

Die Ärzteschaft türkischer Herkunft und die „Entdeckung des türkischen Patienten“ – zur Ethnisierung der Gesundheitsversorgung in (West-)Deutschland

Datum : 26. Juni 2017

Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs werden Patient/innen mit einem sogenannten Migrationshintergrund heute als eine Gruppe gesehen, deren medizinische Versorgung besondere Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem stellt. Teils werden sie auch zu den vulnerablen Patientengruppen gezählt, weil sie aufgrund belastender Migrationserfahrungen oder sozioökonomischer Faktoren als besonders verletzlich gelten und zudem erschwert Zugang zu Gesundheitsleistungen bekommen (Huber et al. 2008).

Als drängendste Schwierigkeiten der Gesundheitsversorgung der migrierten Wohnbevölkerung werden Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede gesehen (Deutscher Ethikrat 2016: 12). Die ökonomischen, rechtlichen und ethischen Probleme, die sich daraus ergeben, betreffen beispielsweise die ärztliche Haftung und Patientenrechte, Folgekosten durch unzureichende Behandlungen oder den sozial gerechten Versorgungsauftrag (Falge et al. 2014: 332). Aufgrund aktueller Migrationsbewegungen intensiviert sich diese Debatte, wobei vor allem die gesundheitliche Situation und die medizinische Versorgung von Asylsuchenden im Vordergrund stehen (Frank et al. 2017: 25).

Die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft stellt diejenige ethnisierte Gruppe dar, zu deren Gesundheit bisher mit Abstand die meisten Studien durchgeführt wurden. Mittlerweile berichten jedoch immer mehr Forschende davon, dass sie kaum noch Zugang zu Interviewpartner/innen bekommen, weil beispielsweise türkische Vereine eine Kooperation verweigern. Die Verantwortlichen möchten nicht länger als sogenannte Gatekeeper in die „türkische Community“ hinein fungieren und ihre Mitglieder gewissermaßen als Untersuchungsobjekte zur Verfügung stellen. Daran zeigt sich, dass die gesundheitliche Versorgung der türkeistämmigen Bevölkerung durchaus mit Interessenkonflikten einhergehen kann. Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Ärzteschaft türkischer Herkunft ein, die bereits seit den frühen 1960er Jahren maßgeblich an der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik beteiligt ist.

In meiner Dissertation analysierte ich die türkisch-deutsche Medizinermigration sowie die beruflichen und gesellschaftlichen Positionierungsprozesse der Ärzteschaft türkischer Herkunft in der Bundesrepublik. Für diese qualitative Studie führte ich Leitfadenterviews mit 29 (post-)migrantischen Ärzt/innen türkischer Herkunft, die in Deutschland tätig sind oder waren, sowie Experteninterviews mit drei (ehemaligen) Vorstandsvorsitzenden von deutsch-türkischen Medizinervereinen. Die Interviews fanden zwischen Mai 2010 und September 2011 statt; größtenteils in der Bundesrepublik, aber auch während eines dreimonatigen Forschungsaufenthaltes in Istanbul, Türkei. Abgesehen von den Vereinsvorständen wurden in diesem Beitrag alle Befragten anonymisiert.

Ärzt/innen und Patient/innen türkischer Herkunft in Deutschland heute

Insbesondere die niedergelassenen der befragten Ärzt/innen behandeln in hohem Maße türkeistämmige Patient/innen. Diese konsultieren die Mediziner/innen, weil sie sich von ihnen aufgrund der „gemeinsamen“ türkischen Herkunft einen vereinfachten Zugang zu medizinischen Leistungen oder ein besonderes Verständnis für ihre persönliche Situation erhoffen (Pepler 2016a). Dr. Levent beispielsweise bezeichnet seine Praxis deshalb als „Ethnopraxis“ (Levent 2007) und Dr. Baydar spricht von „Kopftuchpraxen [...], wo praktisch nur Türken reingehen und türkisch begrüßt werden, [...] wo sich die türkische Gemeinde im Vorzimmer trifft“ (Baydar 2010). Die Arzt-Patienten-Kommunikation basiert dabei auf einem spezifischen medizinkulturellen Wissen, das über die Sprachkenntnisse hinausgeht. So beschreibt Dr. Levent, inwiefern sich seine Patient/innen in Krankheitsempfinden und -äußerungen von denen deutscher Herkunft unterscheiden:

„[S]owohl die Kurden als auch die Türken, aber auch fast alle, die mediterran sind, sind sehr emotional. Das ist also grundsätzlich auch eine andere Streitkultur zum Beispiel. Eine andere Ebene der Sachlichkeit, eine andere Ebene der Emotionalität, 'ne andere argumentative Technik, mit der man miteinander umgeht. Das heißt also, ich muss ganz anders mit den Menschen umgehen, auch in der Behandlung.“ (Levent 2007, *Unterstrich: Betonung im Interview*)

Sein Kollege Herr Zeyrek wiederum beschreibt Unterschiede im Gesundheitshandeln. Es gebe beispielsweise „eine deutsche und eine türkische Art und Weise“ des Umgangs mit erhöhten Cholesterinwerten: „[D]er [deutsche] Patient macht Diät, macht Sport und passt auf sich auf. [...] Patienten gehen auch Fahrrad fahren, joggen herum und machen auch wirklich Salat und so weiter.“ Dahingegen denke sich der türkische Patient: „[I]ch will meinen Kuchen essen und mein Börek dazu essen und noch meine Tablette dazu schlucken.“ Die Ärzt/innen müssten ihre Behandlung folglich auf das Verhalten der Patient/innen einstellen (Zeyrek 2011).

Solch eine kultursensible Gesundheitsversorgung wird bereits seit den 1970er Jahren gefordert – und zwar primär von migrierten Gesundheitsexpert/innen (Falge et al. 2014: 330). Zu ihnen zählt auch die Ärzteschaft türkischer Herkunft. War sie bis Mitte der 1970er Jahre aufgrund des „Ärztmangels“ für die generelle Gesundheitsversorgung zuständig, verlagerte sich ihre Expertise seitdem zunehmend auf die medizinische Behandlung der türkeistämmigen Wohnbevölkerung. Damit einher ging deren Identifizierung als eine Patientengruppe mit „spezifischen Bedürfnissen“; die Sozialfigur „türkischer Patient“ wurde sozusagen bemerkt und ausdefiniert. Diese Entwicklung verlief keineswegs linear oder zielgerichtet. Sie ist vielmehr das Resultat vielfältiger Einflussfaktoren, beispielsweise migrations- und gesundheitspolitischer Entwicklungen sowie des öffentlichen Diskurses. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle die Ärzteschaft türkischer Herkunft bei der „Entdeckung des türkischen Patienten“ seit den 1970er Jahren spielte. Dies impliziert auch die Frage, inwiefern sich strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf diesen Prozess auswirkten. Die folgenden Ausführungen fokussieren auf die Selbstdarstellung deutsch-türkischer Medizinervereine als

Interessenvertretungen, die Aufschluss über die gesundheits- und standespolitische Agenda ihrer Mitglieder geben.

Deutsch-türkische Medizinervereine – Interessenverbände zwischen Profession und Ethnizität

Die in der Bundesrepublik tätige Ärzteschaft türkischer Herkunft schloss sich seit 1970 in mehr als zwölf Interessenverbänden zusammen (Peppler 2016a). Sie arbeiten entweder interdisziplinär oder fachspezifisch. Ihre Tätigkeitsbereiche beziehen sich sowohl auf die wissenschaftliche Forschung als auch auf die Patientenbetreuung in der medizinischen Praxis. Als Interessenvertretungen der Ärzteschaft türkischer Herkunft positionieren sie sich im Spannungsverhältnis zwischen Profession und Ethnizität. Anhand ihrer Gründungsmotivationen und Tätigkeitsbereiche lässt sich rekonstruieren, welche gesellschafts- und gesundheitspolitische Funktion die Organisationen bekleiden (wollen) und unter welchen Bedingungen sie welche Wirkung für welche sozialen Gruppen entfalten (Pries 2010: 20).

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen zwei der ältesten deutsch-türkischen Medizinerorganisationen, weil sie bis heute praxisorientiert aktiv sind: zum einen der 1970 gegründete Verein der türkischen Doktoren e.V., der 2004 in Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. (DTM) umbenannt wurde; zum anderen die Berliner Gesellschaft Türkischer Mediziner e.V. (BGTM), die 1983 gegründet wurde. Zur Rekonstruktion der Vereinsgeschichten führte ich Experteninterviews mit dem ehemaligen Vorstandsvorsitzenden der DTM, Prof. Mustafa Yücel, und der derzeitigen Vorstandsvorsitzenden der BGTM, Dr. Emine Yüksel.

Die Gründung des Vereins der türkischen Doktoren e.V. im Kontext der Medizinermigration der 1960er und 1970er Jahre

Die heute als Dachorganisation der deutsch-türkischen Ärzteverbände fungierende Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. wurde 1970 als Verein der türkischen Doktoren von etwa 20 Ärzt/innen gegründet. Aufgrund des damaligen Ärztemangels in Deutschland, so Prof. Yücel, hätten die türkischen Mediziner/innen „die Einladung bekommen und dann dort angefangen zu arbeiten.“ (Yücel 2011) Den Angaben auf der Homepage der DTM zufolge kamen von den insgesamt 11.000 ausländischen Ärzt/innen in der Bundesrepublik etwa 2.000 aus der Türkei (DTM 2010).^[1] In den 1960er und 1970er Jahren zog es viele Hochqualifizierte aus den sogenannten „Entwicklungsländern“ in westliche Industrieländer, so dass es zu umfangreichen globalen Medizinermigrationen kam. Laut einer Studie der WHO waren 1976 etwa 140.000, also rund 6 % aller Ärzt/innen weltweit, in einem anderen Land als ihrem Herkunftsland tätig. Deutschland stellte eines der fünf Hauptaufnahmelande dar (Mejia et al. 1979: 399f).

Die Ärzt/innen waren mit dem deutschen Medizinsystem, seinen Strukturen und Arbeitsabläufen rasch vertraut. Sie hatten während der 1940er und 1950er Jahre in der Türkei ein westlich orientiertes Medizinstudium absolviert, das in den 1930er Jahren von Mediziner/innen deutscher

Herkunft im türkischen Exil etabliert worden war (Peppler 2016b). Wenngleich jedoch die türkischen Ärzt/innen aufgrund des eklatanten Bedarfs vergleichsweise einfach Zugang zum medizinischen Arbeitsmarkt hatten, wurden sie mit Schwierigkeiten konfrontiert, die in der nationalstaatlichen Determinierung des Arztberufs begründet lagen. Nach der Bundesärzteordnung war die Approbation bis 2012 an die deutsche Staatsbürgerschaft gebunden (§ 3 Abs. 1 BÄO). Türkische Staatsbürger/innen konnten eine sogenannte Berufserlaubnis nach § 10 BÄO beantragen, die zeitlich und örtlich begrenzt war und sich außerdem nach dem jeweils konkreten Bedarf an medizinischem Personal richtete. Damit durften sie jedoch ausschließlich als Angestellte unter vollapprobierten Ärzt/innen arbeiten. Weil die Mediziner/innen als ausländische Staatsbürger/innen Probleme hatten, Aufenthalts-, Arbeits- und Berufserlaubnisse zu bekommen, wurde der Verein der türkischen Doktoren gegründet. Er sollte „die in Deutschland lebenden türkischen Ärzte [...] vereinigen, deren berufliche Integration in Deutschland [...] erleichtern“ (DTM 2010). Der Verein wurde also primär zur kollegialen Solidarisierung in einer prekären aufenthaltsrechtlichen Situation gegründet.

Ab Mitte der 1970er Jahre musste sich die türkische Ärzteschaft mit zukunftsweisenden Fragen auseinandersetzen. Neben dem zunehmend restriktiven Migrationsregime und der allgemeinen Rezession, die auch das Gesundheitswesen betraf, war von aufkommenden „Ärztenschwemmen“ die Rede (Hoesch 2009). Der steigende Konkurrenzdruck traf insbesondere die ausländischen Mediziner/innen, deren Berufserlaubnisse nicht mehr ausgestellt bzw. nach Ablauf nicht verlängert wurden. Dadurch mussten sie sich letztlich entscheiden, ob sie mit ihren Familien in die Türkei zurückkehren oder in Deutschland bleiben und die Einbürgerung beantragen wollten. Bis etwa Mitte der 1980er Jahre spaltete sich die türkische Ärzteschaft gewissermaßen in „Rückkehrer“ und „Eingebürgerte“ auf. Durch diese Entwicklung wurde der berufspolitische Ausgangspunkt des Vereins der türkischen Doktoren obsolet, wie Prof. Yücel erzählt:

„Und nach der Einbürgerung wurde [das] Interesse geringer, sogar Ende der neunziger Jahre war die Gesellschaft fast überflüssig“ (Yücel 2011).

Vom Verein der türkischen Doktoren e.V. zur Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft e.V.

In dieser Situation wurde Prof. Yücel Vorstandsvorsitzender und setzte in dieser Funktion zwischen 2000 und 2009 mit Kolleg/innen verschiedene Neuerungen um. Die Inhalte der Vereinsarbeit richteten sich dabei nicht länger auf den Zugang der – mittlerweile formal deutschen – Ärzt/innen zum medizinischen Feld, sondern auf ihre feldinterne Positionierung. Der bisherige Name wurde in Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. und die Vereinssprache von Türkisch in Deutsch geändert (DTM 2010). Gleichzeitig wurde die kultursensible Behandlung türkischer Patient/innen auf die Agenda der Gesellschaft gesetzt:

„Diese türkische Population [...] hatte medizinische Probleme, die [...] von deutschen Ärzten nicht so sehr verstanden werden“ (Yücel 2011).

Um sich hinsichtlich der „Immigrantenprobleme [...] gegenseitig zu helfen“ (Yücel 2011), wurde ein Allgemeinärzteforum etabliert, durch das nach Ansicht von Prof. Yücel auch Ärzt/innen deutscher Herkunft neue Perspektiven im Umgang mit ihrer türkeistämmigen Klientel bekommen konnten (Yücel 2011). Durch den expliziten Rekurs auf die gemeinsame medizinische Verantwortung für die türkische Bevölkerung betonte die Ärzteschaft türkischer Herkunft ihre interkulturelle Beratungsfunktion auf professioneller Ebene.

Prof. Yücel betont deshalb ihre zentrale Bedeutung für die migrationsbezogene Gesundheitspolitik des deutschen Staates: Insbesondere die heutigen Rentner/innen türkischer Herkunft „brauchen natürlich medizinische Hilfe, aber sie sind wegen mangelnder Sprachkenntnisse zurückhaltend“ (Yücel 2011). Es sei „sehr wichtig, [zu ihnen] Vertrauen aufzubauen“ (Yücel 2011). Dies sei im deutschen Medizineralltag kaum möglich, aber die DTM „durch die türkische Herkunft der Kollegen, hat das natürlich erreicht“ (Yücel 2011). Prof. Yücel ist der Ansicht, niemand sonst könne „so direkt helfen [wie] türkischstämmige Ärzte“ (Yücel 2011). Sein Verweis auf die notwendige medizinische Hilfe für die in Deutschland lebende türkische Wohnbevölkerung ist als Legitimationsnarrativ zu lesen – basierend auf der Rhetorik ärztlicher Gemeinwohlorientierung (Meuser 2004). Die türkische Herkunft wird dabei als Alleinstellungsmerkmal der professionellen Gruppe betont. Damit stellt diese ihre absolute Unabdingbarkeit zur Lösung einer gesundheits- und gesellschaftspolitischen Aufgabe heraus. Dabei ist es gerade die Zuschreibung „türkische Minderheit“ mit den entsprechend einhergehenden Ethnisierungsprozessen, die sowohl Voraussetzung als auch Resultat dieser spezifischen medizinischen Praxis und ihrer Legitimierung ist.

Dadurch, dass die türkische Wohnbevölkerung als eine in sich geschlossene „ethnische Community“ dargestellt wird, kann die Ärzteschaft sich darauf berufen, dass nur sie Zugang zu dieser spezifischen Bevölkerungsgruppe finden: Sofern der Staat diese nicht von gesundheitlicher Aufklärung und Fürsorge abgeschnitten wissen will, ist er auf die Ärzteschaft türkischer Herkunft angewiesen. Dies basiert primär auf der gesundheitspolitischen Definitionsmacht der Ärzteschaft und funktioniert, weil sie sich an einem historisch gewachsenen und medial vermittelten gesellschaftspolitischen Problembewusstsein orientiert.

Die Berliner Gesellschaft Türkischer Mediziner e.V.

Die Berufserlaubnisse für Ärzt/innen mit türkischer Staatsbürgerschaft waren in West-Berlin bereits seit den 1970er Jahren an die Behandlung von Patient/innen türkischer Herkunft gebunden. Die Vorstandsvorsitzende der BGTM, Dr. Emine Yüksel, erzählt:

„In den 60er Jahren wurden ja auch tatsächlich Ärzte angeworben, die dann hier weiter ihre Ausbildung machen durften und dann haben sie für die Niederlassung auch 'ne Erlaubnis bekommen, aber sie durften dann nur türkischsprachige Patienten betreuen, also man blieb dann unter sich. Das waren noch überwiegend Kollegen, die auch kaum mit deutschsprachigen Patienten zu tun hatten.“ (Yüksel 2011, *Unterstrich: Betonung im*

Interview)

Ein anderer Interviewpartner, Dr.^T Çel?k, erzählt von einem Kollegen, der als türkischer Staatsbürger in Berlin praktizierte: Dieser habe sich zu Beginn der 1970er Jahre zur Behandlung türkischer Patient/innen in einer eigenen Praxis niederlassen oder in die Türkei zurückkehren müssen. Grund dafür sei ein Senatsbeschluss gewesen, wonach türkische Klinikärzt/innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft gezwungen worden seien, sich in einer eigenen Praxis niederzulassen, sofern sie weiter medizinisch tätig sein wollten (Dr.^T Çel?k 2010, hochgestelltes T: Promotion an einer türkischen Universität).

Während sich die Ärzt/innen in der übrigen Bundesrepublik zu dieser Zeit zwischen Rückkehr und Einbürgerung entscheiden mussten, standen ihre Kolleg/innen in Berlin vor der Entscheidung zwischen Rückkehr und Gesundheitsversorgung der türkeistämmigen Stadtbevölkerung.

Durch die spezifische Situation der Stadt wurde in West-Berlin wohl früher eine „türkische Community“ wahrgenommen als im Rest der Bundesrepublik. Offensichtlich entwickelte sich aus dieser Sichtbarkeit das Bewusstsein auf gesundheitspolitischer Ebene, dass die türkeistämmige Wohnbevölkerung auf eine kulturspezifische Weise medizinisch versorgt werden müsse. In der Folge wurde die Expertise der türkischen Ärzteschaft durch den Senatsbeschluss zu Beginn der 1970er Jahre kanalisiert – gewissermaßen eine Ethnisierung von oben. Damit wurde auch die intrakulturelle Arzt-Patienten-Beziehung institutionalisiert. Das Zusammenspiel aus Arbeitsmarkt-, Ausländer- und Gesundheitspolitik führte mit der Gründung der BGTM schließlich zum professionellen Zusammenschluss der türkischen Ärzteschaft innerhalb der ethniserten Versorgungsstrukturen West-Berlins.

Die BGTM wurde am 29. November 1983 von neun in West-Berlin tätigen Ärzt/innen gegründet. Wie Dr. Yüksel erzählt, hätten diese sich als „so 'ne Art Brückenbauer“ (Yüksel 2011) zwischen den Patient/innen türkischer Herkunft und dem deutschen Gesundheitssystem verstanden. Sie betont nachdrücklich:

„Also unsere erste Zielgruppe war praktisch die türkische Bevölkerung und oberstes Ziel war wirklich Gesundheitswissen, medizinisches Wissen [...] an den Mann zu bringen“ (Yüksel 2011).

Mit der Vereinsgründung institutionalisierten die Ärzt/innen wiederum ihren Expertenstatus für die in West-Berlin lebende Bevölkerung türkischer Herkunft.

Die „Entdeckung des türkischen Patienten“

Während bei der Gründung des Vereins der türkischen Doktoren 1970 die Unterstützung für türkische Mediziner/innen im Vordergrund stand, ging es 13 Jahre später bei der Gründung der BGTM primär um die Versorgung türkischer Patient/innen. Dies war auch der zentrale Tätigkeitsbereich der umstrukturierten DTM nach der Legitimationskrise des Vereins der türkischen Doktoren. Daran zeigt sich deutlich eine Verlagerung der Tätigkeitsschwerpunkte, die eine komplexe und multikausale Entwicklung abbildet: die „Entdeckung des türkischen Patienten“.

Als katalysierendes Ereignis dieses Prozesses ist die Wirtschaftskrise Anfang der 1970er Jahre mit dem Anwerbestopp von 1973 zu sehen. Die Forschungsliteratur stellt recht übereinstimmend einen damit zusammenhängenden, negativen Umschwung der politischen und öffentlichen Meinung bezüglich der ausländischen Arbeitnehmer/innen fest (Bukow & Yildiz 1999: 52; Schönwälder 2001: 633; Wengeler 2006: 14). Darüber hinaus konstatiert Stefan Luft, die nationale Herkunft der Arbeiter/innen sei erst mehrere Jahre nach Beginn ihrer Anwerbung „als Kategorie entdeckt“ (Luft 2011: 9) worden. Die bis dato als „Gastarbeiter“ kollektivierte Gruppe habe eine Differenzierung hinsichtlich ihrer Herkunftsländer erfahren, was wiederum zu einer verstärkten Ethnisierung der einzelnen Herkunftsgruppen geführt habe. Insbesondere sei gegenüber „den türkischen ‚Gastarbeitern‘ [...] schon früh eine ‚kulturelle Distanz‘ behauptet und in den Vordergrund gestellt“ (Luft 2011: 14) worden. Hinzu kommt, dass der Familiennachzug aus der Türkei zunahm, weil türkische Staatsbürger/innen im Falle einer Ausreise nicht erneut in die Bundesrepublik einreisen durften – entgegen denen aus EG-Staaten (Birsl 2013: 35).

Schließlich hieß es im politischen wie öffentlichen Diskurs zu Beginn der 1980er Jahre, es gebe „eigentlich kein Ausländerproblem, sondern nur ein ‚Türkenproblem‘“ (Heßler 1993: 161). Es hatte sich also ein dominanter Diskurs entwickelt, der die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft entdeckt hatte, sie ethnisierte und problematisierte. Dies evozierte ab Mitte der 1970er Jahre bildungs- und sozialpädagogische Maßnahmen, durch die Migranten – insbesondere aber Migrantinnen – türkischer Herkunft als unselbständige Opfer stilisiert wurden (Ochse 1999: 38). Im Rahmen der „Ausländerpädagogik“ seien sie ferner, so Kien Nghi Ha, zu einer „Klientel selbsternannter ExpertInnen“ (Ha 1999: 54) geworden. Insbesondere die Lebensbedingungen der Schulkinder – inklusive ihrer Gesundheit – wurden Ende der 1970er Jahre zum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen (Thomsen Vierra 2013: 57). Wahrscheinlich resultierten die Bestrebungen zu einer ethnisierenden Gesundheitsfürsorge auch aus solchen ausländerpädagogischen Ansätzen. Migrierte Türk/innen wurden also durch vielgestaltige Ethnisierungsprozesse zu türkischen Patient/innen (gemacht).

Letztlich entwickelte sich somit ein „Paradigma kultureller Differenz“ (Sökefeld 2007), wodurch nach Sökefeld ethnisierende Zuschreibungen die soziale Wahrnehmung prägen – gesamtgesellschaftlich, aber auch in der Gesundheitsversorgung. Vor diesem Hintergrund sahen sich auch die Ärzt/innen zunehmend mit Ethnisierungserfahrungen konfrontiert. Zum einen wuchs die Zahl der potentiellen türkeistämmigen Patient/innen, die die Ärzt/innen aufgrund ihrer Herkunft konsultierten und sie dadurch als Türk/innen ethnisierten. Zum anderen dürfte der gesamtgesellschaftliche Diskurs erheblich zur Selbstethnisierung der Mediziner/innen beigetragen haben. In Verbindung mit ihrem professionellen Habitus führte dieses „migrantische Bewusstsein“ (Farrokhzad 2007: 248) zu einem spezifischen

Verantwortungsbewusstsein gegenüber „ihren“ Patient/innen. Die Ärzt/innen sahen sich mit denselben Zuschreibungen konfrontiert – allerdings vor dem Hintergrund ihrer professionellen Rolle. Der gesellschaftliche Diskurs bot ihnen zugleich die Legitimationsbasis für die entsprechenden medizinischen Praktiken. Indem sie sich sowohl als Professionsmitglieder als auch als Türk/innen positionierten, erweiterten sie den medizinischen Diskurs um die Dimension Ethnizität. Ihre Expertise wurde anerkannt, weil sie als ethnisierte Professionsmitglieder die entsprechende Definitionsmacht besaßen. Im Zuge der aufgezeigten Entwicklung änderte sich die Rolle der Ärzteschaft türkischer Herkunft in der Bundesrepublik – zugespitzt formuliert – von Ärzt/innen für Patient/innen zu *türkischen* Ärzt/innen für *türkische* Patient/innen.

Aktuelle Entwicklungen und Ambivalenzen

Das ethnisierte Arzt-Patienten-Verhältnis ist heute in ein umfassendes Netz medizinischer Praktiken und gesundheitspolitischer Strukturen eingebettet, wie beispielsweise Migrantenambulanzen oder kultursensible Präventionsprojekte. Im Gesundheitswesen ist ein spezifisches Segment entstanden, in dem symbolische wie ökonomische Extraprofite durch Ethnisierung gewonnen werden können. Insbesondere die türkisch-deutschen Ärzteorganisationen betonen, dass Gesundheit eine Grundvoraussetzung für gelingende Integration darstellt (Peppler 2016a). Es besteht offenbar Konsens darüber, dass die Gesundheitsversorgung von Patient/innen am besten durch Ärzt/innen der gleichen ethnisierten Gruppe gewährleistet werden kann. Insofern problematisiert das Robert Koch-Institut, dass die Herkunftsländer der Ärzt/innen stark von denen der Wohnbevölkerung ausländischer Herkunft abweichen. Insbesondere gäbe es vergleichsweise wenige Ärzt/innen mit türkischer Staatsbürgerschaft (Robert Koch-Institut 2008: 112). Auch die Ärzteschaft türkischer Herkunft in Deutschland klagt deshalb über Nachwuchsprobleme aus der Türkei (Peppler 2016a: 429).

Diese Diskrepanz in der gesundheitlichen Versorgung fällt mit dem derzeitigen Ärztemangel und der Immigration von Ärzt/innen aus osteuropäischen und postsowjetischen Ländern zusammen (Schnepf 2015). Zwar würden viele offene Stellen derzeit mit den „neuen“ Mediziner/innen besetzt, so eine befragte Ärztin, diese könnten jedoch die Anforderungen der türkischen Patient/innen kaum erfüllen, weil sie deren kulturellen Hintergrund nicht kennen (Lale 2010). Hier zeigt sich eine Konkurrenz zu einer anderen ethnisierten Gruppe innerhalb der medizinischen Profession, deren Basis die Gesundheitsversorgung des „türkischen Patienten“ darstellt.

Dass die Beziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen der gleichen ethnisierten Gruppe jedoch nicht so unproblematisch ist, wie zumeist angenommen wird, zeigen die anonymisierten Leitfadenterviews mit einigen befragten Mediziner/innen. Die Herausforderungen sehen sie insbesondere in der enormen Erwartungshaltung seitens der Patient/innen, die sich aus deren ethnisierenden Vergemeinschaftungsbestrebungen ergibt – etwa Forderungen nach einer bestimmten Behandlung. Im klinischen Arbeitsalltag werden außerdem Erfahrungen von symbolischer Abqualifizierung der professionellen Expertise gemacht, wenn es um die Behandlung türkeistämmiger Patient/innen geht (Peppler 2016a).

Fazit

Die von mir befragten Ärzt/innen verhielten sich zu den sich wandelnden Rahmenbedingungen in (West-)Deutschland während der letzten Jahrzehnte, indem sie ein spezifisches – ihnen vorbehaltenes – Expertenwissen konstruierten und nutzten. Die gesellschaftliche Diskussion stellte das Argumentationsmuster gewissermaßen bereit: Vor dem Hintergrund ethnisierender Diskurse argumentierten die Ärzt/innen mit ihrer Klientel türkischer Herkunft, deren Bedürfnisse sich – so das Argument – von denen deutscher Patient/innen unterscheiden.

Diese „Entdeckung des türkischen Patienten“ vollzog sich ab Ende der 1970er Jahre, weil die Ärzt/innen selbst von den ethnisierenden Zuschreibungen betroffen waren. Als Mitglieder der medizinischen Profession verfügten sie jedoch über die Definitionsmacht, die Bevölkerung türkischer Herkunft zu problematisieren und sich selbst als „Lösung des Problems“ vorteilhaft zu positionieren – eine Entwicklung, die von unterschiedlichen Interessengruppen mitgetragen wurde. Dadurch konstruierten sie ihrerseits einen ethnisierenden Gesundheitsdiskurs, der die argumentative Grundlage für ihre Legitimation darstellte. In diesem Zusammenhang verfügen sie als Ärzt/innen *und* als Türk/innen über ein inkorporiertes medizinkulturelles Wissen, über das ihre Kolleg/innen deutscher Herkunft nicht verfügen, weil sie es sich nicht einfach aneignen können. Wie ethnisierte Gruppen, so erscheint auch das ethnisierte medizinische Wissen als natürlich gegeben, was letztlich ins Zentrum ihrer ärztlichen Kompetenz und Expertise rückte. Dadurch erhielt „der türkische Patient“ eine soziale, kulturelle und wissenschaftliche Signifikanz, die nicht zuletzt auch institutionelle Veränderungen nach sich zog.

Dabei stellt der ausgeführte Prozess ein besonders prägnantes Beispiel für die Konstruktion ethnisierter Patientengruppen dar. Neben „den Türken“ sind auch „die Russen“, „die Polen“ oder – als Medizintouristen – „die Araber“ im öffentlichen und gesundheitspolitischen Diskurs zu finden. Aktuelle Diskussionen um Interkulturelle Öffnung und Diversity Management greifen die Idee verschiedener Patientengruppen auf, um die Gesundheitsversorgung in unserer postmigrantischen Gesellschaft zu verbessern. Ethnizität wird dabei als *eine* soziale Dimension unter anderen, wie etwa Geschlecht und Alter, diskutiert. Um einer „Ethnisierung des Sozialen“ (Falge et al. 2014: 329) entgegenzuwirken, ist ein solcher intersektionaler Ansatz überaus begrüßenswert. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob und inwiefern sich Ethnisierungsprozesse zukünftig beispielsweise in der Gesundheitsversorgung derer zeigen, die derzeit noch weitestgehend als „die Flüchtlinge“ kollektiviert werden.

Bio statement

Lisa Pepler promovierte im Fach Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie an der Universität Göttingen. In ihrer Dissertation untersuchte sie die türkisch-deutsche Medizinermigration und die Positionierungsprozesse (post-)migrantischer Ärzt/innen türkischer Herkunft in Deutschland seit den 1960er Jahren. Seit September 2016 ist sie als stellvertretende Sprecherin der AG „Migration und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für

Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) aktiv. Ihre Interessenschwerpunkte liegen in den Bereichen Medizinermigration, Ethnizität und Diversität in der Gesundheitsversorgung sowie qualitative Gesundheitsforschung.

Quellenverzeichnis Interviews

Experteninterview mit Herrn Prof. Dr. Mustafa Yücel am 10.08.2011 in Istanbul.

Experteninterview mit Frau Dr. Yüksel am 30.03.2011 in Berlin.

Leitfadeninterview mit Herrn Dr. Baydar am 28.10.2011.

Leitfadeninterview mit Herrn Dr. Çelîk am 03.11.2010.

Leitfadeninterview mit Herrn Dr. Levent am 05.12.2007.

Leitfadeninterview mit Herrn Zeyrek und Frau Dr. Lale am 30.06.2010.

Literaturverzeichnis

Birsl, Ursula. 2013. Deutschland. In: Gieler, Wolfgang (Hg). Handbuch europäischer Migrationspolitiken: Die EU-Länder. Berlin: Lit, 31-50.

Bukow, Wolf-Dietrich & Erol Yildiz. 1999. Der aktuelle Staatsbürgerschaftsdiskurs: Mehr als neuer Wein in alten Schläuchen? In: Butterwegge, Christoph (Hg). Medien und multikulturelle Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich, 45-63.

Çetinkaya, Handan. 2000. Türkische Selbstorganisationen in Deutschland: Neuer Pragmatismus nach der ideologischen Selbstzerfleischung. In: Thränhardt, Dietrich & Uwe Hunger (Hg). Einwanderer-Netzwerke und ihre Integrationsqualität in Deutschland und Israel. Münster: Lit, 83-109.

Deutscher Ethikrat. 2016. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. 2010. Geschichte. <http://www.dtmev.de/geschichte.htm>. Letzter Zugriff am 15.03.2010.

Falge, Christiane et al. 2014. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. In: Claude-Hélène Mayer & Elisabeth Vanderheiden (Hg). Handbuch Interkulturelle Öffnung: Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck et Ruprecht, 325-370.

Farrokhzad, Schahrzad. 2007. „Ich versuche immer, das Beste daraus zu machen.“ Akademikerinnen mit Migrationshintergrund: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und biographische Erfahrungen. Berlin: Regener.

Frank, Laura et al. 2017. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1), 24-46.

Huber, Manfred et al. 2008. Quality in and equality of access to healthcare services. <http://ehma.org/projects/past-projects/healthquest/>. Letzter Zugriff am 05.06.2017.

Ha, Kien Nghi. 1999. Ethnizität und Migration. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Heßler, Manfred. 1993. Ausländerbeschäftigung, Ausländerpolitik und Einstellungswandel. In: Heßler, Manfred (Hg). Zwischen Nationalstaat und multikultureller Gesellschaft: Einwanderung und Fremdenfeindlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Hitit, 133-168.

Hoesch, Kirsten. 2009. Was bewegt Mediziner? Die Migration von Ärzten und Pflegepersonal nach Deutschland und Großbritannien. Berlin: Lit.

Luft, Stefan. 2011. Skandal und Konflikt: Deutsch-türkische Themen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 61 (43), 9-14.

Mejia, Alfonso et al. 1979. Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications; Report of a WHO Study. Genf: WHO.

Meuser, Michael. 2004. Ärztliche Gemeinwohrrhetorik und Akzeptanz: Zur Standespolitik der medizinischen Profession. In: Hitzler, Ronald (Hg). Elitenmacht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 193-204.

Ochse, Gabriele. 1999. Migrantinnenforschung in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität.

Pries, Ludger. 2010. (Grenzüberschreitende) Migrantorganisationen als Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Forschung. Klassische Problemstellungen und neuere Forschungsbefunde. In: Pries, Ludger & Zeynep Sezgin (Hg.). Jenseits von ‚Identität oder Integration‘. Grenzen überspannende Migrantorganisationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 15-60.

Peppler, Lisa. 2016a. Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie. (Göttinger Studien zur Generationsforschung, 23) Göttingen: Wallstein.

Peppler, Lisa. 2016b. Medical Migration between Turkey and Germany from the 1930s to 1970s. The Establishment of a Transnational Professional Network. <https://remedianetwork.net/2016/12/02/medical-migration-between-turkey-and-germany-from-the-1930s-to-the-1970s-the-establishment-of-a-transnational-professional-network/>. Letzter Zugriff am 29.05.2017.

Robert Koch-Institut. 2008. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Zugriff am 05.06.2017.

Schnepf, Tabea. (2015). Medizinisches Fachwissen auffrischen – ist das schon alles? Die Vorbereitung zugewanderter ÄrztInnen auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken. <http://www.medizinethnologie.net/vorbereitung-zugewanderter-aerztinnen/>. Letzter Zugriff am 06.06.2017.

Schönwälder, Karen. 2001. Einwanderung und ethnische Pluralität: Politische Entscheidungen und öffentliche Debatten in Großbritannien und der Bundesrepublik von den 1950er bis zu den 1970er Jahren. Essen: Klartext.

Sökefeld, Martin. 2007. Zum Paradigma kultureller Differenz. In: Jöhler, Reinhard (Hg). Europa und seine Fremden: Die Gestaltung kultureller Vielfalt als Herausforderung. Bielefeld: transcript, 41-57.

The Committee On The International Migration Of Talent. 1970. Modernization and the Migration of Talent. Over-all Conclusions and Recommendations. In: Marvel, William W. & Charles V. Kidd (Hg.). The International Migration of High-Level Manpower. Its Impact on the Development Process. New York, NY: Praeger, 667-725.

Thomsen Vierra, Sarah. 2013. At Home in Almany? Turkish-German Spaces of Belonging in Germany, 1961-1990. In: Bulletin of the German Historical Institute 52, 55-73.

Wengeler, Martin. 2006. Zur historischen Kontinuität von Argumentationsmustern im Migrationsdiskurs. In: Butterwegge, Christoph & Gudrun Hentges (Hg). Massenmedien, Migration und Integration: Herausforderungen für Journalismus und politische Bildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13-36.

[1] Neben türkischen kamen insbesondere iranische Ärzt/innen in die Bundesrepublik (The Committee On The International Migration Of Talent 1970: 672).