

Medizinisches Fachwissen auffrischen – ist das schon alles? Die Vorbereitung zugewanderter ÄrztInnen auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken

Datum : 17. Mai 2015

„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 des „Ärzteprojektes“ der Johanniter in Weimar)

Die Zuwanderung von ÄrztInnen aus dem Ausland ist in Deutschland aktueller denn je. Dies spiegelt sich in der öffentlichen Diskussion wieder, wobei aus gesundheitspolitischer und medialer Sicht vielfach negative Aspekte – mangelnde Sprachkenntnisse sowie fehlende medizinische Fachkenntnisse der zugewanderten ÄrztInnen – betont werden (siehe z.B. Friebe 2008).

Gleichwohl herrscht im Gesundheitssektor ein gravierender Fachkräftemangel, der sich in den kommenden Jahren voraussichtlich noch weiter zuspitzen wird. Besonders betroffen sind hierbei ländliche Regionen in den neuen Bundesländern (Bundesärztekammer Ärztestatistik 2013; Blum & Löffert 2010). Als Grund für den zunehmenden Ärztemangel ist unter anderem der demographische Wandel anzuführen. Einerseits stellt die alternde Gesellschaft in Deutschland die Ärzteschaft vor einen zunehmenden Behandlungsbedarf, andererseits werden auch die Ärzte durchschnittlich immer älter. Im Jahr 2012 betrug das Durchschnittsalter der Vertragsärzte bereits 52,8 Jahre (Bundesärztekammer Ärztestatistik 2013).

Die Anwerbung von ausländischem Fachpersonal stellt eine Strategie dar, um dieser Problematik zu begegnen. Ein Blick in die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt, dass die Beschäftigung von ausländischen ÄrztInnen in Deutschland im Jahr 2014 um 11% auf insgesamt etwa 40 000 gestiegen ist. In den neuen Bundesländern ist die Zahl der zugewanderten ÄrztInnen hierbei prozentual höher als in den alten Bundesländern. Zudem sind generell mehr zugewanderte ÄrztInnen im ländlichen Raum beschäftigt. Der größte Teil der ausländischen ÄrztInnen stammt aus der Europäischen Union. Bei den Herkunftsländern liegt Rumänien nach wie vor vorne, gefolgt von Griechenland, Österreich und Polen. Die meisten ausländischen Ärzte und Ärztinnen aus Nicht-EU-Staaten kommen aus Russland und der ehemaligen Sowjetunion, Syrien und dem Iran (Bundesärztekammer Ärztestatistik 2014).

Obgleich zugewanderte ÄrztInnen in der Gesundheitsversorgung eine zunehmend wichtige Rolle spielen, finden sich nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Thematik – sowohl in Bezug auf medizinische wie auch sozialwissenschaftliche Publikationen (siehe hier z.B. Hoesch 2009; Henkelmann 2007; Noehl et al. 2010). Auch wenn in beiden disziplinären

Bereichen unterschiedliche Fragestellungen verfolgt werden, wird generell kaum auf die Perspektive der zugewanderten ÄrztInnen selbst oder Zugangsbarrieren, Probleme und Schwierigkeiten eingegangen, mit welchen sie sich konfrontiert sehen.

Um solche Erfahrungen in den Mittelpunkt zu stellen und zu untersuchen was im deutschen Gesundheitswesen konkret unternommen wird, um zugewanderte ÄrztInnen auf ihre Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern vorzubereiten, habe ich im Rahmen meiner Magisterarbeit von Mai 2012 bis Mai 2013 am Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar teilgenommen. Hier wurden ÄrztInnen aus Nicht-EU-Staaten weitergebildet sowie auf die Kenntnisprüfung und den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken vorbereitet. Der hauptsächliche Fokus meiner Untersuchung lag dabei einerseits auf der Frage, wie ÄrztInnen aus Nicht-EU-Staaten auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken und die Interaktion mit Vorgesetzten, KollegInnen und PatientInnen vorbereitet werden. Andererseits wollte ich in Erfahrung bringen, welche Schwierigkeiten und Probleme sie auf ihrem Weg in eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit in Deutschland zu meistern haben.

Ziel der Untersuchung war es, eine holistische Darstellung der Situation zugewanderter ÄrztInnen in Deutschland aufzuzeigen sowie einen Einblick in ihre spezifische Lebensrealität zu ermöglichen. Dabei sollte die Person in ihrer „Ganzheit“ im Mittelpunkt stehen und nicht allein dem beruflichen sondern ebenso dem sozial-familiären Lebensbereich Bedeutung zugesprochen werden. Denn diesem Bereich kommt eine wichtige Rolle im Migrations- und Integrationsprozess zu und hier werden weitreichende Entscheidungen getroffen. Zudem wollte ich darlegen, dass die Tätigkeit zugewanderter ÄrztInnen, die meist ausschließlich im medizinischen Kontext verortet wird, stark von „Kultur“ durchdrungen ist und untersuchen, in welcher Weise dies konkret ersichtlich wird, sowohl im Hinblick auf die zugewanderten ÄrztInnen als auch in Bezug auf die aufnehmenden Kliniken und Teams.

Durch teilnehmende Beobachtung im Unterricht des Ärzteprojekts sowie anhand von informellen Gesprächen und qualitativen Interviews mit teilnehmenden ÄrztInnen, DozentInnen und Projektverantwortlichen konnte ich zentrale Problemfelder der beruflichen Situation zugewanderter ÄrztInnen herausarbeiten. Diese beziehen sich auf mangelnde Sprachkenntnisse, eine zunehmende Bürokratisierung in den Kliniken, Vorurteile und Rassismus, Frustration und Isolation sowie eine schwierige Arbeitssituation, die meist durch hohe Arbeitsbelastung und ein Leben in abgelegenen-ländlichen Gebieten geprägt ist. Ein Problemfeld, welches ich in diesem Blog-Beitrag besonders betonen möchte, betrifft das System und die Arbeitsabläufe in einem deutschen Krankenhaus. Dies war für den Großteil der ÄrztInnen Ausgangspunkt vieler Unklarheiten und Probleme. Doch bevor diese Thematik eingehend behandelt wird, steht zunächst ein kurzer Exkurs in die Medizinethnologie – und insbesondere die Anthropologie der Biomedizin als theoretische Grundlage meiner Forschung – an.

Biomedizin – ein kulturentleerter Raum?

So wie in der Ethnologie in Bezug auf Religion oder auch Verwandtschaft von einem kulturellen System ausgegangen wird, verhält es sich auch in Hinblick auf die Medizin. Diese ist, im

Gegensatz zu der in der Medizin selbst sowie in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit verbreiteten Annahme, dass Krankheit und Gesundheit allein auf biologischen Tatsachen basieren, stark von kulturellen Vorstellungen durchdrungen. Bereits als Kind erlernen wir, wie man sich im Falle von Krankheit angemessen verhält und wie diese „Angemessenheit“ 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 einem kulturellem Kontext zum anderen. In diesem Sinne hat Kultur sowohl einen Einfluss darauf, wie eine Erkrankung präsentiert wird, als auch bei der Erschaffung der Krankheit als soziale Wirklichkeit.

Entgegen der Auffassung, dass die Biomedizin – eingebunden in den Bereich der Naturwissenschaften und daraus resultierend – unabhängig von Zeit und Ort, wertneutral und allgemeingültig sei, ist diese somit ein kulturelles System wie jedes andere Medizinsystem. Ein Medizinsystem ist geprägt durch konkrete Rollenverteilungen, sowie Zuschreibungen von Status und Macht, die sich vor allem in den Institutionen des Medizinsystems widerspiegeln und allgemein anerkannt sind. Innerhalb eines Medizinsystems existieren Schemata der Klassifikation von Krankheiten, Vorstellungen bezüglich möglicher Ursachen von Erkrankungen, wie auch Normen der Bewertung ihrer Therapie. PatientInnen und ExpertInnen mit therapeutischem Wissen und entsprechenden praktischen Fähigkeiten (ÄrztInnen, religiöse oder säkulare HeilerInnen, HeilpraktikerInnen, Kräuterkundige, Akupunkteure, Schamanen etc.) sind grundlegende Elemente eines jeden Medizinsystems, deren soziale Beziehung und die Bedeutung dieser Beziehung allein im kulturellen Kontext zu verstehen sind (Good 1994; Kleinman 1980, 2010; Greifeld 2003).

In den letzten 150 Jahren wurde die Biomedizin in viele Teile der Welt exportiert, in lokale Lebensrealitäten integriert und existiert dort wie auch in Deutschland neben anderen (traditionellen) Medizinsystemen, ohne diese, wie lange vermutet wurde, vollständig zu verdrängen. Auch der Vorstellung, dass die Biomedizin ein homogenes Modell darstellt, welches überall denselben Werten und Vorstellungen unterliegt und somit auch problemlos auf jeden Kontext übertragen werden kann, muss widersprochen werden. Die Biomedizin unterliegt zahlreichen Modifikationen und Abweichungen. Von Seiten der ÄrztInnen, und mehr noch durch die PatientInnen, wird die Biomedizin in lokale Systeme integriert, mit eigener Bedeutung versehen und somit individualisiert. Die Biomedizin verkörpert also durchaus unterschiedliche Verhaltensmuster, Vorstellungen, Beziehungen und Werte, die parallel bestehen. Die *eine* Biomedizin existiert an sich nicht und man sollte stattdessen vielmehr von Biomedizinen im Plural sprechen (Kleinman 1982, 1980; Lock & Nguyen 2010). Diese Tatsache, ebenso wie der Umstand, dass auch ÄrztInnen Personen mit einem spezifischen sozio-kulturellen Hintergrund sind, wird bei der Wanderung von Fachpersonal im Gesundheitssektor über national-institutionelle Grenzen hinweg besonders deutlich.

Die TeilnehmerInnen des Johanniter-Ärzteprojektes und ihre Schwierigkeiten in Bezug auf das System und die Arbeitsabläufe in deutschen Kliniken

Im Rahmen des Johanniter-Ärzteprojektes nahmen über einen Zeitraum von insgesamt 13 Monaten, in denen Weiterbildungen in Form von Blockwochenenden bis zu mehrwöchigen Unterrichtsphasen stattfanden, in unterschiedlicher Besetzung 15 bis 20 ÄrztInnen teil. Hinsichtlich des Alters, der Arbeitserfahrung und des medizinischen Wissensstandes war die Gruppe der teilnehmenden ÄrztInnen sehr heterogen. So bewegte sich das Alter in einem Bereich von 26 bis 59 Jahren. Die Arbeitserfahrung begrenzte sich bei einigen TeilnehmerInnen auf wenige Jahre, andere waren bereits Jahrzehnte im Herkunftsland kurativ tätig und wiederum andere arbeiteten seit längerem nicht mehr in ihrem eigentlichen Beruf. Auch bezüglich ihrer medizinischen Spezialisierungen deckten die ÄrztInnen ganz unterschiedliche Fachbereiche ab. Was das Geschlecht und die Herkunftsländer der ÄrztInnen angeht, lässt sich hingegen eine Tendenz feststellen. Der größte Teil der ÄrztInnen war weiblich und kam aus Russland oder einem anderen Nachfolgestaat der Sowjetunion (Ukraine, Armenien und Kasachstan). Weitere Herkunftsländer der ÄrztInnen waren Afghanistan, Albanien, Tunesien, Syrien und Serbien.

Die zugewanderten ÄrztInnen, die in ihrem Herkunftsland bereits kurativ tätig waren, haben dort gelernt, was es bedeutet, Arzt bzw. Ärztin zu sein. Sie haben erlernt, welches Verhalten in bestimmten Situationen von ihnen erwartet wird, welche Aufgaben sie zu erledigen haben, wie sie in angemessener Art und Weise mit Vorgesetzten, KollegInnen, Pflegepersonal und PatientInnen umzugehen haben, welche Verfahren und Behandlungen in welchem Fall standardmäßig durchgeführt werden und auch welche unausgesprochenen Regeln existieren. Diese Aufgaben und Erwartungen sowie der gesamte Klinikablauf können von Kontext zu Kontext stark variieren. Aus diesem Grund müssen sich zugewanderte ÄrztInnen diese Kenntnisse in Deutschland zunächst einmal (neu) aneignen. So berichtete beispielsweise Herr W., ein Kinderarzt aus Afghanistan, von seinen anfänglichen Schwierigkeiten:

„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.“

Herrn W. war nicht bewusst, dass er, nachdem sein Patient die Klinik verlassen hatte, weiter für ihn zuständig war und darüber hinaus verfügte er nicht über die Kenntnisse, welche Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen für die Nachsorge überhaupt existieren. Auch Herrn L., einem Chirurg aus Tunesien, war zu Beginn nicht klar, wie er bei der Behandlung vorzugehen hatte und wie standardmäßig mit PatientInnen zu verfahren ist, wenn diese die Klinik verlassen. Dies verdeutlicht folgende Aussage:

„... die Verfahren und das System im Krankenhaus waren mir völlig unklar. Wie läuft es ab in Deutschland? Werden zum Beispiel die gleichen Medikamente verschrieben? 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.“

Mit diesem Themenkomplex geht oftmals sowohl eine Unklarheit über die Aufgabenverteilung innerhalb des behandelnden Teams – wer hat welche Aufgabe zu erledigen, wo endet die jeweilige Zuständigkeit – als auch die Frage der Entscheidungsgewalt über die Durchführung bestimmter Untersuchungen, einher. Für Herrn W. war es beispielsweise unklar, dass bestimmte Untersuchungen standardmäßig durchgeführt werden und er dafür nicht zunächst die Erlaubnis des Oberarztes einzuholen hatte:

„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 (Computertomographie) 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...“

Auch Frau T., eine Allgemeinärztin aus Albanien, äußerte sich über die ungewohnt große Freiheit, Untersuchungen selbstständig und ohne Rücksprache durchzuführen:

„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.“

Bürokratisierung und Rassismus im Alltag medizinischer Einrichtungen

Um weitere Problemfelder der beruflichen Situation zugewanderter ÄrztInnen anzusprechen, sei an dieser Stelle auf die zunehmende Bürokratisierung in den Kliniken sowie auf Vorurteile und Rassismus, mit denen zugewanderte ÄrztInnen am Arbeitsplatz teils konfrontiert werden, verwiesen. Ein häufig diskutiertes Thema zwischen den zugewanderten ÄrztInnen waren die zu erledigenden Verwaltungstätigkeiten im Klinikablauf. Diese wurden geschlossen als zu umfangreich und zeitaufwändig angesehen. So beschwerte sich Herr W. darüber, dass er nur bei der Visite mit den PatientInnen zu tun habe und ansonsten vor allem Patientenbriefe verfasse und anderen Verwaltungstätigkeiten nachgehe: *„In Deutschland hat man als Arzt viel Zeit für Papiere und zu wenig Zeit für Patienten.“* Dem stimmte Herr L. zu: *„In Deutschland arbeitet man als Arzt mit dem Rechner und nicht mit dem Patienten.“* Auch Frau T. äußerte sich negativ über die vielen anfallenden Verwaltungstätigkeiten und kritisierte, dass wichtige Inhalte des Arztberufes im Arbeitsalltag zu kurz kämen: *„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!“*

Ein weiterer Punkt, der die ÄrztInnen immer wieder beschäftigte, war die Arbeitsatmosphäre in

den Kliniken, die oftmals als negativ empfunden wurde sowie das ihnen als AusländerInnen entgegengebrachte Verhalten, das in einigen Fällen von Vorurteilen und Rassismus geprägt war. Vor allem Frau T. fühlte sich als Ausländerin in ihrer Klinik deutlich anders behandelt und hatte mit vielen Vorurteilen 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.“

Auch im Hinblick auf die Ausbildung der deutschen und ausländischen AssistenzärztInnen wurden Unterschiede wahrgenommen. So berichteten einige der ÄrztInnen, dass deutsche AssistenzärztInnen gefördert würden und Untersuchungen erlernten, die für die Facharztausbildung notwendig seien. Sie würden auf dem Weg ihrer medizinischen Ausbildung voran gebracht. Im Unterschied dazu würden ausländische AssistenzärztInnen ihrer Meinung nach nicht gefördert. Man lasse sie nur die „einfachen Arbeiten“ machen, wie beispielsweise Stationsarbeit erledigen.

Die hier genannten Beispiele verdeutlichen, dass ÄrztInnen, die in ihrem Herkunftsland zwar auch biomedizinisch ausgebildet wurden, dennoch spezifische Vorstellungen hinsichtlich Behandlungsprioritäten und dem Einsatz von bestimmten Technologien haben. Diese treffen wiederum auf spezifische Vorstellungen in den Kliniken vor Ort. Durch divergierende Erwartungshaltungen können so (unerwartet) Konflikte entstehen, deren Ursachen in der Alltagssituation der medizinischen Einrichtungen meist im Dunkeln bleiben. Ebenso wird ersichtlich, dass Hierarchiekulturen in Krankenhäusern und auch die „Kommunikationskultur“ zwischen AssistenzärztInnen, Chef- und OberärztInnen wie auch Pflegepersonal im internationalen wie auch nationalen Kontext sehr verschieden sein können.

Perspektive

Die Erhebung meiner Masterforschung beim Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar zeigte, dass die Tätigkeit zugewanderter ÄrztInnen in Deutschland gerade zu Beginn mit einigen Schwierigkeiten verbunden sein kann. Hierbei ist jedoch von großer Bedeutung, dass die genannten Problemfelder nur teilweise im Einflussbereich der ÄrztInnen liegen. Es muss unterschieden werden zwischen Handlungsfeldern, welche die ÄrztInnen durch Eigeninitiative positiv beeinflussen können und solchen, die außerhalb ihres Wirkungsbereiches liegen, wie die Arbeitssituation vor Ort, eine zunehmende Bürokratisierung und das Verhalten von MitarbeiterInnen den zugewanderten ÄrztInnen gegenüber. Dies verdeutlicht, dass zugewanderte ÄrztInnen zweifellos dazu angehalten sind, sich optimal auf ihre Tätigkeit vorzubereiten. Jedoch liegt die Verantwortung nicht allein bei ihnen, auch von Seiten der Kliniken und deren MitarbeiterInnen muss etwas getan werden. Diese Tatsache wird in der öffentlichen Diskussion leider oftmals unbeachtet gelassen und die Beschäftigung von

zugewanderten ÄrztInnen einseitig und problemzentriert dargestellt. Anstatt ausschließlich auf Defizite zu fokussieren, sollten zudem Ressourcen und Kompetenzen sowie Fähigkeiten und Fachwissen von zugewanderten ÄrztInnen anerkannt und gefördert werden.

Autorin

Tabea Schnepf, M.A., beendete ihr Studium der Ethnologie an der Universität Tübingen im Juli 2014 mit der Abschlussarbeit „Hilfe, die ausländischen Ärzte kommen?! Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken“. Seitdem ist sie in der Abteilung für Ethnologie der Universität Tübingen angestellt und für die Aufgabenbereiche Studienberatung und Koordination zuständig.

Literatur

Blum, Karl & Sabine Löffert 2010. Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf. Letzter Zugriff am 06.05.15.

Bundesärztekammer Ärztestatistik 2013. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002.12011>. Letzter Zugriff am 06.05.15.

Bundesärztekammer Ärztestatistik 2014. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/>. Letzter Zugriff am 08.05.15.

Friebe, Jens 2008. Pflegende mit Migrationshintergrund als Adressaten der Bildung in der Altenhilfe. In: Rommelspacher, Birgit (Hg.). Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 217-240.

Good, Byron J. 1994. Medicine, Rationality and Experience – An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Greifeld, Katarina 2003. Einführung in die Medizinethnologie. In: Greifeld, Katharina (Hg.). Ritual und Heilung – Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 11-37.

Henkelmann, Yvonne 2007. Ärzte in der Fremde. Karrieren und Sprachkenntnisse von eingewanderten Medizinern in Deutschland und Kanada. Berlin: Logos-Verlag.

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

Kleinman, Arthur 1980. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur 1982. Clinically applied Anthropology on a Psychiatric Consultation-Liaison Service. In: Crisman Noel J. & Thomas W. Maretzki (Hg.). Clinically applied Anthropology – Anthropologists in Health Science Settings. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 83-115.

Kleinman, Arthur 2010. Medicine's Symbolic Reality – On a Central Problem in the Philosophy of Medicine. In: Good, Byron (Hg.). A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories Emergent Realities. Oxford: Wiley Blackwell, 85-90.

Lock, Margaret & Vinh Kim Nguyen 2010. An Anthropology of Biomedicine. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Nohl, Arnd-Michael et al. 2010. Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.