

Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen

Ein Vergleich der Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Patientinnen und Hausärztinnen

Black Patients and White Family Doctors

A Comparison of the Results of Focus Groups with Patients and Family Doctors

Heli Gerlach¹, Heinz-Harald Abholz²

Anmerkungen: Der Begriff „Schwarze Menschen“ wird im Text in Anlehnung an die Kritische Weißseinsforschung in Deutschland mit großem Anfangsbuchstaben geschrieben, da es die Selbstbezeichnung von „Schwarzen Deutschen“ und „Schwarzen“ und ein politischer Kampfbegriff ist [6]. Der leichteren Lesbarkeit wegen wird in diesem Artikel durchgehend die weibliche grammatikalische Form benutzt. In die weibliche Form sind selbstverständlich auch männliche Personen mit eingeschlossen.

Obwohl „weiß“ ein hegemonialer Konstruktbeffiff ist, wird im Text „weiß“ in Anlehnung an die Kritische Weißseinsforschung in Deutschland nicht mit großem Anfangsbuchstaben geschrieben, weil es keine Selbstbezeichnung und kein politischer Kampfbegriff ist [8].

Hintergrund: Es liegen bis jetzt keine Forschungsergebnisse über Erfahrungen von Schwarzen Patientinnen bei weißen Hausärztinnen in Deutschland und umgekehrt vor und kaum über Erfahrungen von Patientinnen mit Migrationshintergrund bei Hausärzten.

Methoden: Zwei Fokusgruppendifkussion (FG) mit 33 Schwarzen Patientinnen mit Migrationshintergrund aus der Demokratischen Republik Kongo und eine FG mit 30 lehrbeauftragten Hausärztinnen wurden durchgeführt. Die Diskussionen wurden induktiv nach einem am Material entwickelten Kategoriensystem inhaltsanalytisch ausgewertet und veröffentlicht. In dieser Arbeit werden die veröffentlichten Ergebnisse der beiden Gruppierungen miteinander verglichen.

Ergebnisse: Drei Hauptklassen wurden gebildet: 1. Übereinstimmungen und Gemeinsamkeiten, 2. Unterschiede und Gegensätze, 3. Themata von einer Seite betont und von der anderen unerwähnt. Ad 1): Beide Seiten erweiterten, bzw. modifizierten die Fragestellung, konstruierten ein „Wir“ und ein „Die Anderen“ und thematisierten unzureichende Fachkenntnisse von Hausärztinnen in Bezug auf Krankheiten in Ländern mit warmem Klima. Ad 2): Beide Seiten unterschieden sich hinsichtlich der Gewichtung von non-verbaler und verbaler Kommunikation, des von Hausärztinnen vermuteten unterschiedlichen Krankheitsverständnisses von Patientinnen mit Migrationshintergrund sowie unterschiedlicher Er-

Background: In spite of some research on immigrants in German Health Care, there exists hardly any research on their experiences with family doctors.

Methods: Two focus group discussions with a total of 33 Black patients and one with 30 teaching family doctors were held. The discussions were recorded and transcribed. Categories were independently and inductively developed from the texts by the researchers to find, finally, common categories. These and the texts in the background are basis for this new analysis of the similarities and differences in the two groups, Black patients and White family doctors.

Results: The comparison revealed three main categories: 1. Consensus and same topics 2. Differences and opposite approaches 3. Issues highlighted from one side and unmentioned or diminished from the other. ad 1): the construction of a “We” and “the Other”; insufficient medical knowledge of diseases which are common in warm climates. Ad 2): differences in respect to the importance of the German language and non-verbal communication; the assumed different illness models and the different experiences with and expressions of discrimination and racism. Ad 3): medical competence of patients; insufficient empathy of medical staff; insufficient time management of family doctors; inequality in medical care; insufficiency in valuing diversity. Patients showed themselves as active, making proposals for improvement whereas doctors appeared to be more passive and felt victims of the health care system.

Conclusions: Black patients and white family doctors constructed a “We” and the “Others” with images which did not correspond to the “self-images” of the respective groups. This may lead to misunderstandings, discriminating contact and racism, which the patient group has already experienced and the doctor group expressed verbally. It is necessary to develop and implement diversity-sensible approaches and diversity management for the German health care system.

Keywords: focus groups, Black patients, family doctors, discrimination, racism, diversity management

¹ Kurstr. 1e, Berlin

² Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 20.06.2009, akzeptiert: 16.09.2009

DOI 10.3238/zfa.2009.0444

fahrungen und des Ausdrucks von Diskriminierung und Rassismus und dem Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit. Ad 3): Die Patientinnen betonten ihre eigene medizinische Fachkompetenz und die Wertschätzung von Diversity, kritisierten die abweisende Kommunikation durch medizinisches Personal und die unzureichende und ungleiche medizinische Versorgung, und äußerten Empfehlungen für Verbesserungen.

Schlussfolgerungen: Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen konstruierten zu nennenswerten Teilen ein Bild von den „Anderen“, was nicht den jeweiligen Eigenbil-

dern und Eigenerfahrungen entspricht. Dies kann zu Missverständnissen, diskriminierendem Umgang und Rassismus führen, was die Patientengruppe bereits erlebt hat und die Hausarztgruppe verbal zum Ausdruck brachte. Es erscheint daher geboten, auch für Hausarztpraxen diversity-sensible Ansätze und Diversity Management zu entwickeln und anzuwenden.

Schlüsselwörter: Fokusgruppen, Hausärzte, Migration, Schwarze Patienten, Diskriminierung, Rassismus, Diversity Management

Hintergrund

Deutschland ist eine vielfältige, eine diverse Gesellschaft. Herkunft ist eine der typischen Dimensionen von Diversity. Schwarze Menschen und „People of Colour“ (POC) leben seit Generationen oder erst seit Kurzem in Deutschland, sie sind Deutsche oder haben einen anderen Pass.

Da Immigration nach Deutschland „Normalfall“ [1] ist, sind auch Patientinnen mit Migrationshintergrund „Normalfall“ in deutschen Hausarztpraxen. Menschen mit Migrationshintergrund machen in Deutschland je nach Definition (selber eingewandert, Eltern, Groß- und Urgroßeltern oder Vorfahren) und Region ca. 3 bis 50 % der Bevölkerung aus und stellen somit auch einen großen Anteil an Patientinnen in deutschen Hausarztpraxen.

Trotz einer insgesamt relativ gut etablierten Migrationsforschung liegen bislang keine Forschungsergebnisse über Einstellungen, Verhalten und Erfahrungen von Schwarzen Patientinnen mit Hausärztinnen und umgekehrt vor und kaum von Patientinnen mit Migrationshintergrund. Aus diesem Grunde wurde der Frage nachgegangen, wie diese Patientengruppen und Hausärztinnen (HÄ) in Deutschland sich gegenseitig erleben. Nachdem die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen für jede Seite einzeln publiziert wurden ohne die Sichtweise der jeweils anderen Seite zu berücksichtigen [2, 3], sollen in diesem Artikel beide Sichtweisen miteinander verglichen werden. Es sollen hier also die Sichtweisen von weißen deutschen Hausärztinnen mit denen von Schwarzen Patientinnen mit Migrationshintergrund miteinander verglichen werden. Dies ermöglicht der Frage nachzugehen, wie sich beide Seiten vergleichend erleben und erfahren.

Methoden

Da sowohl Einstellungen und Meinungen als auch das Erleben und Verhalten sich am ehesten in konkret geschilderten Situationen spiegeln, wurden Fokusgruppen (FG) mit einer erzählgenerierenden Eingangsfrage durchgeführt. Es wurden drei Fokusgruppen mit jeweils ca. 90 Minuten durchgeführt: zwei FG mit insgesamt 33 Schwarzen Patientinnen mit Migrationshintergrund aus der Demokratischen Republik Kongo (PG), die jetzt in Nordrhein-Westfalen leben, und eine FG mit 30 lehrbeauftragten Hausärztinnen (HÄG) der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Die einleitende Frage lautete für die PG: „Welche Erfahrungen, Erlebnisse und Eindrücke hatten Sie bei Hausarztbesuchen? Wie haben Sie sich versorgt gefühlt? Erzählen Sie einmal!“, und für die HÄG: „Welche Erfahrungen, Erlebnisse und Eindrücke hatten Sie beim Umgang mit Patientinnen mit Migrationshintergrund? Hier interessieren uns insbesondere Ihre Erfahrungen beim Umgang mit Schwarzen Patientinnen mit Migrationshintergrund. Erzählen Sie einmal!“

Die Einzelheiten des methodischen Vorgehens sind in den erwähnten Veröffentlichungen ausführlicher beschrieben worden. Hier wird nur darauf verwiesen, dass die an Mayring [4, 5] orientierten Inhaltsanalysen der Transkriptionen der PG und der HÄG getrennt voneinander durchgeführt, dokumentiert und veröffentlicht wurden.

Im vorliegenden Text werden die gewonnenen Ergebnisse der PG und der HÄG vergleichend gegenübergestellt. Hierzu wurden die in den beiden Gruppierungen gefundenen Hauptkatego-

rien, Kategorien und Unterkategorien miteinander verglichen und von den Autorinnen einordnend bewertet. Dies wurde zweistufig getan: einmal getrennt durch die zwei Autorinnen, dann gemeinsam in Zusammenführung der primär leicht unterschiedlichen Einordnungen. Hierzu wurden die der Studie zugrunde liegenden Texte nochmals durchgesehen und bei Bedarf die Transkriptionen auf textliche Konkretisierungen für diesen Artikel durchsucht. Es konnten nicht alle Gesichtspunkte bei diesem Vergleich berücksichtigt werden, sondern nur die für die Forschungsfrage relevantesten.

Die zusammengeführten Ergebnisse der einzelnen Fokusgruppen wurden zugleich konzeptionalisiert dargestellt, also in einen verstehenden Zusammenhang gebracht. Damit wird für diesen Artikel bewusst auf die strikte Trennung von Ergebnis und Diskussion verzichtet.

Ergebnisse und Konzeptionalisierung

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Ergebnissen der PG und der HÄG wurden drei neue Klassen bzw. Kategorien mit entsprechenden Untergruppierungen zugeordnet (Tab. 1):

1. Übereinstimmungen und Gemeinsamkeiten
2. Unterschiede und Gegensätze
3. Themata von einer Gruppe betont, von der anderen nicht erwähnt

1. Hauptklasse: Übereinstimmungen und Gemeinsamkeiten

Die wichtigsten Aspekte der Gemeinsamkeiten waren die Erweiterung, bzw. Modifizierung der Eingangsfrage, die Konstruktion von „Wir“ und „die Anderen“ und die unzureichenden Fach-

Hauptklasse	Unterklasse
1. Übereinstimmung und Gemeinsames	Erweiterung/Modifizierung der Fragestellung
	Konstruktion eines „Wir“ und „Die Anderen“
	Unzureichende medizinische Fachkompetenz von Ärztinnen in Bezug auf in warmen Ländern häufigen Krankheiten
2. Unterschiede und Gegensätze	Patientin-Ärztin-Beziehung
	Krankheitsverständnis von Patientinnen
	Diskriminierung und Rassismus
	Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit
3. Themata von PG betont, von der HÄG nicht thematisiert	Fachkompetenz von Patientinnen
	Abweisende Kommunikation von med. Personal
	Unzureichende und ungleiche medizinischen Versorgung
	Wertschätzung und Berücksichtigung von Diversity
	Wünsche, Empfehlungen und Forderungen

Tabelle 1 Ergebnisse des Vergleichs der PG und der HÄG.

Unterklasse	PG	HÄG
Erweiterung/Modifizierung der Fragestellung	Erweiterung auf Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen allgemein, nicht nur in Hausarztpraxen	Modifizierung durch Betonung der Erfahrungen mit Pat. mit türkischem Migrationshintergrund, weniger mit Schwarzen Pat.
Konstruktion eines „Wir“ und „Die Anderen“, „die Fremden“	Überwiegend Konstruktion von „Wir“ und „Die Anderen“, wenig fließende Übergänge, wenig Differenzierung innerhalb und außerhalb der jeweiligen „Bezugsgruppe“	Dito
Medizinische Fachkompetenz der Ärztinnen	Unzureichende medizinische Fachkenntnisse in Bezug auf in warmen Ländern häufigen Krankheiten	Dito

Tabelle 2 Hauptklasse 1: Übereinstimmungen und Gemeinsamkeiten.

kenntnisse von Hausärztinnen in Bezug auf Krankheiten, die in Ländern mit warmem Klima häufig vorkommen (s. Tab. 2).

Die primär vorgegebene Fragestellung wurde von beiden Gruppierungen umgehend und über die gesamte Sitzung anhaltend modifiziert. Die PG erweiterten die Fragestellung, indem sie nicht nur über ihre Erfahrungen mit Hausärztinnen berichteten, sondern auch über ihre Erfahrungen mit Assistenzpersonal, Fachärztinnen und Klinikpersonal, über Erfahrungen in Fach-

praxen und Krankenhäusern und indem sie zusätzlich ihre Meinungen zum deutschen Gesundheitswesen und zur deutschen Gesellschaft allgemein äußerten. Sie verstanden sowohl das Gesundheitssystem als auch einzelne Akteure darin als Problem.

Die HÄG berichtete vor allem über ihre Erfahrungen mit Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund und weniger – ohne es explizit zu begründen – über ihre Erfahrungen mit Schwarzen Patientinnen. Sie ignorierten so die ergänzende Eingangsfrage mit dem Pas-

sus: „insbesondere mit Schwarzen“ (s. o.). Dies kann u. a. durch die häufigeren Erfahrungen mit Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund begründet sein. Es könnte aber auch Ausdruck eines Ausweichens vor dem scheinbar „ganz Fremden“ sein (s. auch Schwerpunktwahl, Artikel HÄG) [3].

Auffallend war, dass beide TN-Gruppen (TN = Teilnehmer) sich als „Wir“ konstituierten und Differenzen innerhalb der jeweilig „eigenen“ Gruppe kaum angesprochen wurden. Dies kann einerseits an der Forschungsfrage liegen, bei der es ja gerade darum ging, den Diskurs innerhalb einer vorab von außen konstruierten Gruppe zu eruieren, um eine „Gruppenmeinung“ zu erforschen. Andererseits kann es auch daran liegen, dass die Gruppen sich selber als einheitlich in der „Beforschungssituation“ begriffen haben und sich so darstellen wollten. Allerdings konnten in beiden Gruppen einzelne Teilnehmer (TN) auch die Konstruktion der „Anderen“ herausarbeiten und so die Zuschreibung von „Andersein“ relativieren sowie auch innerhalb der Gruppe der jeweils „Anderen“ differenzieren.

Zum Beispiel konnte ein TN der HÄG beschreiben, dass und wie er innerhalb Deutschlands als weißer Arzt „der Andere“, „der Fremde“ war; und zwar als Hausarzt aus Süddeutschland stammend und in Niedersachsen arbeitend. Ein anderer Hausarzt problematisierte an einer Stelle ausführlich Pauschalierungen und Herabwürdigungen von Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund, indem er wort- und witzreich aufzeigte, dass die individuelle Geschichte und Gegenwart, die Bildung, die sozio-ökonomische Situation jeder Patientin genau betrachtet werden muss und zwar bei allen Patientinnen, sowohl bei denen mit als auch bei denen ohne Migrationshintergrund. Er führte aus, dass z. B. ein Intellektueller aus Istanbul einem Intellektuellen aus Berlin wahrscheinlich näher sei als einem bäuerlichen Landarbeiter aus einem einfachen ländlichen Milieu in Ost-Anatolien. Allerdings hielten die meisten HÄ in ihren Beiträgen fest am Konstrukt der pauschalisierten und essenzialisierten „die Anderen“.

Die PG betonte hingegen deutlich und öfters, dass es „sone und solche“ HÄ gäbe und belegte dies mit zahlreichen

Unterklasse	PG	HÄG
Patientin-Ärztin Beziehung	Empathie von Ärztinnen Unzureichende Empathie bei deutschem Gesundheitspersonal	Empathie von Ärztinnen Wichtigkeit betont, aber nicht als unzureichend beschrieben
	Fremdsprachen und deutsche Sprache Meistens Kenntnisse von über 2 Fremdsprachen: Muttersprache, eine lingua franca der Herkunftsregion und zwei europäische Sprachen (Frz. u. Deutsch) Ein- oder nur Zweisprachigkeit bei deutschen HÄ wird nicht vermutet. Deutsche Sprachkenntnisse nicht im Vordergrund	Fremdsprachen und deutsche Sprache Mehrsprachigkeit der Pat. wird nicht vermutet. Meistens Kenntnisse von nur einer Fremdsprache (Englisch) Gute deutsche Sprachkenntnisse unerlässlich für gute Patientin-Ärztin-Beziehung
	Unfreundlichkeit, Unhöflichkeit und aggressives Verhalten Eigene Unfreundlichkeit und Unhöflichkeit wird nicht beschrieben, aber die von Medizinpersonal. Eigenes aggressives Verhalten wird beschrieben als falsche, aber verständliche Reaktion auf angehäufte Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus.	Unfreundlichkeit, Unhöflichkeit und aggressives Verhalten Eigene Unfreundlichkeit und Unhöflichkeit wird nicht beschrieben, aber die von Pat. mit Migrationshintergrund. Eigenes aggressives Verhalten wird beschrieben als erschreckende, aber verständliche Reaktion auf bestimmten Sprachausdruck und Körperhaltung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund und auf non-compliant und passive Pat.
	Zeit Hektik und Eile beim Umgang mit Patienten als unangenehm empfunden. Lange Fristen für Termin, aber kurzer Kontakt mit Ärztin	Zeit Zeitknappheit beim Umgang mit Patienten als strukturell unvermeidbar empfunden.
Krankheitsverständnis von Patienten	PG folgt dem naturwissenschaftlichen, sog. „rationalen“, „modernen“, „westlichen“ Krankheitskonzept	HÄG vermutet ein „vollkommen anderes“ (unausgesprochen „irrationales“, „wildes“) Krankheitskonzept
Diskriminierung und Rassismus	Vielfältige eigene Erfahrungen werden unter starker emotionaler Beteiligung geschildert bei gleichzeitigem Bemühen um sachliche Darstellung.	Kommt implizit deutlich zum Ausdruck durch Beschreibung des eigenen Verhaltens und Handelns, durch Wortwahl und Konnotation, durch Syntax und Semantik.
Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit	Als aktiv Handelnde, als Akteure	Als Reagierende auf Strukturen, auf Sach- und Zugzwang, als „Erleidende“ von Vorschriften und Regeln, auf die sie ohne Einfluss sind.

Tabelle 3 Hauptklasse 2: Unterschiede und Gegensätze.

Beispielen. Aber auch hier war die Konstruktion des „Wir“ sehr ausgeprägt.

Die medizinischen Fachkenntnisse von Ärztinnen in Bezug auf Krankheiten, die in warmen Ländern häufig vorkommen, wurden in beiden Gruppie-

rungen als zu gering eingeschätzt, was auf beiden Seiten zu Verunsicherungen führte. Bei den Hausärztinnen führte dies dazu, dass sie sich unsicher waren, wie viel Diagnostik und welche Therapie sie bei einzelnen Patientinnen einsetzen

müssten. Bei den Patientinnen führte dies dazu, dass sie kein Vertrauen in die Fachkompetenz der Ärzte hatten, sondern unter solchen Umständen lieber selber über das Vorgehen und die Therapie bei entsprechenden Krankheiten entschieden.

2. Hauptklasse: Unterschiede und Gegensätze

Divergenzen bestanden in den beiden Gruppierungen vor allem: in den Konzepten zur Herstellung einer gelungenen Patientin-Ärztin-Beziehung; in den Vermutungen seitens der HÄG in Bezug auf das Krankheitskonzept der Patientinnen versus der Realität des Krankheitsverständnisses der PG; in der Wahrnehmung und Darstellung von Diskriminierung und Rassismus; im unterschiedlichen Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit (Tab. 3).

Beide Seiten betonten die Wichtigkeit einer gelungenen Patientin-Ärztin-Beziehung und die Bedeutung des dazu erforderlichen einführenden Verstehens, der Empathie. Die PG beschrieb allerdings die Empathie beim Medizinpersonal als unzureichend und betonte besonders die Bedeutung von guter para- und non-verbaler interpersoneller Kommunikation. Im Gegensatz dazu beschreibt die PG zahlreiche Erfahrungen mit unzureichender oder gar fehlender Empathie, mit schroffer Ablehnung und direkter Diskreditierung und Diffamierung durch Medizinpersonal.

Die HÄG betonte vor allem die Bedeutung einer guten verbalen Kommunikation, die für sie nur mit guten Deutschkenntnissen denkbar war. Ohne diese gab es für sie keine gute Versorgung im hausärztlichen Bereich. Die PG sah hingegen in der guten Kenntnis deutscher Sprache keine zentrale Problematik für eine gelungene Patientin-Ärztin-Beziehung und betonte, dass sich Medizinpersonal Mühe geben müsste, Kranke zu verstehen und sich für Patientinnen verständlich auszudrücken. Die PG konnte sich nicht vorstellen, dass viele HÄ in Deutschland sich höchstens in zwei Sprachen gut ausdrücken können (in ihrer Muttersprache, Deutsch, und evtl. noch in einer Fremdsprache, z. B. Englisch) – zumal sie selber mindestens drei Sprachen, nämlich ein bis zwei oder mehr afrikanische Sprachen (Muttersprache,

Unterkategorie	PG	HÄG
Fachkompetenz von Patientinnen	Betonen der eigenen medizinische Fachkompetenz, insbesondere in Bezug auf in warmen Ländern häufige Krankheiten	Nicht thematisiert
Abweisende Kommunikation von med. Personal	Unfreundlichkeit, grobe Wortwahl und grober Ton Kein aktives Zuhören durch Ärzte Körperliches Abwenden von Ärzten und medizinischem Personal in der Konsultation	Nicht thematisiert
Unzureichende und ungleiche medizinische Versorgung	Sorge um ausreichende medizinische Versorgung von einem selber, Angehörigen und Bekannten und von bestimmten Pat.gruppen	Nicht thematisiert
	Benachteiligung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere: arme Pat., asylsuchende Pat., nicht krankenversicherten Pat. (Schwarze und Weiße), Pat. ohne Aufenthaltserlaubnis	Nicht thematisiert
	Schwarze Pat. werden – auch wenn sie krankenversichert sind – schlechter medizinisch versorgt als weiße Pat.	Nicht thematisiert
Wertschätzung und Berücksichtigung von Diversity	Fehlende Wertschätzung von Diversity, fehlende Repräsentation der Vielfalt der Bevölkerung in der Personalstruktur des ambulanten Gesundheitswesens (kein Diversity Management)	Nicht thematisiert
Wünsche, Empfehlungen und Forderungen	Inklusion von Personen unterschiedlichster Herkunft und „Öffnung des deutschen Gesundheitswesens“ für diese Personengruppe im Sinne von diversity-sensiblen Ansätzen und Diversity Management im deutschen Gesundheitswesen	Nicht thematisiert
	Zur Verfügung stellen von professionellen Sprachvermittlern und französischsprachigen Informationen	Nicht thematisiert
	Verbesserung der Aus-, Fort- u. Weiterbildung für Ärztinnen in Empathie und fachlicher Kompetenz, besonders in Bezug auf Krankheiten, die in Ländern mit warmen Klima häufig vorkommen	Nicht thematisiert

Tabelle 4 Hauptklasse 3: Themata von PG betont, von der HÄG unerwähnt.

linguae francae, z. B. Lingala, Kikongo, Kiluba, Suaheli) und mindestens zwei europäische Sprachen (Französisch und Deutsch) sprachen.

Unfreundlichkeit oder Unhöflichkeit fanden beide Seiten ein großes Problem, wobei jede Gruppe diese Verhaltensweisen vor allem bei der „anderen“ Seite konstatierte. Die HÄG berichtete über Erfahrungen mit unhöflichen, unfreundlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die PG über Erfahrungen mit unhöflichem, unfreundlichem Arzt- und Medizinpersonal. Über Unfreundlichkeiten, Unhöflichkeiten in der eigenen Gruppe wurde in beiden Gruppen nichts berichtet, aber über eigene Wut und Aggression, die beiden Gruppen als verständliche Reaktionen beschrieben. Die PG beschrieb eigenen

Ärger und Wutausbrüche als verständliche Reaktionen auf erfahrene Diskriminierungen und Herabwürdigungen. Die HÄG beschrieb Wut und Aggression als verständliche Reaktion auf bestimmten Sprachausdruck und Körperhaltung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund und auf non-compliant und passive Patientinnen.

Ein weiterer Unterschied bestand in dem Empfinden von Zeit in Patientin-Ärztin-Beziehungen. Die PG beklagte, dass Ärztinnen die Vorstellung haben, dass „Schwarze Leute viel Zeit“ und „weiße Leute keine Zeit“ hätten. Außerdem klagte sie insgesamt deutlich über Hektik und Eile im Umgang mit Patientinnen und darüber, dass Termine lange im voraus vereinbart werden müssen, Patientinnen dann aber lange warten

müssen und nur ganz kurz behandelt werden. Die HÄG betonte hingegen, dass sie „nicht alle die Zeit haben, eine Viertelstunde da rumzuexperimentieren, was der denn wohl haben könnte. Da fehlt uns eben hier die Zeit“.

Außer den Unterschieden in Bezug auf die Patientin-Ärztin-Beziehung ist der Unterschied bezüglich der Vermutung über und der Realität des Krankheitsverständnisses der PG bemerkenswert. Sowohl die HÄG als auch die PG folgten eindeutig und ausschließlich – zumindest in den Gruppendiskussionen – dem sogenannten rationalen, westlichen, naturwissenschaftlich orientierten, modernen Krankheits- bzw. Medizinverständnis. Die HÄG setzten hingegen bei Patientinnen mit Migrationshintergrund ein „vollkommen anderes“, ein unausgesprochen „irrationales“, „wildes“, oder auch „natürliches“, ein „kulturell geprägtes“ Krankheitsmodell voraus, dabei „vergessend“, dass auch das naturwissenschaftliche „kulturell“ geprägt ist. Die Vorstellung der HÄG befindet sich allerdings in Übereinstimmung mit bisherigen Veröffentlichungen zum Krankheitsverständnis in inter-, cross- oder transkulturellen Kontexten in Deutschland und von daher ist ihre Einschätzung nicht verwunderlich.

Unterschiede in Erfahrungen und Darstellungsformen von Diskriminierung und Rassismus kamen deutlich zum Ausdruck. Die Interpretation und das Verständnis von Diskriminierung und Rassismus war zwar in beiden Gruppen ein Thema, aber deren Erfahrungsbreite und somit auch die Darstellung davon differierten erheblich. Die Patientenseite verfügte über vielfältige und zahlreiche Erfahrungen mit Diffamierungen, Diskriminierung, Ausgrenzung und Rassismus im deutschen Gesundheitswesen und berichtete mit starker emotionaler Beteiligung davon. Sie machte es zu einem ihrer wichtigsten Themen. Die HÄG hingegen verfügte nicht über solche Erfahrungen, zeigte aber in einigen ihrer Beiträge deutlich – durch Berichte über ihr Verhalten und Handeln, durch Wortwahl und Sinnzusammenhang der Aussagen –, dass und wie sie diffamieren, herabwürdigen, verbal ausgrenzen und brachte so Rassismus zum Ausdruck. In der HÄG war auffallend, dass auch dann, wenn eindeutig herabwürdigende und diskriminierende Bezeichnungen für Patientinnen

Heli Gerlach ...

... Fachärztin für Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin, Diplom in Tropenmedizin und Public Health, Studentin im 3. Semester des Masterstudienganges „Gender und Diversity-Kompetenz“ an der FU Berlin mit dem Schwerpunkt „Cultural Diversity“. Seit über 30 Jahren Leben und Arbeiten mit Schwarzen Deutschen und Afrikanerinnen in Deutschland, davon über 10 Jahre in mehreren Ländern Ost- und Zentralafrikas, u. a. 5 Jahre mit der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

ten mit Migrationshintergrund geäußert wurden, keine Problematisierung solcher Äußerungen versucht wurde und sich kein Widerspruch zeigte.

Ein weiterer Unterschied bestand in dem Empfinden und Erleben der eigenen Handlungsfähigkeit. Die Patientinnengruppe stellte sich als aktiv Handelnde, als „Akteure“ dar, die Hausarztgruppe als verunsichert, „hilflos und ohnmächtig“, als den Strukturen, Vorschriften und Regeln Ausgesetzte, auf die sie keinen Einfluss haben.

3. Hauptklasse: Themata von der PG betont, von der HÄG unerwähnt

Es gab etliche Aspekte, die von der PG thematisiert wurden, aber nicht von der HÄG und ebenso welche, die von der HÄG thematisiert wurden, aber nicht von der PG. Da es in diesem Forschungsprojekt primär darum geht, das Erleben und die Erfahrungen von Schwarzen Patientinnen kennenzulernen, stehen hier die Aspekte der PG im Vordergrund, die nicht von der HÄG thematisiert wurden, und nicht umgekehrt.

Dazu gehörte die medizinische Fachkompetenz von Patientinnen in Bezug auf Diagnostik und Therapie von Krankheiten, die abweisende Kommunikation von medizinischem Personal, die unzureichende und ungleiche medizinische Versorgung und die unzureichende Wertschätzung von Diversity. Zudem äußerte nur die PG deutlich Empfehlungen hinsichtlich Verbesserungen der medizinischen Versorgung von Patientinnen.

Auffallend beim Vergleich der beiden Gruppen war, dass die PG ihre eigene medizinische Fachkompetenz, insbesondere hinsichtlich Krankheiten in Ländern mit warmem Klima, hoch einschätzte und die HÄG solche Überlegungen überhaupt nicht anstellte.

Die PG bemängelte deutlich die fehlende Zuwendung, das aktive Zuhören

und Eingehen auf die Bedürfnisse und Leiden der Patientinnen und die unzureichende Empathie durch Ärztinnen und belegte dies mit zahlreichen drastischen Beispielen.

Die unzureichende und ungleiche medizinische Versorgung von Patientinnen mit unterschiedlichem sozialem, finanziellem und rechtlichem Status wurde von der PG heftig kritisiert. Insbesondere kam die Sorge um eine ausreichende medizinische Versorgung für sich selber, Familienangehörigen, Freunde und Bekannte zum Ausdruck; aber nicht nur. Sie sorgten sich auch über die ungleiche und unzureichende medizinische Behandlung von sozial benachteiligten Patientinnen mit oder ohne Krankenversicherung, mit legalem oder illegalisiertem Aufenthaltsstatus und von Armen. Ferner hatte die PG die Überzeugung, dass in Deutschland Schwarze Patientinnen unabhängig von ihrer aufenthaltsrechtlichen, versicherungsrechtlichen und sozio-ökonomischen Situation schlechter behandelt werden als weiße Patientinnen. Die HÄG erwähnte Sorgen um ungleiche und unzureichende medizinische Versorgung von Patientinnen nicht.

Ein besonders wichtiges, ebenfalls ausschließlich von der PG angesprochenes Thema war, dass das Gesundheitswesen die Diversität der Gesellschaft in Deutschland bisher nicht ausreichend zur Kenntnis genommen hat und die Diversität sich daher auch nicht in der Personalstruktur im Gesundheitswesen spiegelt. Darauf begründet die PG ihre Forderung nach Anerkennung, Wertschätzung und dann auch Berücksichtigung der Diversität der Bevölkerung bei der Personalpolitik im Gesundheitswesen. Dies könnte und würde ein Beitrag zur Inklusion und zur Reduktion von struktureller Diskriminierung und Rassismus leisten. Auch dieses Thema wurde in der HÄG überhaupt nicht angesprochen.

Die PG empfahl als Schritt zur Verbesserung die Zur-Verfügung-Stellung

von Sprachvermittlern und französischsprachigen Informationen. Außerdem forderte die PG eine Aus-, Fort- und Weiterbildung in Empathie für Ärztinnen, weil sie hierfür einen großen Bedarf sahen. Ebenso forderten sie eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung in Bezug auf Krankheiten, die in warmen Ländern häufig sind. Alle diese Aspekte wurden von der HÄG nicht thematisiert.

Schlussfolgerungen

Es zeigte sich, dass beide Gruppen teilweise gemeinsame Sichtweisen haben, teilweise sehr unterschiedliche.

In der PG, also bei den Nicht-Privilegierten, stellten sich die TN als die Agierenden dar, als „Akteure“, die Vorschläge zur Verbesserung machten und Zukunftsvorstellungen entwickelten. Sie äußerten Vorschläge zur Verbesserung der Chancengleichheit von Patientinnen, zur Wertschätzung, Integration und Inklusion von „Anderen“ durch Berücksichtigung von „diversity“ in der Personalpolitik des Gesundheitswesens und zur Verbesserungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Medizin. Dies stand im deutlichen Gegensatz zur Position der HÄG. Letztere erlebten ihre Position als die von „Reagierenden“ auf sogenannte Sachzwänge, auf Strukturen, auf das Gesundheitssystem.

Außerdem fiel auf, dass die PG im deutschen Gesundheitswesen zahlreiche Erfahrungen gemacht hatte mit Diskriminierung und Rassismus und dass die HÄG sich betont um „political correctness“ bemühte, um bloß nicht als rassistisch zu erscheinen. Dennoch kamen diese in den Darstellungen über eigenes Verhalten und Handeln, durch Wortwahl, Konnotation und Sinnzusammenhang zum Ausdruck. Also auch in diesem Bereich vermittelte die HÄG eher ein Bild von Verängstigten, die die Regeln kennen, denen sie folgen müssten („das darf man doch nicht sagen“). Sie erscheinen hier also nochmals eher als Personen, die Vorgaben folgen, als auf diese Einfluss nehmen zu wollen.

Gerade diese Unterschiede in Erfahrungen und Grundstimmungen und das hierüber zum Ausdruck kommende unterschiedliche Selbstbild könnten eventuell in Zukunft zu verschärften Konflikten führen, denen es vorzubeugen gilt.

Es erscheint daher höchste Zeit, dass sich diejenigen im Gesundheitswesen – so wie die Gesellschaft insgesamt – mehr sensibilisieren, um die heutige Diversität, die Vielfalt an Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen (in Bezug auf Herkunft, Aussehen, Alter, Religion, besonderen Fähigkeiten, Gender und sexuelle Orientierung) als Bereicherung, als Anstoß zur Reflexion wahrzunehmen.

Dies beinhaltet auch, dass die Verantwortlichen in Politik, Wissenschaft und Wirtschaft diese Wertschätzung von Vielfalt auf allen Handlungsebenen – also auch z. B. in der Personalpolitik – in Deutschland zum Ausdruck bringen und umsetzen. Dazu sind u. a. auch Instrumente des diversity-sensiblen Trainings und eines Diversity Managements für Ärztinnen in Deutschland zu entwickeln, anzuwenden und dann zu evaluieren.

Das Konzept von „Diversity“ geht u. a. davon aus, dass Vielfalt, „Diversität“, das Leben bereichert und dass sich diese Diversität in der Führung, Ausrichtung und Umsetzung von Personalstruktur spiegelt. Dies ist nicht nur als eine Frage der Sichtweise, der Einstellungen oder der Prozesse zu betrachten, sondern es ist vor allem auch als eine Machtfrage und damit eine politische Aufgabe, die mittels entsprechender Zielvorgaben und deren Überprüfung von den Institutionen im Gesundheitswesen umzusetzen ist.

Um zu begreifen, dass dies in der Realität wirklich umgesetzt werden kann und wird, wird hier auf englische Files, Fernsehfilme und vor allem auf die Seite der Diversity Leitlinien („Valuing Diversity-Resource-Guides“) des General Medical Councils (GMC) [6] oder des Equal Opportunity Committee (EOC) der British Medical Association (BMA)

[7] verwiesen. „Diversity“ wird dort theoretisch und auch in der Alltagswirklichkeit wesentlich mehr anerkannt und wertgeschätzt als in Deutschland – trotz oder gerade auch wegen der weiterhin bestehenden harten Auseinandersetzungen aufgrund nicht gelungener Chancengleichheit, Gleichberechtigung und Gleichbehandlung.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Heli Gerlach
Kurstr. 1 e
14129 Berlin
E-Mail: heli.gerlach@t-online.de

Literatur

1. Bade KJ, Oltmer J. Normalfall Migration, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2004
2. Gerlach H, Becker N, Fuchs A, Wollny A, Abholz H-H. Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Focusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. *Das Gesundheitswesen* 2008; 70: 47–52
3. Gerlach H, Becker N, Abholz H-H. Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *Z Allg Med* 2008; 10: 428–435
4. Mayring Ph. Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Weinheim und Basel, Beltz, 5. Auflage 2002
5. Mayring Ph. Quantitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Weinheim und Basel, Beltz, 8. Auflage 2003
6. General Medical Council, UK, Guidance on Good Practice, Publications, Our Valuing Diversity guides to help doctors with issues around diversity and equal opportunities, Datum der Abfrage: 23. Mai 2009: http://www.gmc-uk.org/publications/valuing_diversity/index.asp. Der GMC entspricht in etwa der Bundesärztekammer.
7. British Medical Association, „the independent trade union and professional association for doctors and medical students in United Kingdom and overseas, over 140.000 Members“, BMA. Equal Opportunities Committee. Datum der Abfrage: 22. Mai 2009: http://www.bma.org.uk/representation/pro_committees/equal_opportunities_committee/index.jsp. Zusammenfassung der bisherigen Arbeit, latest update: 17. März 1009: http://www.bma.org.uk/representation/pro_committees/equal_opportunities_committee/EOCSummary.jsp
8. Eggers MM, Kilomba G, Pesche P, Arndt S (Hrsg.). Mythen, Masken und Subjekte, Kritische Weißseinsforschung in Deutschland. Münster, Unrast 2005