre Beschäftigung in Deutschland als absoluter Gewinn und als Entlastung zu bewerten. In diesem Sinne sollten wir Abstand nehmen von Aussagen wie „Hilfe die ausländischen Ärzte kommen“. Der Fokus sollte sich vielmehr auf das Potenzial richten, das in der Beschäftigung zugewanderter Ärzte liegt, und wir sollten uns fragen, wie wir deren Integration bestmöglich gestalten können, so dass die Zuwanderungssituation sowohl für die Migranten als auch für das Einwanderungsland zu einem Gewinn wird. Bleibt zum Schluss nur noch zu sagen:

„Ich wünsche mir für die Teilnehmer, dass sie hier ankommen und auch in diesem Beruf ankommen, den sie bereits in ihrem Herkunftsland ausgeübt haben, nicht ohne Grund, sondern weil sie es wollten, weil sie Arzt oder Ärztin sein wollten“ (Herr K., Dozent).

9 Ausblick

Wie bereits in der Analyse angesprochen wurde, sind es nicht allein die zugewanderten Ärzte, die gefordert sind, ihre Situation, durch Weiterbildung und eigene Initiative, bestmöglich zu gestalten. Auch in den Kliniken sollte etwas getan werden. Vor allem auf Seiten der Chef- und Oberärzte, Kollegen und Krankenschwestern besteht ein Fortbildungsbedarf im Umgang mit kultureller Differenz. Diesem könnte durch interkulturelle Trainings begegnet werden, die als Sensibilisierung im Umgang mit kultureller Differenz äußerst sinnvoll sind und sich nicht nur auf die Situation von und die Beziehung mit zugewanderten Ärzten, sondern auch auf den Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund, positiv auswirken. Da sich verschiedentlich gezeigt hat, dass die Einstellung von Chefarzten und Oberärzten ihren ausländischen Assistenzärzten gegenüber erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsatmosphäre und die Akzeptanz von Kollegen und Schwestern haben kann, wäre es meiner Ansicht nach besonders wichtig, genau hier anzusetzen und gerade Chefarzte und Oberärzte in interkulturellen Trainings fortzubilden.

Zusätzlich zur interkulturellen Bildung von Krankenhauspersonal kommt der Beschäftigung von zugewanderten Ärzten, die bereits seit mehreren Jahren in Deutschland arbeiten und evtl. selbst bereits Oberarzt-Status haben, eine große Bedeutung zu. Auf der einen Seite haben sie, wie von einigen Teilnehmern berichtet wurde, im Allgemeinen weniger Berührungspunkte mit

zugewanderten Assistenzärzten und bringen für deren Situation auch mehr Verständnis auf. Dies kann die Zusammenarbeit ungemein erleichtern. Auf der anderen Seite wären in diesem Zusammenhang beispielsweise auch Vorträge dieser „etablierten“ zugewanderten Ärzte, im Rahmen derer sie von ihrer Anfangszeit, ihren Problemen und Maßnahmen berichten könnten, von Interesse. Einerseits könnten Vorträge dieser Art in Weiterbildungsmaßnahmen für zugewanderte Ärzte eingebunden werden, um diesen aufzuzeigen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein dastehen und dass es anderen vor ihnen ähnlich erging. Dadurch hätten sie die Chance aus den „Fehlern“ und Geschichten der Ärzte lernen zu können und wüssten, was konkret auf sie zukommen kann. Andererseits wären solche Vorträge auch in den Kliniken sinnvoll, um auf die Situation von zugewanderten Ärzten aufmerksam zu machen und (deutsche) Kollegen für das Thema zu sensibilisieren. Auf diese Weise könnten sich diese besser in die Lage von zugewanderten Ärzten versetzen und ihre Probleme eher nachvollziehen. Solch eine Thematisierung könnte auch helfen, Vorurteile und Rassismus im Umgang mit zugewanderten Ärzten abzubauen.

Abschließend stellt sich die Frage nach dem Beitrag, den die Ethnologie in diesem Zusammenhang leisten kann oder leisten sollte.

In deutschen Kliniken sind nun seit einigen Jahren zugewanderte Ärzte beschäftigt und nicht nur daraus ergibt sich die Tatsache, dass hier Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund aufeinander treffen und das in teilweise sehr heiklen Situationen. Welche Auswirkungen die Beschäftigung von zugewanderten Ärzten hat, wie darauf reagiert wird und welche Handlungsbedarfe und Chancen sich daraus ergeben, wurde in der Wissenschaft und hier auch der Ethnologie jedoch kaum zur Kenntnis genommen oder für relevant befunden. Dies spiegelt sich auch in der geringen Zahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Themenbereich wider. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wäre wünschenswert, würde mehr Bewusstsein in der Öffentlichkeit schaffen und könnte dazu beitragen, diese Thematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten. Gerade die Ethnologie, die vornehmlich mit qualitativen Methoden arbeitet und deren Ziel es ist, kulturspezifische Vorstellungen und Werte zu erforschen, eignet sich hierbei besonders gut, um in die Tiefe zu gehen, tatsächliche Einblicke zu generieren, sowie die Beteiligten selbst zu Wort kommen zu lassen.

In deutschen Kliniken sind nun seit einigen Jahren zugewanderte Ärzte beschäftigt und nicht nur daraus ergibt sich die Tatsache, dass hier Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund aufeinander treffen und das in teilweise sehr heiklen Situationen. Welche Auswirkungen die Beschäftigung von zugewanderten Ärzten hat, wie darauf reagiert wird und welche Handlungsbedarfe und Chancen sich daraus ergeben, wurde in der Wissenschaft und hier auch der Ethnologie jedoch kaum zur Kenntnis genommen oder für relevant befunden. Dies spiegelt sich auch in der geringen Zahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Themenbereich wider. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wäre wünschenswert, würde mehr Bewusstsein in der Öffentlichkeit schaffen und könnte dazu beitragen, diese Thematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten. Gerade die Ethnologie, die vornehmlich mit qualitativen Methoden arbeitet und deren Ziel es ist, kulturspezifische Vorstellungen und Werte zu erforschen, eignet sich hierbei besonders gut, um in die Tiefe zu

gehen, tatsächliche Einblicke zu generieren, sowie die Beteiligten selbst zu Wort kommen zu lassen.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass die Ethnologie diesen Bereich verstärkt als Handlungsgebiet ansehen sollte und die Arbeit von Ethnologen hier sinnvoll und nützlich wäre. Denn „wesentliche Aufgabe und größte Stärke der Ethnologie ist die Überbrückung der kulturellen Distanz zwischen den Gesellschaften“ (Klocke-Daffa 2007: 20) sowie innerhalb einer Gesellschaft.

10 Anhang

Anhang 1: Leitfaden Interviews

I: Beispiel Experteninterview (mit der Gründerin des Ärzteprojektes):

1. Seit wann gibt es das Ärzteprojekt?
2. Wie ist es entstanden?
3. Was waren die anfänglichen Schwierigkeiten?
4. Was sind die Unterschiede zu heute?
5. Wie viele ausländische Ärzte haben das Projekt bis heute etwa durchlaufen?
6. War das Projekt von Anfang an so konzipiert wie es jetzt ist? Was wurde verändert/angepasst und warum?
7. Aus welchem Grund gibt es ein Vorab-Gespräch mit den ausländischen Ärzten und was wird hier besprochen?
8. Was sind die Voraussetzungen damit die ausländischen Ärzte ins Projekt aufgenommen werden?
9. Werden manche Ärzte auch abgelehnt und wenn ja aus welchen Gründen?
10. Ist die Nachfrage bei ausländischen Ärzten groß?
11. Wie ist das Bewusstsein für das Ärzteprojekt in der Öffentlichkeit und wie hat sich das im Laufe der Zeit verändert?
12. War es schwierig die ausländischen Ärzte an Kliniken zu vermitteln? Und heute?
13. Bekommen die Ärzte an den Kliniken etwas bezahlt, im ersten Jahr?
14. Werden die Ärzte in ihren Kliniken von jemandem vom Ärzteprojekt besucht?
15. Wie wird das Ärzteprojekt finanziert und müssen die ausländischen Ärzte auch etwas bezahlen?
16. Sind Sie auch mal frustriert im Hinblick auf das Ärzteprojekt?
17. Was sehen Sie als Vor- und Nachteile des Weimarer Ärzteprojektes zu anderen Institutionen die ausländische Ärzte schulen?
18. Was wünschen Sie sich für das Ärzteprojekt für die Zukunft?

II: Interviews mit Dozenten des Kurses:

1. Wie lange unterrichten Sie bereits beim Ärzteprojekt?
2. Wie sind Sie zum Ärzteprojekt gekommen?
3. Wieso haben Sie sich dazu entschieden fürs Ärzteprojekt zu arbeiten?
4. Was möchten Sie den Ärzten in diesem Training vermitteln?
5. Auf was können Sie die ausländischen Ärzte gut vorbereiten und auf was weniger gut bzw. gar nicht?
6. Halten Sie das Training der Ärzte für effektiv?
7. Wann würden Sie davon sprechen, dass das Training erfolgreich war? Und wann war es das nicht?
8. Welche Probleme sehen Sie auf die Ärzte zukommen? Privat und vor allem beruflich?
9. Denken Sie dass die ausländischen Ärzte auch Vorteile gegenüber den deutschen Ärzten haben?
10. Passiert es häufig, dass ausländische Ärzte das Training abbrechen/ das Projekt verlassen oder die Prüfung am Ende nicht machen?
11. Fallen viele Ärzte durch die Prüfung am Ende durch?
12. Hat sich Ihr Unterricht im Laufe der Zeit verändert/ bestimmten Gegebenheiten angepasst?
13. Hat sich die Klientele im Laufe der Zeit verändert (Länder/ Geschlecht/ Alter)?
14. Welche Erfahrungen wurden mit ausländischen Ärzten gemacht? Gibt es welche die weniger Probleme haben und welche die mehr Probleme haben? Nationalitäten spezifisches?
15. Können Sie sich an besondere Fälle oder Vorkommnisse erinnern?
16. Haben Sie heute noch Kontakt zu ausländischen Ärzten die das Projekt durchlaufen haben?
17. Haben Sie selbst ausländische Ärzte als Kollegen oder schon einmal als Kollegen gehabt? Wenn ja, gab es irgendwelche Probleme/ Schwierigkeiten mit Kollegen oder Patienten?
18. Was wünschen Sie sich für das Ärzteprojekt und für die ausländischen Ärzte?

III: Interviews mit zugewanderten Ärzten, die den aktuellen Kurs besuchten:

1. Wie finden sie das Ärzteprojekt? Was finden sie gut und was nicht? Was ist unnötig oder überflüssig? Was hätten sie sich noch gewünscht?
2. Haben sie in ihrem Herkunftsland bereits als Arzt gearbeitet?
3. Sind ihnen Unterschiede aufgefallen zum arbeiten als Arzt in Deutschland und in ihrem Herkunftsland? Rolle/ Status; Verhalten (Nähe/ Distanz); Macht.
4. Sind ihnen kulturelle Unterschiede aufgefallen? Z.B in Bezug auf bestimmte Situationen (Umgang mit Schmerz, unheilbarer Krankheit, Tod und Trauer)?
5. Können sie sich an eine Situation erinnern, bei der ihnen das Verhalten von Patienten/ Kollegen/ Schwestern komisch/ eigenartig vorkam und sie dachten „Die Deutschen...“?
6. Wie fühlen sie sich von deutschen Vorgesetzten/ Kollegen und Schwestern behandelt? Hatten sie schon mal das Gefühl auf Grund von Sprachschwierigkeiten von oben herab behandelt worden zu sein?
7. Was sind Probleme oder Schwierigkeiten beim Arbeiten? Z.B. mit Vorgesetzten, Kollegen, Schwestern, Patienten.
8. Was wünschen sie sich für die Zukunft fürs Arbeiten? Was würden sie gern an ihrer Arbeitsstelle verändern?
9. Wenn sie Patienten mit Migrationshintergrund in der Klinik haben und sie sprechen dieselbe Sprache werden sie dann öfters dazu geholt?
10. Sind sie der Meinung, dass sie sich auf Patienten mit Migrationshintergrund besser einlassen können als deutsche Ärzte?

Anhang II: Beispiel Mindmap-Bogen

Erwartungen und Wünsche



- 1 Sie arbeiten bald als Arzt/Ärztin oder als Krankenschwester/Krankenpfleger in einem deutschen Krankenhaus. Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie? Ergänzen Sie.



11 Abbildungsverzeichnis

Anmerkung: Alle Abbildungen sind von der Verfasserin selbst erstellt worden.

Abb. 1	Modell der äußeren und inneren Faktoren	103
Abb. 2	Modell der passiven Wirkungsbereiche und aktiven Handlungsfelder	108

12 Literaturverzeichnis

Anabin Informationsportal zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse. Online verfügbar unter: <http://anabin.kmk.org/>, zuletzt eingesehen am 05.07.2012.

Anerkennung in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/>, zuletzt geprüft am 05.07.2012.

Altorki S. und C. El-Solh (1988): Introduction. In: Altorki S. und C. El-Solh (Hrsg.) (Hg.): Arab Women in the field. Studying your own society. New York: Syracuse University Press, S. 1–23.

Ärzteblatt Thüringen. Online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt-thueringen.de/>, zuletzt eingesehen am 11.01.2013.

Beer, Bettina (2008): Feldforschungsmethoden. In: Bettina Beer (Hg.): Methoden ethnologischer Feldforschung. 2. Aufl. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks).

Bliesener, Thomas (1986): Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Unter Mitarbeit von Karl Köhle. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bosse, Elke (2007): Vermittlung interkultureller Kompetenzen im Hochschulstudium. In: Brigitta Schmidt-Lauber (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. Berlin: Reimer (Reimer Kulturwissenschaften), S. 275–283.

Bradby, Hannah (2013): A review of research and policy documents on the international migration of Physicians and nurses. Working Paper. Max-Planck-Institut zur Erforschung multireligiöser und multiethnischer Gesellschaften, Göttingen.

Bundesärztekammer (2013): Ärztestatistik. Online verfügbar unter: <http://bundesaeztekammer.de/aerztestatistik>, zuletzt geprüft am 14.03.13

Bundesärztekammer, Abteilung Statistik - Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen - ein Widerspruch der keiner ist. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/analyse-kopetsch.pdf>, zuletzt geprüft am 14.03.2013.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (1998): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung, Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Hilden, 23. - 25.03.2000. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Bundestag (2004): Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern. Zuwanderungsgesetz. Online verfügbar unter [zuwanderungsgesetz.pdf](#).

Chaloff, Jonathan und Thomas Liebig (2013): Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte: Deutschland. Unter Mitarbeit von Julia Jauer und Karolin Krause Jason Gagnon. OECD. Online verfügbar unter <Http://dx.doi.org/10.1787/9789264191>.

Chrisman, Noel J. and Thomas W. Maretzki (1982): Anthropology in health science settings. In: Noel J. Chrisman (Hg.): Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings. 3. Aufl. Dordrecht: Reidel, S. 1–31.

- Chrisman, Noel J. (1982): Anthropology in Nursing. In: Noel J. Chrisman (Hg.): Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings. 3. Aufl. Dordrecht: Reidel, S. 117–140.
- Coenen, Katrin; Christiane Götze und Annett Roswora (2012): Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse in Thüringen. Hg. v. Petra Heß. Institut für Berufsbildung und Sozialmanagement. Online verfügbar unter [Handreichung_Anerkennung_032012.pdf](#).
- Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer (Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin).
- Dreißig, Verena (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Dürr, Eveline (2009): Kulturbegegnung und Identitätsbildung. In: Alois Moosmüller (Hg.): Konzepte kultureller Differenz. Münster, München, Berlin: Waxmann (Münchener Beiträge zur interkulturellen Kommunikation).
- Eichler, Katja Johanna (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Englmann, Bettina und Martina Müller (2007): Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Unter Mitarbeit von Felix König und Dilek Tunay Tanja Gerschewski. Hg. v. Tür an Tür - Integrationsprojekte GmbH. TP Global Competences. Augsburg. Online verfügbar unter [www.tuerantuer.de](#).
- Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Ungekürzte Ausg. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Friebe, Jens (2003): Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. In: Jens und Michaela Zalucki Friebe (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Friebe, Jens (2008): Pflegende mit Migrationshintergrund als Adressaten der Bildung in der Altenhilfe. In: Birgit Rommelspacher (Hg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Ingrid Kollak. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 217–240.
- Gaines, Atwood D. (1982): Knowledge and Practice: Anthropological Ideas and psychiatric practice. In: Noel J. Chrisman (Hg.): Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings. 3. Aufl. Dordrecht: Reidel.
- Gaines, Atwood D. und Robert A. Hahn (1985): Among the physicians. encounter, exchange and transformation. In: Robert A. Hahn (Hg.): Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice. Dordrecht: Reidel.
- Gaßmann, R. (1998): Zusammenfassung projektübergreifender Aspekte der Diskussionen. In: Senioren Frauen und Jugend Bundesministerium für Familie (Hg.): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung, Ausländische und deutsche

- Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Hilden, 23. - 25.03.2000. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Ginkel, Rob van (1994): Writing Culture from within. Reflections on endogenous Ethnography. In: *Etnofoor* (VII, 1), S. 5–23.
- Giordano, Christian (1996): Die Rolle von Missverständnissen bei Prozessen der Interkulturellen Kommunikation. In: Klaus Roth (Hg.): *Mit der Differenz leben. Europäische Ethnologie und interkulturelle Kommunikation*. Münster: Waxmann (Südosteuropa-Schriften), S. 31–42.
- Girke, Matthias (2007): *Patient-Arzt-Beziehung*. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Girtler, Roland (2001): *Methoden der Feldforschung*. 4. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH.
- Gläser, Jochen und Grit Laudel (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- Good, Byron J. (1994): *Medicine, rationality and experience. An Anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron J.; Herrera, Henry; DelVecchio-Good, Mary-Jo und James Cooper (1985): Reflexivity, Countertransference and clinical Ethnography. A case from a psychiatric cultural consultation clinic. In: Robert A. Hahn (Hg.): *Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel.
- Greifeld, Katarina (2003): Einführung in die Medizinethnologie. In: Katarina Greifeld (Hg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. 3. Aufl. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks), S. 11–37.
- Gutmann, Rolf (2005): *Das neue Zuwanderungsgesetz und alte Verirrungen*. Online verfügbar unter: <http://www.rechtsanwalt-pitterle.de/files/zuwanderungsgesetz.pdf>, zuletzt eingesehen am 07.07.2012
- Hadeed, Anwar (2004): *Sehr gut ausgebildet und doch arbeitslos. Zur Lage höher qualifizierter Flüchtlinge in Niedersachsen*. Oldenburg.
- Hahn, Robert A. (Hg.) (1985): *Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel.
- Haller, Dieter (2005): *Dtv-Atlas Ethnologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Hauser-Schäublin, Brigitta (2001): *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Hauser-Schäublin, Brigitta (2008): *Teilnehmende Beobachtung*. In: Bettina Beer (Hg.): *Methoden ethnologischer Feldforschung*. 2. Aufl. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks).
- Heidemann, Frank (2011): *Ethnologie. Eine Einführung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helman, Cecil G. (1985): *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. Paperback ed. Bristol: Wright.

- Henkelmann, Yvonne (2007): *Ärzte in der Fremde. Karrieren und Sprachkenntnisse von eingewanderten Medizinerinnen in Deutschland und Kanada*. Berlin: Logos Verlag (Berliner Arbeiten zur Erziehungs- und Kulturwissenschaft, 32).
- Henkelmann, Yvonne (2012): *Migration, Sprache und kulturelles Kapital*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heß, Barbara (2009): *Zuwanderung von Hochqualifizierten aus Drittstaaten nach Deutschland. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung*. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg.
- Heß, Barbara (2012): *Zuwanderung von Fachkräften nach § 18 AufenthG aus Drittstaaten nach Deutschland. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Arbeitsmigranten*. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg.
- Hoesch, Kirsten (2009): *Was bewegt Mediziner? Die Migration von Ärzten und Pflegepersonal nach Deutschland und Großbritannien*. UB: 49 A 9219. Berlin: LIT Verlag.
- Johnson, Thomas M. (1985): *Consultation-Liaison Psychiatry*. In: Robert A. Hahn (Hg.): *Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel.
- Kalitzkus, Vera (2003): *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation; eine medizinethnologische Studie*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Kellnhäuser, Edith (1999): *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley, Calif: Univ. of California Press.
- Kleinman, Arthur (1982): *Clinically Applied Anthropology on a psychiatric Consultation-Liaison Service*. In: Noel J. Chrisman (Hg.): *Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings*. 3. Aufl. Dordrecht: Reidel, S. 83–115.
- Kleinman, Arthur (2010): *Medicine's Symbolic Reality - on a central Problem in the philosophy of medicine*. In: Byron J. Good (Hg.): *A reader in medical anthropology. Theoretical trajectories emergent realities*. 1. Aufl. Oxford: Wiley-Blackwell, S. 85–90.
- Klocke-Daffa, Sabine (2004): *Ethnologie - Was ist das denn?* In: Ursula Bertels (Hg.): *Aus der Ferne in die Nähe. Neue Wege der Ethnologie in die Öffentlichkeit*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann (Praxis Ethnologie), S. 13–20.
- Klocke-Daffa, Sabine (2007): *Interkulturelles Lernen in Deutschland aus Sicht der Ethnologie*. In: Ursula Bertels (Hg.): *Fremdes Lernen. Aspekte interkulturellen Lernens im internationalen Diskurs*. Münster, München, Berlin: Waxmann (Praxis Ethnologie).
- Koch, Gertraud (2009): *Zur Spezifik ethnologischer Beiträge in der Interkulturellen Kommunikation*. In: Gertraud Koch (Hg.): *Kulturelle Vielfalt als Gestaltungsaufgabe. Ethnologische Beiträge aus diversen Praxisfeldern*. St. Ingbert: Röhrig (Wissen - Kultur - Kommunikation), S. 199–211.

- Koch-Straube, Ursula (1997): *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*. 1. Aufl. Bern, Göttingen: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Kopetsch, Thomas (2005): *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung*. 3. Aufl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin.
- Landesärztekammer Thüringen. Online verfügbar unter: <http://www.laek-thueringen.de/wcms/DocsID/index.html>, zuletzt geprüft am 10.02.2013.
- Lock, Margaret und Vinh Kim Nguyen (Hg.) (2010): *An Anthropology of Biomedicine*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Lüsebrink, Hans-Jürgen (2008): *Interkulturelle Kommunikation. Interaktion Fremdwahrnehmung Kulturtransfer*. 2. Aufl. Stuttgart, Weimar: Metzler.
- Maretzki, Thomas W. (1985): Including the physician in healer-centered research. Retrospect and prospect. In: Robert A. Hahn (Hg.): *Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel.
- Migration und Integration (2011). Online verfügbar unter www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2011/Migration_und_Integration.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.02.12.
- Möbus, Claudia (2011): *Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Informationsbroschüre für Zugewanderte und Beratungsstellen*. Unter Mitarbeit von Katharina Koch Michaela Grau Elke Knabe. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg.
- Moosmüller, Alois (1996): *Interkulturelle Kompetenz und Interkulturelle Kenntnisse. Überlegungen zu Ziel und Inhalt auslandsvorbereitender Trainings*. In: Klaus Roth (Hg.): *Mit der Differenz leben. Europäische Ethnologie und interkulturelle Kommunikation*. Münster: Waxmann (Südosteuropa-Schriften), S. 271–290.
- Moosmüller, Alois (2007): *Interkulturelle Kommunikation als Wissen und Alltagspraxis*. In: Brigitta Schmidt-Lauber (Hg.): *Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder*. Berlin: Reimer (Reimer Kulturwissenschaften), S. 235–254.
- Moosmüller, Alois (2007): *Interkulturelle Kommunikation aus ethnologischer Sicht*. In: Alois Moosmüller (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation. Konturen einer wissenschaftlichen Disziplin*. Münster, München, Berlin: Waxmann (Münchener Beiträge zur interkulturellen Kommunikation), S. 13–49.
- Moosmüller, Alois (2009): *Kulturelle Differenz: Diskurse und Kontexte*. In: Alois Moosmüller (Hg.): *Konzepte kultureller Differenz*. Münster, München, Berlin: Waxmann (Münchener Beiträge zur interkulturellen Kommunikation), S. 13–45.
- Nohl, Arnd-Michael (2006): *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.

- Nohl, Arnd-Michael (2008): Migration - Integration - Partizipation: Herausforderungen und Ziele. In: Birgit Rommelspacher (Hg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Ingrid Kollak. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 15–33.
- Nohl, Arnd-Michael; Karin Schittenhelm; Oliver Schmidtke; Anja Weiß (Hg.) (2010): Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nohl, Arnd-Michael; Schittenhelm, Karin; Schmidtke, Oliver und Anja Weiß (2010): Zur Einführung: Migration, kulturelles Kapital und Statuspassagen in den Arbeitsmarkt. In: Arnd-Michael Nohl, Karin Schittenhelm, Oliver Schmidtke und Anja Weiß (Hg.): Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nordmeyer, Jutta (1978): Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. Unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten. Hamburg (Dissertation).
- Oberlander Dr., Willi (2010): Sicherung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Unter Mitarbeit von Hendrik Faßmann Brigitte Merz Milko Moundjiev Kerstin Eggert. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Pfleiderer, Beatrix (2003): Zur kulturellen Konstruktion biomedizinischen Tuns und Wissens. In: Katarina Greifeld (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. 3. Aufl. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks), S. 165–197.
- Rommelspacher, Birgit (2008): Pflege in einem multikulturellen Umfeld. In: Birgit Rommelspacher (Hg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Ingrid Kollak. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Roth, Klaus (1996): Erzählen und Interkulturelle Kommunikation. In: Klaus Roth (Hg.): Mit der Differenz leben. Europäische Ethnologie und interkulturelle Kommunikation. Münster: Waxmann (Südosteuropa-Schriften), S. 63–78.
- Roth, Klaus (1996): Europäische Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation. In: Klaus Roth (Hg.): Mit der Differenz leben. Europäische Ethnologie und interkulturelle Kommunikation. Münster: Waxmann (Südosteuropa-Schriften), S. 9–30.
- Rühl, Stefan (2012): Migrationsbericht. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Hg. v. Bundesministerium des Innern. Berlin.
- Schlehe, Judith (2008): Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In: Bettina Beer (Hg.): Methoden ethnologischer Feldforschung. 2. Aufl. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks).
- Schmidt-Lauber, Brigitta (2007): Das qualitative Interview, oder: Die Kunst des Reden-Lassens. In: Silke und Albrecht Lehmann Göttisch (Hg.): Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Berlin: Dierich Reimer Verlag, S. 169–188.

- Schmidt-Lauber, Brigitta (2007): Feldforschung. Kulturanalyse durch teilnehmende Beobachtung. In: Silke und Albrecht Lehmann Götsch (Hg.): Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Berlin: Dierich Reimer Verlag, S. 219–248.
- Schroll-Machl, Sylvia (2007): Die Deutschen - wir Deutsche. Fremdwahrnehmung und Selbstsicht im Berufsleben. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sökefeld, Martin (2009): Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation. In: Gertraud Koch (Hg.): Kulturelle Vielfalt als Gestaltungsaufgabe. Ethnologische Beiträge aus diversen Praxisfeldern. St. Ingbert: Röhrig, S. 23–31.
- Srur, Nadya (2010): Berufliche Integrationsförderung für immigrierte ÄrztInnen. Good-Practice-Ansätze und die Entwicklung neuer Integrationsstrategien in Deutschland und Großbritannien. In: Arnd-Michael Nohl, Karin Schittenhelm, Oliver Schmidtke und Anja Weiß (Hg.): Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thomas, Alexander; Eva-Ulrike Kinast und Sylvia Schroll-Machl (2003): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 1: Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thüringen. Online verfügbar unter: <http://www.thueringen.de/>, zuletzt eingesehen am 10.01.2013.
- Thüringer Landesamt für Statistik. Online verfügbar unter: <http://statistik.thueringen.de>, zuletzt eingesehen am 10.01.2013
- Thüringer Landesverwaltungsamt. Online verfügbar unter: <http://www.thueringen.de/th3/tlvwa/>, zuletzt eingesehen am 15.07.2012).
- Uzarewicz, Charlotte (2007): Ethnologische Gesundheitsarbeit und transkulturelle Pflege. In: Brigitta Schmidt-Lauber (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. Berlin: Reimer (Reimer Kulturwissenschaften), S. 293–301.
- Zaman, Shahaduz (2005): Broken limbs, broken lives. Ethnography of a hospital ward in Bangladesh. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Zimmermann, Emil (2010): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Huber Verlag.
- Znoj, Heinzpeter (2012): Geschichte der Ethnologie. In: Bettina und Hans Fischer Beer (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. Berlin: Reimer Verlag, S. 33–52.